

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS, AMBIENTE E SOCIEDADE.

**O MÉDICO E SUAS REPRESENTAÇÕES SOBRE TABAGISMO,  
FUMANTE E CESSAÇÃO DE FUMAR.**

Dissertação Apresentada Como Requisito Parcial  
para Obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública  
Pela Escola Nacional De Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

**TÂNIA MARIA CAVALCANTE**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS**

Rio de Janeiro, 05 de julho 2001

*“Vivemos em uma cultura que desvaloriza as emoções em função de uma supervalorização da razão. As emoções não são algo que obscurece o entendimento, não são restrições da razão: as emoções são dinâmicas corporais que especificam os domínios de ação em que nos movemos...*

*... O resultado disto é que o viver humano se dá num contínuo entrelaçamento de emoções e linguagem como um fluir de coordenações consensuais de ações e emoções.*

*... Se queremos entender as ações humanas não temos que observar o movimento ou o ato de uma operação particular mas a emoção que o possibilita.”*

Humberto Maturana

(Emoções e Linguagem na Educação e na Política – fragmentos)

## AGRADECIMENTOS

Esse trabalho representou para mim um enorme desafio por ter se desenvolvido durante uma fase extremamente complexa da minha vida profissional, o que por muitas vezes dificultou uma total dedicação ao mesmo.

Hoje reconheço que todas as dificuldades que se interpuseram nessa fase me mostraram que se realmente queremos algo, não importa os obstáculos, encontramos forças e potenciais em nós mesmos, cuja existência ignoraríamos na normalidade.

No entanto, o esforço não foi só meu. Muitas pessoas queridas deram de si para que esse trabalho se concretizasse.

A essas pessoas gostaria de expressar os meus mais sinceros agradecimentos:

Ao Sady pela paciência e pelo apoio nas horas de desespero e desânimo, principalmente nas dificuldades tecnológicas dos recursos computadorizados e principalmente por reconhecer a importância dessa etapa da minha vida e me estimular a continuar...

Aos meus filhos Samuel, Deborah e Ana Beatriz pelos momentos suprimidos da nossa convivência e pelas necessidades não atendidas...

A Beth, minha orientadora, uma pessoa muito especial que muito me ensinou e incentivou, sempre mostrando que esta etapa de minha vida só dependia de mim...

Aos meus companheiros de trabalho e de ideais, pela força, compreensão e pelo apoio nos momentos mais complicados, e em especial à Letícia Casado e sua equipe pelo importante apoio na fase de campo desse trabalho...

A Mariza Grimmer responsável pelo Programa de Controle do Tabagismo no Estado do Rio de Janeiro, Germana Perissè e Ana Helena responsáveis pelo Programa de Controle do Tabagismo no Município do Rio de Janeiro pelo importante apoio na aplicação dos questionários

A Dra Denise Hardy chefe da Unidade de Pacientes Externos do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) pela sua preciosa colaboração na aplicação do questionário no HUPE.

Aos entrevistados de quem ocupei o precioso tempo e cuja colaboração foi essencial para esse trabalho...

## RESUMO

Visando a melhoria do processo de capacitação de profissionais de saúde como parte do programa “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar” desenvolvido pelo Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde, este estudo envolveu uma análise da evolução histórica da abordagem dada ao tabagismo e à cessação de fumar em livros de clínica médica, considerando-os como importantes fontes de disseminação de informação para a classe médica; e uma pesquisa qualitativa entre médicos para conhecer suas representações sobre tabagismo, cessação de fumar, fumante e sobre o seu próprio papel no apoio ao fumante para deixar de fumar.

O estudo mostra que partir do final da década de 80, quando a dependência de nicotina passou a ser reconhecida pela comunidade científica, os livros de clínica médica passam a dar ao tabagismo o *status* de condição clínica, e a demonstrar uma crescente preocupação com o processo de cessação de fumar.

Por outro lado, a prática médica parece ainda não acompanhar essa evolução na mesma medida e ritmo, embora os médicos manifestem atitudes favoráveis à incorporação da abordagem do fumante nas suas rotinas. Entre os médicos, os conhecimentos sobre dependência de nicotina e sobre as técnicas de cessação de fumar parecem ainda ser incipientes. Também se observa um verdadeiro entrelaçamento de representações, onde num extremo temos profissionais que representam o fumante como um sujeito, um fraco de vontade, e num outro extremo profissionais que o enxerga como uma pessoa que tem um problema de saúde, uma dependência, a quem é preciso que se dê apoio para que deixem de fumar.

Esse estudo evidencia a necessidade de estratégias para acelerar a socialização do conhecimento sobre tabagismo como dependência e sobre as técnicas de cessação de fumar. E, considerando que os sentidos que as nossas ações tomam são determinados pela direção das nossas emoções, esse estudo também evidencia que a socialização desse conhecimento deve ir além do ângulo técnico, devendo envolver o emocional, promover reflexões e estimular mudanças de atitudes preconceituosas do profissional frente ao indivíduo que fuma.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tabagismo; Dependência de Nicotina; Cessação de Fumar; Programa de Controle do Tabagismo; Médico; Representações Sociais.

## ABSTRACT

With the purpose of improving the training process of health professionals as part of the Program “Helping your patient quitting smoking”, coordinated by National Cancer Institute of Brazil/ Health Ministry, this study evolved an analysis of the historic evolution of the approach given to tobacco use and smoking cessation by medical books, considering them as an important source of technical information for physicians and a qualitative research among physicians to know their representations about tobacco use, smoking cessation, smokers and about their own role in assisting the smoker along the smoking cessation process.

This study shows that, since the end of 80's, when the scientific community recognized smoking as nicotine dependence, the medical books has been giving to tobacco use a status of a clinical condition, and demonstrating an increasing interest about smoking cessation process.

By the other hand, the medical practice seems not to follow this evolution at the same extent and speed, though physicians had expressed favorable attitudes related to joining smoking cessation approach to their routines of work. Among physicians, the knowledge about nicotine addiction and about smoking cessation methods seems to be incipient yet, and one can observe a real interlacement of representations, where in one extreme, the smoker is considered a dirty person, or a weak willing person by some physicians, and in another extreme he is considered a person that has a problem of health, an addiction, to whom is necessary giving help and support in smoking cessation process, by other physicians.

This study demonstrates the need of strategies to accelerate the socialization process of knowledge about tobacco use, nicotine dependence and smoking cessation methods. Besides this, it demonstrates that this process of socialization must go beyond the technical view, and must evolve emotional dimensions, promoting reflections and stimulating changes of attitudes of prejudices against smokers.

**KEY WORDS:** Tobacco Use; Nicotine Addiction; Smoking Cessation; Tobacco Control Program; Physician; Social Representations.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Critérios para dependência de droga .....	49
<b>Quadro 2.-</b> Comparação entre os critérios usados para classificar a dependência a uma droga e o comportamento de fumar .....	50
<b>Quadro 3</b> - Perguntas para identificação do fumante, preconizadas pelo método PAPA .....	85
<b>Quadro 4-</b> Análise horizontal da inserção do tabagismo em 4 edições do livro Cecil Medicina Interna Básica.....	174
<b>Quadro 5-</b> Análise horizontal da inserção do tabagismo em 3 edições do livro Cecil Tratado de Medicina Interna .....	175
<b>Quadro 6-</b> Análise horizontal da inserção do tabagismo em 3 edições do livro Harrison - Medicina Interna .....	176
<b>Quadro 7</b> – Mapa das Concepções sobre <u>Tabagismo</u> no discurso dos médicos .....	198
<b>Quadro 8</b> - Mapa das concepções sobre <u>Fumante</u> no discurso dos médicos .....	199
<b>Quadro 9</b> -- Mapa das concepções sobre <u>Abordagem do Fumante para a Cessação de Fumar</u> no discurso do médicos .....	200

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Taxa bruta de mortalidade por câncer entre 1980 e 1997 e estimativas para 2000. Brasil, sexo masculino.....	23
<b>Figura 2</b> - Taxa bruta de mortalidade por câncer entre 1980 e 1997 e estimativas para 2000. Brasil, sexo feminino. ....	24
<b>Figura 3</b> - Análise da intervenção do Programa “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”.....	91
<b>Figura 4</b> - Evolução histórica da abordagem do tema tabagismo em livros de clínica médica .....	177
<b>Figura .5.</b> Como os médicos representaram o tabagismo.....	201
<b>Figura 6-</b> .. Como os médicos representaram o fumante .....	202

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela - 1</b> Prevalência de tabagismo entre médicos e na população geral, de alguns países , por volta de 1990 .....	47
<b>Tabela 2</b> - Eficácia dos métodos cognitivo-comportamentais através de abordagem individual, de acordo com a sua intensidade .....	69
<b>Tabela 3</b> - Eficácia de métodos farmacológicos em termos de taxa de cessação de fumar .....	73

## SUMÁRIO

RESUMO .....	iv
ABSTRACT .....	v
LISTA DE FIGURAS .....	vi
LISTA DE QUADROS .....	vi
LISTA DE TABELAS .....	vii
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>I- O TABAGISMO E O PROCESSO DE CESSAÇÃO DE FUMAR .....</b>	<b>15</b>
Tabagismo: de Comportamento Glamuroso à Problema de Saúde Pública .....	15
Desafios para o Controle do Tabagismo .....	28
Propostas da Organização Mundial de Saúde para o Controle do Tabagismo .....	31
O Controle do Tabagismo no Brasil .....	34
A Cessação de Fumar, no Contexto das Ações para Controle do Tabagismo .....	42
A Unidade de Saúde e seus Profissionais no Controle do Tabagismo .....	44
O Processo de Cessação de Fumar .....	48
A Abordagem do Fumante no Brasil .....	77
A Proposta do Programa “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar” .....	80
Avaliação para o Programa “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar” .....	88



<b>II OS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PESQUISA</b> .....	95
O Porquê da Abordagem Qualitativa .....	95
A Teoria das Representações Sociais .....	99
Representações Sociais sobre Dependência de Drogas .....	105
A Evolução da Representação Social do Tabagismo .....	118
A Metodologia nos Estudos das Representações Sociais .....	124
As Técnicas de Análise do Material Discursivo como Estratégias para Estudo das Representações Sociais .....	129
<b>III. A PESQUISA</b> .....	138
Os objetivos .....	139
A Metodologia .....	139
Os Resultados: .....	150
Os Livros de Clínica Médica e o Tabagismo .....	150
Os Médicos, seus Discursos e Representações sobre o Tabagismo .....	178
<b>IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES</b> .....	203
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	214

## INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) , onde trabalho atualmente, é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política de Controle do Câncer no País.

Para esse fim, o INCA se organizou de forma a contar com estruturas voltadas para a assistência, pesquisa, ensino , prevenção e vigilância do câncer. Atualmente, conta com 4 unidades hospitalares ( Hospital do Câncer, Hospital de Oncologia e Hospital Luiza Gomes de Lemos, e o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico), uma coordenação de pesquisa, uma coordenação de ensino e uma coordenação para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce e vigilância do câncer, a Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer (Conprev), onde atuo desde 1993.

Através da Conprev, o INCA desenvolve suas ações sob a ótica da Promoção da Saúde. Dessa forma, ações educativas ao lado de ações legislativas e econômicas são desenvolvidas e estimuladas para criar um contexto favorável às mudanças comportamentais necessárias à prevenção do câncer, tanto através da redução da exposição da população à fatores de risco , como pelo estímulo e ampliação do acesso da população a recursos para o diagnóstico precoce da doença .

Na área de prevenção primária do câncer, as ações para controle do tabagismo têm merecido destaque, uma vez que trata-se do principal fator de risco isolado, evitável não só do câncer como de outras doenças crônico - degenerativas.

Vale ressaltar que embora o tabagismo tenha merecido uma atenção especial, devido a sua complexidade, a sua abordagem na prática é feita de forma integrada com outras ações de Promoção da Saúde, que adotam um enfoque multifatorial, holístico, ecológico. Ou seja, o

enfoque é dado não só sobre os indivíduos e suas opções por estilos de vida, mas também sobre dimensões sociais, culturais e econômicas que contribuem para facilitar e motivar esses indivíduos a adotarem comportamentos que os tornem menos vulneráveis ao câncer e à outras doenças crônicas.

Dentre as ações desenvolvidas para controle do tabagismo destacam-se as educativas pontuais, cujo objetivo é sensibilizar e informar formadores de opinião e a comunidade, através de campanhas. Outras ações desenvolvidas são as educativas continuadas que envolvem a implantação de programas em espaços comunitários como escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde. As ações continuadas envolvem informação e intervenções nesses ambientes, com o objetivo de criar motivação e estímulos que favoreçam mudanças de comportamento em públicos alvo específicos, como professores, alunos, profissionais de saúde e trabalhadores, e assim atingir através desses canais a comunidade que com eles interagem.

Para facilitar a expansão desse programa para todo o território nacional, o INCA/Conprev articulou uma rede nacional de parcerias com as 26 Secretarias Estaduais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Essa rede de parcerias vem sendo ampliada para Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estaduais e Municipais de Educação, e ONG. Por meio dela, as estratégias desenvolvidas através de projetos piloto atingem escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho dos municípios.

Nesse universo de ações destaca-se o papel das unidades de saúde como uma espécie de vitrine de estilos de vida saudáveis e de seus profissionais, especialmente dos médicos, como formadores de opinião e modelos de comportamento para a sociedade.

O meu interesse em entender a atitude dos médicos frente ao tabagismo, ao fumante e ao processo de cessação de fumar surgiu com uma mudança de enfoque que o Programa Nacional de Controle do Tabagismo sofreu nos últimos três anos.

Durante vários anos de atuação, o enfoque era apenas a prevenção da iniciação ao consumo dos derivados do tabaco, entre os jovens, assim como o desenvolvimento de políticas para proteção da saúde dos não fumantes. No entanto, o movimento gerado pelas ações educativas, e legislativas resultou numa crescente demanda por parte dos fumantes na procura de apoio para deixar de fumar.

Considerando a falta de preparo da nossa rede de saúde para atender essa demanda, o INCA vem atualmente investindo esforços no Programa de Controle do Tabagismo em Unidades de Saúde, que prevê duas grandes estratégias. A primeira, o Programa Unidades de Saúde Livre do Cigarro, desenvolvido a partir do projeto piloto INCA Livre do Cigarro, sistematiza ações com o objetivo de chamar a atenção dos profissionais de saúde para o assunto, mudar o clima de aceitação social para o consumo do tabaco em instituições de saúde, estimular os profissionais fumantes a deixarem de fumar, e sensibilizar esses profissionais para que valorizem o tratamento do fumante, da mesma forma que valorizam o tratamento de qualquer outra patologia. A segunda estratégia prevê a instrumentalização desses profissionais para uma abordagem eficaz do fumante. Trata-se do Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar (Abordagem Mínima) para o qual já foram desenvolvidos materiais de apoio, e metodologia de treinamento. Através desse programa espera-se fornecer subsídios aos profissionais de saúde para que os mesmos possam durante as rotinas de atendimento oferecer uma abordagem eficaz para seus pacientes fumantes.

Algumas questões precisam ser entendidas para que possamos avaliar a viabilidade das estratégias para envolver profissionais de saúde nesse Programa. Qual o conhecimento

atual dos profissionais de saúde sobre tabagismo, dependência de nicotina, e as técnicas atualmente consideradas mais eficazes para abordagem e tratamento para deixar de fumar? Como eles representam o tabagismo e o fumante? Como se comportam diante de um fumante que pede ajuda para deixar de fumar? Há interesse por parte desse grupo de profissionais em adquirir conhecimentos sobre tabagismo e sobre as técnicas para cessação de fumar? Há interesse em inserir a abordagem e tratamento do fumante de forma sistemática nas suas rotinas de atendimento?

Embora o programa tenha como alvo os profissionais de saúde, não só médicos, como também enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros, por questões práticas a pesquisa realizada para a presente dissertação envolveu apenas o profissional médico.

Assim, a proposta do presente estudo foi descrever as representações do médico a cerca do tabagismo, do fumante, e da cessação de fumar no Rio de Janeiro.

Essa pesquisa serviu para construir um instrumento que servirá para uma posterior avaliação quantitativa visando constituir indicadores de *baseline* do processo de implantação do programa descrito. O estudo buscou enfocar o médico, seu nível de conhecimento, atitudes e práticas na abordagem do fumante.

Não é objeto da presente dissertação discutir as questões epistemológicas da relação tabagismo/ doenças e mortes, mas apenas contextualizar o objeto de discussão do presente estudo. Dessa forma, no Capítulo I, buscamos num primeiro momento fazer um breve relato da evolução histórica do tabagismo, da sua inserção social e de seu impacto na saúde pública, assim como o universo de ações que resultaram da disseminação das informações sobre os seus malefícios e que hoje são preconizadas para o controle do mesmo. Desse universo de ações que têm dois grandes enfoques, prevenir a iniciação do consumo de derivados de tabaco

e estimular os que já são fumantes a deixarem de fumar, pinçaremos a questão da inserção dos profissionais de saúde, em particular do médico nesse cenário.

Sob a ótica das propostas do Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar, abordagem mínima, do Ministério da Saúde/INCA onde se insere a pesquisa envolvida nesse projeto, faremos a seguir um apanhado das informações relevantes, que o profissional de saúde precisa ter para que possa oferecer ao fumante um apoio eficaz no processo de cessação de fumar. Ainda nesse capítulo, enfocaremos a atual situação da abordagem do fumante na rede de saúde, e as principais barreiras que se apresentam para que o tratamento do fumante passe a fazer parte do universo de atribuições esperadas de uma unidade de saúde e de seus profissionais, especialmente do médico.

No Capítulo II abordaremos os pressupostos teóricos dos métodos escolhidos para a presente pesquisa. Portanto, falaremos sobre o porque da escolha de uma abordagem qualitativa para esse estudo, abordaremos brevemente a Teoria das Representações Sociais, uma vez que será o eixo teórico da abordagem qualitativa e as técnicas que foram escolhidas para estudar as representações sociais dos médicos.

Também buscamos identificar nos estudos que abordam as representações sociais sobre drogas, modelos que pudessem servir de eixo para estudar as representações sociais do tabagismo entre médicos.

No Capítulo III discorreremos sobre a pesquisa propriamente dita, seus objetivos, sua metodologia, a análise dos resultados.

Por fim, no Capítulo IV apresentaremos a discussão dos resultados finais e as conclusões.

## CAPÍTULO I

### O TABAGISMO E O PROCESSO DE CESSAÇÃO DE FUMAR

Neste capítulo serão abordados o tabagismo, a evolução histórica da sua inserção social, com a finalidade de contextualizar o médico no universo dessa problemática e o seu importante papel em todos os ângulos do controle do tabagismo, porém em especial no apoio ao fumante durante a cessação de fumar.

Portanto, em primeiro lugar será feito um breve histórico sobre a evolução das representações do tabagismo na sociedade, pontuando seu *status* atual de problema de saúde pública, os esforços da saúde pública para o seu controle assim como as principais barreiras.

No contexto das ações desenvolvidas no Brasil, será focado o Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar e suas prerrogativas, onde se inserem o objeto e os sujeitos desse estudo.

#### **Tabagismo: de Comportamento Glamuroso à Problema de Saúde Pública**

A inserção do tabagismo na sociedade envolve um processo histórico e social, que somados a sua capacidade de causar dependência, construiu ao longo de séculos o panorama atual de consumo, adoecimentos e mortes a ele atribuído. Portanto, é preciso entender e compartilhar com a população esse processo, para que se possa atuar de forma mais abrangente e eficiente sobre essa problemática. Enxergando o problema dessa forma torna-se

claro que o foco de intervenções para o controle do tabagismo não deve centrar-se no comportamento individual, e sim identificar e abranger os próprios determinantes da sua inserção social no processo saúde/doença.

Relatos históricos mostram que durante cerca de 450 anos o uso do tabaco cresceu em todo o mundo. Existem relatos sobre fumar tabaco no diário de bordo de Cristóvão Colombo em 1492 e nos de outros exploradores europeus do Novo Mundo no século XVI, onde se descreve que os americanos nativos fumavam, aspiravam e bebiam preparações de tabaco associadas predominantemente a cerimônias religiosas e como medicação (Slade, 1993; U.S. Surgeon General, 1988).

A história também mostra que foi a partir dos séculos XVI e XVII, que o uso do tabaco começou a ser difundido para o resto do mundo. No entanto, à medida que o seu uso se disseminava pelo mundo, também se disseminavam as controvérsias sobre seus efeitos. Enquanto algumas pessoas exaltavam as suas virtudes outras condenavam o seu uso.

Ao tabaco eram atribuídas propriedades medicinais. Era tido por alguns, como uma erva milagrosa capaz de curar doenças diversas como a bronquite crônica, asma, doenças do fígado, e dos intestinos, reumatismo e outras. Por outro lado, havia os que condenavam seu uso.

Em 1665, Samuel Pepys testemunhou uma experiência realizada pela Sociedade Real da Inglaterra, na qual um gato morreu rapidamente após ser alimentado com gotas de óleo de tabaco destilado. Em 1791, John Hill, um médico inglês relatou casos nos quais o uso de rapé causou câncer nasal. Em 1798, Dr Benjamin Rush no seu livro *Ensaio* condenou o uso do tabaco (Slade, 1993; U.S. Surgeon General, 1988).

Em 1856–57 o jornal médico britânico *Lancet* publicou opiniões de 50 médicos sobre o uso do tabaco. Muitos opositores atribuíam a ele o aumento da criminalidade, paralisia



nervosa, perda da capacidade intelectual e distúrbios visuais – no entanto todas essas afirmativas careciam de evidências convincentes. Os editores do *Lancet* ao resumir os principais argumentos dos defensores do tabaco, escreveram que o seu uso deveria oferecer alguns bons efeitos ou pelo menos efeitos prazerosos e que, se seus efeitos demoníacos fossem tão terríveis como diziam, a raça humana deixaria de existir (U.S. Surgeon General, 1988).

Enquanto os efeitos benéficos e os efeitos maléficos dos produtos do tabaco eram debatidos, através dos séculos XVII e XVIII, cientistas tentavam identificar os principais elementos ativos do tabaco. Foi no início do século XIX que se isolou a nicotina como principal componente do tabaco e no final desse século, pesquisas sobre a sua ação farmacológica no sistema nervoso levaram ao postulado de que substâncias químicas transmitem informações entre os neurônios (U.S. Surgeon General, 1988).

No início do século XX alguns pesquisadores concluíram que a nicotina era responsável pelo uso compulsivo dos produtos do tabaco. Em 1942, concluiu-se que fumar tabaco era uma forma de administrar nicotina, da mesma forma que fumar ópio era uma forma de administrar morfina (U.S. Surgeon General, 1988).

Paralelamente às controvérsias, evoluía ao longo dos séculos a expansão do consumo do tabaco, inicialmente através do cachimbo, aos poucos substituído pelo consumo de charutos e posteriormente de cigarros.

Até o início do século XX, o cigarro era enrolado artesanalmente o que fazia com que o seu consumo fosse baixo. Posteriormente, com a produção de cigarros em escala industrial e a introdução de estratégias de *marketing* para a venda, o consumo teve um crescimento exponencial, de tal forma que nos EUA, o consumo estimado anual de cigarros saltou de 54

unidades por adulto no ano de 1900, para 4.345 cigarros em 1963 (U.S Surgeon General, 1989).

Assim, o cigarro, uma forma não usual e estigmatizada de consumo de tabaco no início do século XX, por volta do fim da Segunda Guerra Mundial, se tornou um símbolo de afluência, poder pessoal, lazer e atratividade, enfim, um ícone da cultura de consumo nos países desenvolvidos.

Embora desde o período da colonização das Américas, o tabaco tenha sido integrado como parte da economia Americana, foi com a expansão do consumo de cigarros, que a potência econômica das indústrias fumageiras se consolidou no início do século XX. Nos países industrializados e nos em desenvolvimento cresceu a dependência econômica em função dos impostos gerados com a produção de derivados do tabaco, principalmente os cigarros (PAHO, 1992).

No entanto, apesar do marcante sucesso do cigarro, persistiram preocupações sobre seu impacto na saúde. As taxas de câncer de pulmão, uma doença virtualmente desconhecida em 1900, começaram a crescer alarmantemente.

Na década de 40, a base de dados de seguros de saúde permitiu um dos maiores estudos prospectivos da relação de cigarros com câncer de pulmão e com a mortalidade nos Estados Unidos e Grã Bretanha. Esses estudos concluíram que cigarros constituíam um enorme risco para a saúde, não apenas como causa de câncer, mas também como fator de risco para doença de coração e outros tipos de câncer. (Doll and Hill 1952, 1954, 1956; Hammond and Horn 1958 citados no US Surgeon General Report, 1989).

Por fim, em 1964, o acúmulo de estudos sobre a associação do tabagismo com doenças e mortes culminou com a revisão das evidências epidemiológicas e a divulgação pelo *Surgeon General* (instituição que corresponde ao Ministério da Saúde) dos Estados Unidos de um

relatório oficial onde informava que a ciência tinha de fato demonstrado os riscos do tabagismo.

A história do tabagismo trouxe um importante debate dentro da comunidade científica a cerca da natureza da causalidade, prova e risco. Com ele surgia um novo tipo de epidemiologia quantitativa, que envolveu um processo histórico complexo de legitimação de novas abordagens da inferência causal.

Na base dessa discussão encontravam-se as fundamentações epistemológicas do conhecimento científico, e na base do argumento epidemiológico estava a clara limitação da experimentação laboratorial para fazer determinações a cerca da probabilidade e risco. Assim, o debate sobre tabagismo e saúde trouxe uma batalha intraprofissional entre a epidemiologia e a ciência laboratorial (a ciência da teoria do germe) seus valores, assunções e expectativas (Brandt, 1997).

Por outro lado, o relatório do *Surgeon General* trouxe uma contribuição fundamental para os estudos médicos de causalidade. Para os membros do comitê que elaboraram o relatório, o uso do termo “causa” implica em um único processo no qual “A” necessariamente levaria a “B”. Dessa forma, o comitê levou em

conta a complexidade de simplesmente afirmarem que tabagismo causa câncer, já que muitos indivíduos poderiam fumar intensamente durante suas vidas e aparentemente nunca sofrerem conseqüências adversas (Brandt, 1997).

Ao reconhecer a complexidade das relações causais, de certa forma o relatório trouxe uma clara crítica a ênfase na causalidade específica da teoria do germe até então hegemônica na ciência, o que por sua vez deu uma nova credibilidade a todo o campo da epidemiologia moderna (Brandt, 1997).

Paralelamente, o relatório do *Surgeon General* gerou uma forte reação das indústrias do tabaco marcando o início da maior batalha entre elas e as forças de saúde pública nos Estados Unidos. A relação entre tabagismo e câncer foi publicamente negada pela indústria fumageira durante décadas. Além disso, durante anos as empresas fumageiras recorreram a estratégias de *marketing* para minar a credibilidade perante a opinião pública dos achados das pesquisas e do relatório do *Surgeon General*, e de outras instituições de saúde pública (Glantz, 1996; Brandt, 1997).

Um dos fatores que concorreram para isso, foi o fato do Congresso Americano ter respondido ao relatório do *Surgeon General* com a criação de uma lei que determinava que nos maços de cigarros constassem advertências sobre os riscos para a saúde do consumidor: *Caution: Cigarette Smoking May be Hazardous to Your Health* (Brandt, 1997).

Nas audiências públicas a respeito dessa legislação, os porta-vozes da indústria do tabaco questionaram os achados do *Surgeon General*. Além disso, interesses econômicos poderosos, especialmente os dos estados produtores de tabaco, fizeram pressão para amenizar qualquer iniciativa de regulamentação (Brandt, 1997).

À medida que estudos científicos continuaram a indicar o cigarro como um importante fator causal de doenças graves, o Congresso Americano continuou a avançar nas regulamentações. Em 1971, as mensagens de advertências foram alteradas passando a veicular a seguinte advertência: *Warning: The Surgeon General Has Determined That Cigarette Smoking Is Dangerous To Your Health*. E em 1985, o Congresso Americano determinou as mensagens rotatórias.

Apesar de originalmente vista como uma regulamentação, as mensagens nos rótulos de cigarros serviram posteriormente para o propósito de desviar a responsabilidade do tabagismo e seus riscos dos ombros da indústria para o indivíduo fumante (Brandt, 1997),

principalmente quando mais recentemente começaram a surgir vários processos por perdas e danos contra as indústrias do tabaco nos Estados Unidos por parte de fumantes acometidos por doenças graves relacionadas ao tabagismo.

Hoje a ciência reconhece o tabagismo como fator causal de mais de 25 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (WHO, 1996; Doll, 1994; U.S. Surgeon General, 1989). Vale ressaltar, que o câncer e as doenças cardiovasculares representam hoje as duas primeiras causas de morte por doença no mundo e no Brasil (WHO, 1993; Ministério da Saúde, 1998).

O processo de disseminação das informações sobre os riscos do consumo de derivados do tabaco parece ter contribuído para a construção do senso comum de que fumar é prejudicial a saúde e que o melhor é não fumar (PAHO, 1992; Cinciprini et al, 1997). No entanto, esse senso varia de país para país, em função do universo de ações desenvolvidas para controle do tabagismo, e da relação política e econômica do governo com as indústrias fumageiras (World Bank, 1999)

Dados da OMS mostram que hoje existem cerca de 1,1 bilhão de fumantes em todo o mundo e desses 200 milhões são mulheres. Ou seja, 47% dos homens e 12% das mulheres fumam (WHO, 1996). Surge, portanto uma questão. Por que mesmo diante desse senso comum ainda temos no mundo um contingente tão elevado de fumantes?

Embora não seja uma questão simples, uma das prováveis respostas para isso é que o tabagismo representa mais do que uma simples opção comportamental. É um processo de dependência, onde a nicotina representa o elo através do qual os fumantes, mesmo querendo deixar de fumar, são repetidamente expostos à milhares de substâncias tóxicas liberadas pela fumaça dos derivados do tabaco (IARC, 1986; U.S.Surgeon General, 1988; Henningfield, 1993). Esse fato somado a aceitação social do comportamento de fumar, resultante de

estratégias de *marketing*, facilidade de acesso aos produtos, e baixo custo (Ministério da Saúde, 1996) evidenciam o tabagismo como sendo a segunda droga mais consumida entre os jovens no Brasil (Galduroz et al 1993).

A idade média da iniciação em muitos países situa-se abaixo dos 15 anos (Collishaw & Lopez. 1996). No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostram que 90% dos fumantes começaram a fumar antes dos 19 anos de idade (Ministério da Saúde, 1998).

Nos EUA, estudos mostram que cerca de 3000 jovens se tornam fumantes regulares a cada dia e que dos adolescentes que experimentam mesmo alguns poucos cigarros, entre um terço e a metade se tornarão fumantes regulares (Kessler, 1995). Portanto, pode-se considerar que apesar da epidemia de adoecimento e morte causada pelo tabagismo se manifestar entre adultos, trata-se de uma doença pediátrica já que tem seu início na infância e adolescência (Collishaw & Lopez. 1996).

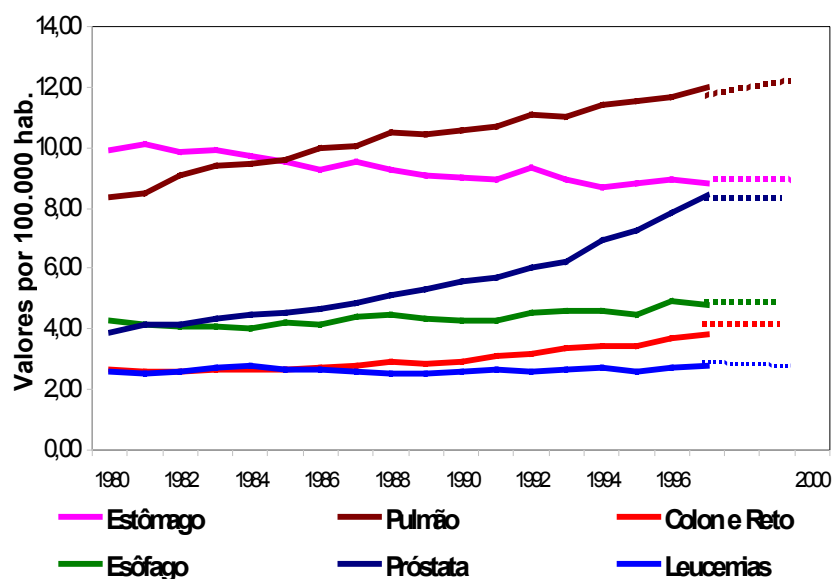
A análise dos estudos epidemiológicos acumulados mostra que ao processo de dependência de nicotina atrelado ao consumo de tabaco podem ser atribuídas 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro-vascular e 30% das mortes por câncer. (U.S. Surgeon General, 1989; Doll, 1994; Ministério da Saúde, 1996).

Dentre os tipos de câncer que incidem com maior frequência em fumantes destacam-se o de pulmão, laringe, boca, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo do útero (Shopland & Burns, 1993). É importante enfatizar que 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes, o que mostra a forte correlação dessa doença com o tabagismo.

A progressiva expansão do comportamento de fumar iniciada há cerca de 40 anos atrás, predominantemente entre homens, fez com que no Brasil o câncer de pulmão passasse

a ocupar atualmente a primeira posição em mortalidade por câncer no sexo masculino (Figura 1).

Figura 1 - Taxa bruta de mortalidade por câncer entre 1980 e 1997 e estimativas para 2000. Brasil, sexo masculino.



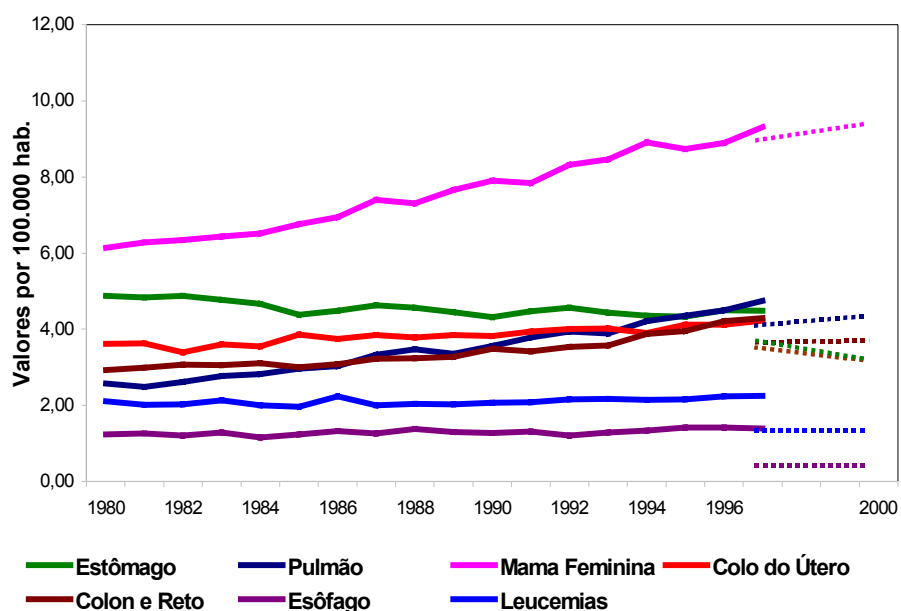
Fonte: Estimativas de Câncer INCA/Ministério da Saúde, 2000

Já entre as mulheres, depois de anos de uma particular reprovação social e opressão moral das mulheres fumantes, elas vieram a se tornar um grupo alvo potencialmente promissor do ponto de vista do mercado de cigarros, e assim sob o estímulo de *marketing* passaram também a adotar de forma crescente esse comportamento, embora mais tardiamente que os homens.

Nos Estados Unidos, o câncer de pulmão passou recentemente a ocupar o primeiro lugar em mortalidade por câncer entre as mulheres (Samet, 1995). Entre as mulheres

brasileiras, as estatísticas de mortalidade por câncer mostram que desde 1995, a mortalidade por câncer de pulmão ultrapassou a mortalidade por câncer do colo do útero e atualmente ocupa a segunda posição em mortalidade por câncer no sexo feminino (Figura 2). Vale ressaltar, que apesar dos avanços terapêuticos, o câncer de pulmão apresenta uma alta letalidade, e apenas 10% dos pacientes estarão vivos nos 5 anos após o diagnóstico (Samet, 1995).

Figura 2 - Taxa bruta de mortalidade por câncer entre 1980 e 1997 e estimativas para 2000. Brasil, sexo feminino. Fonte: Estimativas de Câncer INCA/Ministério da Saúde, 2000



Fonte: Estimativas de Câncer INCA/Ministério da Saúde, 2000

Estudos mostram que existe um forte efeito dose resposta entre o consumo dos derivados do tabaco e o risco de câncer, sugerindo que quanto mais intenso e prolongado o consumo, maior esse risco (Ministério da Saúde 1998; IARC 1986; Cinciprini 1997) .



Para um fumante de mais de 40 cigarros por dia o risco de morrer de câncer de pulmão é 23 vezes maior do que para um não fumante (U.S Surgeon General, 1989). Porém mesmo para os fumantes leves (1 a 9 cigarros/dia) esse risco é em média 6 vezes maior do que para não fumantes, indicando que o tabagismo é um grande risco, mesmo quando a exposição é relativamente baixa (IARC, 1986).

Todo esse potencial de morbidade e mortalidade associado ao tabagismo parece resultar da ação de cerca de 4700 substâncias tóxicas encontradas na fumaça do tabaco, destacando-se entre elas o alcatrão, o monóxido de carbono e a nicotina ( IARC, 1986; Rosemberg ,1987).

O alcatrão concentra cerca de 43 substâncias comprovadamente cancerígenas para o homem. Destacam-se entre elas as aminas aromáticas, as nitrosaminas específicas do tabaco, como a N-nitrosornicotina e o benzopireno. ( IARC, 1986). O contato freqüente e prolongado com essas substâncias determina mutações em genes de supressão tumoral P53, nos oncogenes K-ras das células de fumantes. (Cinciprini,1997). Dessa forma, ao longo de anos de exposição a esses agentes cancerígenos inicia-se o processo de carcinogênese, principalmente sobre as células com as quais essas substâncias entram em contato mais direto, durante sua trajetória pelo organismo (IARC, 1986; Cinciprini,1997).

O monóxido de carbono (CO), é gerado em grandes quantidades pelo processo de queima do tabaco. Após a inalação é absorvido nos pulmões, onde se difunde através das membranas alveolares. No organismo o CO se liga a hemoglobina mais intensamente que o oxigênio, formando a carboxihemoglobina, e é eliminado primariamente pela respiração. A hemoglobina humana tem uma afinidade pelo monóxido de carbono 210 vezes mais elevada do que para o oxigênio. Dessa forma a concentração média de carboxihemoglobina no sangue de não fumantes situa-se em torno de 0,5%, enquanto que em um fumante ela pode alcançar

níveis entre 8 a 9%, ou seja quase 16 vezes maior do que em uma pessoa não fumante (Hoffman e col, 1998).

A nicotina além da sua atividade psicoativa, que será melhor discutida adiante, apresenta efeitos vasoconstrictores e também estimula o aumento das lipoproteínas de baixa densidade, contribuindo para aumentar o risco de trombose, aterosclerose e infarto do miocárdio entre fumantes (Henningfield, 1993; Glantz e col, 1995; U.S Surgeon General, 1983).

Segundo a OMS, são atribuídas ao uso dos derivados do tabaco cerca de 4 milhões de mortes por ano em todo o mundo. A OMS também estima que caso a atual tendência de consumo se mantenha, nos próximos 30 a 40 anos (quando os fumantes jovens de hoje atingirem a meia idade), a epidemia tabagística será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% delas ocorrerão em países em desenvolvimento (WHO, 1999). No Brasil, são estimadas cerca de 80.000 mortes por ano decorrentes do tabagismo (Ministério da Saúde, 1996).

Além dos riscos para os fumantes, a partir da década de 70 começaram a ser divulgadas pesquisas comprovando que crianças expostas a poluição tabagística ambiental (PTA) apresentavam taxas de doenças respiratórias mais elevadas do que as que não se expunham. (USEPA, 1993).

Em 1981, vários estudos publicados mostraram que mulheres não fumantes, casadas com fumantes, apresentavam um risco de morte por câncer de pulmão mais elevado do que mulheres não fumantes casadas com não fumantes. (Hirayama 1981, Trichopoulos e col 1981, Garfinkel 1981).

As pesquisas sobre tabagismo passivo rapidamente se acumularam durante a década de 80 e em 1986 foi divulgado um importante relatório de consenso pela *US National Academy of Sciences*, *National Research Council*, e pelo *US Surgeon General*.

O relatório do *Surgeon General* apresentou três grandes conclusões: 1. o tabagismo passivo é causa de doenças, inclusive câncer de pulmão em não fumantes saudáveis; 2. filhos de pais fumantes quando comparados com filhos de não fumantes apresentam uma maior frequência de infecções respiratórias, mais sintomas respiratórios e redução nas taxas de progressão da função pulmonar a medida em que o pulmão amadurece; 3. a simples separação de fumantes e não fumantes dentro de um mesmo espaço aéreo pode reduzir, mas não elimina, a exposição de não fumantes a poluição tabagística ambiental (U.S Surgeon General, 1986).

No início da década de 70, um número crescente de instituições públicas e privadas nos EUA passaram a adotar políticas de restrição para proteger as pessoas da poluição tabagística ambiental, o que se intensificou após a publicação do relatório do *Surgeon General* sobre os efeitos deletérios do tabagismo passivo para a saúde de não fumantes (Surgeon General, 1986; Katz, 1997)

Recentes estudos de metanálise mostram que não fumantes cronicamente expostos a poluição tabagística ambiental têm um risco de desenvolver câncer de pulmão 30% maior do que não fumantes não expostos (Hackshaw et al , 1997) e um risco de desenvolverem doenças cardiovasculares 24% maior do que entre os não expostos (Law at al, 1997). No entanto, esses estudos vêm sendo contestados pela indústria fumageira para questionar as medidas de regulamentação para proteger os não fumantes da exposição passiva, sob o argumento de que o nível do risco encontrado nesses estudos não justifica essas medidas.

## Desafios para o Controle do Tabagismo

Apesar do peso das evidências sobre os riscos do tabagismo, o seu controle ainda representa um grande desafio para a saúde pública. Sem dúvida, uma das mais importantes barreiras para enfrentar esse desafio resulta da ação das indústrias fumageiras e de suas estratégias de *marketing e lobby*.

Através das estratégias de *marketing*, o imaginário coletivo é estimulado a representar o fumar como um comportamento positivo vinculado às expectativas individuais de sucesso, liberdade, beleza, sensualidade, ou seja um passaporte para esse mundo idealizado.

Os dados da própria indústria do tabaco mostram o quanto o investimento em publicidade é vital para os seus lucro, o que parece explicar o seu crescimento vertiginoso. As vultuosas somas investidas chegam mesmo a exceder o que é gasto na aquisição das folhas de tabaco.

A avaliação histórica do crescimento dos gastos com essa estratégia, mostram que em 1978, os conglomerados transnacionais das indústrias fumageiras tiveram custos totais com publicidade da ordem de 1,8 bilhões de dólares. Em 1988, só nos EUA, foram gastos 3,727 bilhões de dólares em publicidade, o que corresponde a quase o dobro do gasto global total em 1978. De 1975 a 1988, o total de investimentos com publicidade e promoção de cigarros aumentou mais de 6 vezes (Glantz et al 1996; Ministério da Saúde, 2000).

No Brasil, onde o mercado é dominado pela Souza Cruz, subsidiária da British American Tobacco, entre 1985 e 1994 os investimentos em publicidade aumentaram 74,3% em termos acumulados. Em 1994 os gastos foram 3,6 vezes maiores do que os gastos em 1985 (Ministério da Saúde, 2000).

Além das estratégias publicitárias as indústrias fumageiras lançam mão da combinação de estratégias legais e políticas elaboradas para confundir o público e tornar possível não ter

que assumir responsabilidade pelos danos gerados pelos seus produtos (Glantz et al, 1996).

As indústrias do tabaco têm usado três argumentos principais para evitar que o governo regulamente seus produtos e para torná-los não suscetíveis a processos de leis. Primeiro, defendem veementemente que não existem provas conclusivas de que o tabagismo causa doenças como câncer e infarto. Segundo, defendem que fumar não causa dependência e que qualquer pessoa que fuma, o faz por livre escolha, jogando assim a culpa nos consumidores pelas doenças que eles contraem por consumirem seus produtos. E terceiro, defendem que são comprometidos com a determinação da verdade científica sobre os efeitos do tabaco, tanto através de pesquisas internas quanto por financiamento de pesquisas externas (Glantz et al, 1996).

Esses argumentos têm sido essenciais para o sucesso das indústrias fumageiras na defesa dos seus produtos das regulamentações governamentais, assim como da responsabilidade legal pelos efeitos danosos dos mesmos.

Porém, as evidências desse jogo de interesses vieram a tona em 1994 quando milhares de páginas de documentos da Brown and Williamson Tobacco Corporation (B&W) foram parar nas mãos de um dos mais renomados pesquisadores sobre o assunto, Professor Stanton Glantz da Universidade da Califórnia.

Esses documentos junto com outros obtidos da B&W pela House of Representatives Subcommittee on Health and the Environment dos EUA e alguns papéis particulares de um ex-diretor de pesquisa da British American Tobacco (BAT) uma das subsidiárias da B&W, forneceram um panorama dos pontos de vista e ações das indústrias fumageiras nos últimos 30 anos. Consistem primariamente de memorandos internos e relatórios de pesquisas da B&W e BAT.

Ao mostrar que na década de 60 as indústrias em geral, e a B&W e a BAT em particular, já tinham comprovado em seus próprios laboratórios que o alcatrão dos cigarros causava câncer em animais, esses documentos demonstram que as indústrias de tabaco estavam engajadas em enganar o público há pelo menos 30 anos. Nesses documentos, a nicotina é sempre vista como causadora de dependência e sempre tratada como o agente farmacologicamente ativo (Glantz, 1996).

Os documentos também mostram que as companhias reconheciam que o tabagismo causava uma variedade de doenças, e que em função disso elas trabalharam ativamente para identificar e remover elementos tóxicos específicos da fumaça do tabaco. Essas pesquisas internas foram realizadas muitos anos antes da comunidade científica ter um entendimento similar sobre o assunto.

Posteriormente quando se tornou claro que não poderia ser desenvolvido um cigarro “seguro”, as preocupações da indústria passaram a ser os assuntos legais, a percepção pública do perigo do tabagismo. Então a indústria procurou de forma crescente se anteceder às ações de saúde pública. Essa visão difere fortemente da imagem pública apresentada pela indústria durante aquele período (Glantz, 1996).

Só depois de mais de 30 anos, pressionados pela divulgação desses documentos e por uma ação movida por 22 estados nos EUA, um dos cinco maiores fabricantes de cigarros daquele país, o Liggett Group INC, produtores das marcas Lark e L&M admitiu em março de 1997 que seus produtos causavam dependência química e câncer. Além disso, admitiram que utilizavam estratégias para induzir o consumo de adolescentes de até 14 anos. Nessa mesma ocasião, um dos diretores da Phillip Morris também admitiu publicamente o cigarro como causa de câncer de pulmão (O Globo. Seção Ciência e Vida pag 31. 22/08/97; Folha de

São Paulo. Seção O Mundo, pag 1 e 17, 22/08/97; Jornal do Comércio. Seção Empresas. Pag. B-3. 22/08/97; Gazeta Mercantil . Seção Legislação, pag. A-14, 22/08/97)

.A indústria BAT é a “companhia mãe” de muitos fabricantes de cigarros no mundo incluindo a Brown and Williamson (E.U.A), BAT Cigarettenfabriken (Alemanha), a Souza Cruz (Brasil). A BAT produz cigarros em mais de 45 países para consumo interno e exportação na Europa, Austrália, América Latina, Ásia África (Glantz, 1996).

Uma outra grande barreira para o controle do tabagismo em alguns países como o Brasil, diz respeito a receita proveniente da taxaço do tabaco, a geraço de empregos e as exportações . No Brasil a arrecadaço de impostos provenientes da taxaço do tabaco em 73,55% sobre o preço final do cigarro, torna-o uma importante fonte de renda fiscal. (Ministério da Saúde, 1999). Isso sem falar que é um dos países que mais taxam o maço de cigarros (73,55% do preço ao consumidor), e que apesar disso, é um dos mais baratos do mundo (Ministério da Saúde, 2000). Essa dependência econômica é bastante utilizada como *lobby* pelas indústrias fumageiras com o intuito de convencer o governo da sua importância econômica para o País, e assim dificultar as ações de controle do tabagismo.

### **Proposta da OMS para o Controle do Tabagismo**

Diante dos desafios para o controle do tabagismo, a OMS recomenda aos governos de todos os países que busquem implementar um Plano Nacional de Ação que:

- (a) mantenha um centro nacional ativo para estimular, respaldar e coordenar as atividades para controle do tabagismo;
- (b) estabeleça uma organização nacional adequadamente financiada e equipada para coordenar os assuntos de saúde;

(c) monitore as tendências do comportamento de fumar e outras formas de uso do tabaco, enfermidades relacionadas ao tabagismo, assim como a efetividade das ações nacionais de controle do tabagismo;

(d) desenvolva programas efetivos de promoção e educação visando a prevenção da iniciação no tabagismo e a cessação de fumar;

(e) desenvolva ações legislativas visando abolir a exposição involuntária a fumaça do tabaco em meios de transportes e locais de trabalho;

(f) desenvolva ações para tornar as unidades de saúde livres de tabaco, para que os profissionais de saúde valorizem seu papel de modelo de comportamento, não fumando, como também valorizem a abordagem e tratamento do fumante;

(g) estimule o aumento dos impostos sobre os produtos derivados do tabaco, de forma mais rápida que o aumento do poder aquisitivo da população;

(h) destine uma parte dos impostos obtidos a partir da taxaço do tabaco para financiar medidas de controle do tabagismo e patrocinar eventos culturais e esportivos, que promovam uma vida livre do tabaco;

(i) restrinja toda forma de publicidade, promoço e patrocínio do tabaco;

(j) desenvolva ações legislativas que determinem a colocação de advertências fortes e variadas nos maços de cigarros;

(k) restrinja o acesso dos jovens aos produtos de tabaco, incluindo a proibição de venda a menores de 18 anos;

(l) ofereça apoio amplo e efetivo a cessação de fumar;

(m) limite os níveis de alcatrão e nicotina permitidos na manufatura do cigarro;

(n) obrigue os fabricantes de cigarros a fornecerem relatórios periódicos sobre os níveis dos constituintes tóxicos dos derivados do tabaco;



(o) desenvolva estratégias para buscar alternativas econômicas viáveis para a fumicultura. ( WHO, 1996)

Reconhecendo que a expansão do consumo do tabaco é um problema globalizado, já que muito da sua disseminação pode ser atribuída aos vetores da globalização como liberação do comércio, integração econômica e dominação do mercado por corporações transnacionais, novas tecnologias e um marketing disseminado do estilo de vida ocidental, 191 países membros da OMS propuseram durante a 52<sup>a</sup> Assembléia Mundial de Saúde em maio de 1999, a adoção de uma Convenção-Quadro Internacional para o Controle do Tabaco para garantir um controle global da pandemia do tabagismo.

Esta Convenção está sendo negociada por delegações dos países participantes, com base na posição oficial de seus governos. Para esse fim, a OMS criou um Órgão de Negociação Intergovernamental que desde 1999 promove reuniões entre os países membros duas vezes por ano para a negociação das diversas propostas do texto da Convenção. Esse processo de negociação está previsto para se encerrar em 2003, quando o texto final da Convenção deverá estar pronto para ser ratificado pelos estados membros que concordarem com a mesma (WHO, 1999b).

Uma convenção quadro e seus protocolos representam um instrumento legal e oferece uma abordagem que é encontrada em numerosos tratados de direitos humanos e de preservação do meio ambiente.

A maioria dos tratados através de convenções quadros organiza protocolos dentro de linhas temáticas. No contexto; do uso do tabaco foram estabelecidas oito áreas relacionadas a saúde pública, implicações internacionais e propostas de soluções tais com :harmonização internacional de preços e impostos dos derivados do tabaco, ações para coibir o contrabando, eliminação da venda de produtos livres de taxas e impostos, eliminação da propaganda e dos

patrocínios promovidos pelas marcas de derivados do tabaco, avaliação e divulgação dos constituintes tóxicos presentes nos derivados do tabaco, regulamentação de rótulos e embalagens do tabaco, definição de políticas agrícola e de comércio do tabaco, promoção de cooperação e troca de informações entre os países membros .

### **O Controle do Tabagismo no Brasil**

Segundo Mirra & Rosemberg (2001) a primeira manifestação a respeito do tabagismo no Brasil se deu em 1863, com a publicação do trabalho “O abuso do tabaco como causa de angina do peito” por Torres-Homem na Gazeta Médica do Rio de Janeiro. Ainda de acordo com esses autores, em 1869 o médico Francisco Furquim Werneck de Almeida defendeu uma tese de doutorado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, cujo tema foi : “Do uso do tabaco e de sua influência sobre o organismo”.

Em 1942, o Ministério da Educação e Saúde através do Serviço Nacional de Educação Sanitária publica o livro Tabagismo de autoria do Dr Cunha Lopes. Nesse livro o fumo é abordado de forma sistemática desde sua composição química, ação biológica, intoxicações e o tabagismo é abordado considerando sua possibilidade de causar dependência e sua possível relação com doenças como câncer, arteriosclerose, o saturnismo e a tromboangeíte obliterante, em um momento em que começavam a se delinear os primeiros trabalhos mostrando a associação entre câncer doenças cardiovasculares e tabagismo (Cunha Lopes, 1942).

De acordo com Mirra & Rosemberg (2001) as primeiras ações para controle do tabagismo no Brasil até o ano de 1979 foram individuais e regionalizadas, tendo sido o médico o profissional que liderou esse processo.

No início dos anos 70, o médico Ajax Walter Silveira criou em São Paulo a Sociedade de Combate ao Fumo, que realizou dois simpósios a respeito do tema. Em 1976, a Associação Médica do Rio Grande do Sul instituiu o primeiro Programa de Combate ao Fumo para o Estado, liderado pelo Dr Mário Rigatto.

Posteriormente, através das sociedades médicas, instituições hospitalares e secretarias de saúde nos Estados do Paraná, São Paulo, Pará, Espírito Santo, Bahia, Maranhão, Rio de Janeiro, Rondônia, Minas Gerais, Pernambuco, Santa Catarina e Distrito Federal foram criados os Programas de Combate ao Fumo, destacando-se a Sociedade Médica do Paraná que em 29 de agosto de 1980, sob a liderança de Dr Jayme Slotnik lançou a Greve do Fumo.

Já em 1977, o tema tabagismo foi incluído no currículo médico da Faculdade de medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo por iniciativa de Dr José Rosemberg ( Mirra & Rosemberg, 2001).

Um dos principais marcos históricos do movimento médico para controle do tabagismo no Brasil se deu em 1979, quando o Instituto Brasileiro de Investigação Torácica IBIT organizou um seminário sobre tabagismo, que gerou um documento histórico, a Carta de Salvador, através do qual médicos alertavam os poderes públicos, as instituições médicas e a população a respeito dos danos relacionados ao tabagismo ( Mirra & Rosemberg, 2001).

Ainda em 1979, as lideranças médicas para o controle do tabagismo fizeram o primeiro contato de sensibilização com o governo federal para que o mesmo assumisse essas ações. No entanto, mesmo no início da década de 80 essas ações continuaram apenas no nível não governamental, de forma regionalizada de Sociedades e Associações Médicas através de seminários, simpósios e eventos afins abordando o tema ( Mirra & Rosemberg, 2001).

Em 1985 o Programa de Controle do Tabagismo se tornou um programa do governo, quando o Ministério da Saúde assumiu oficialmente essa iniciativa criando um Grupo

Assessor do Ministério da Saúde para Controle do Tabagismo no Brasil formado por diversos médicos de diferentes especialidades ( Mirra & Rosemberg, 2001).

Em 1989, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) como órgão do Ministério da Saúde responsável pela política de controle do câncer no Brasil, assumiu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Dessa forma, ao longo dos últimos 12 anos o INCA deu continuidade aos esforços iniciados pelas diferentes lideranças não governamentais na década de 70, buscando a consolidação de alianças e parcerias tanto no âmbito governamental como no não governamental.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo articulado pelo INCA passou a ter uma sistemática de atuação através de dois grandes grupos de estratégias: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público alvo, crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar. Nesse contexto o Programa foi delineado visando sistematizar ações educativas, legislativas e econômicas para o controle do tabagismo.

Durante 9 anos, as ações educativas foram apenas pontuais, através da realização de campanhas e a partir de 1996 passaram a envolver também ações contínuas. Dessa forma, sob a ótica da promoção da saúde foram desenvolvidos programas de intervenção em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho, tendo como objetivo não só ampliar a disseminação de informações sobre tabagismo para grupos alvo específicos como profissionais de saúde, professores, alunos e trabalhadores, como também criar nesses ambientes estímulos para mudanças culturais na aceitação social do tabagismo e assim favorecer mudanças de atitude e de comportamento que reduzam o número de jovens que começam a fumar e aumentem o número dos que deixam de fumar.

Para facilitar a expansão do Programa de forma organizada para todo o Brasil, o INCA/ Conprev desenvolveu estratégias para descentralização através da articulação de uma rede nacional de parcerias.

Atualmente, essa rede conta com coordenações nas 26 Secretarias Estaduais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e vem sendo ampliada para Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estaduais e Municipais de Educação, e ONGs. Por meio dela todas as estratégias desenvolvidas através de projetos pilotos chegam às escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho dos municípios.

Graças a essa rede de parcerias o Programa de Controle do Tabagismo atingiu até o momento cerca de 3000 municípios brasileiros, mais de 2000 escolas, quase 1000 unidades de saúde e cerca de 1 700 ambientes de trabalho, num processo que não para de crescer haja visto que o Programa trabalha com a lógica de multiplicação de ações.

No âmbito legislativo embora date de 1965 o primeiro Projeto de Lei instituindo a obrigatoriedade de advertência sobre os malefícios do tabaco só em 1986 foi promulgada a primeira Lei Federal relacionada ao controle do tabagismo, a Lei nº 7.488 de 11/06/86, que criou o Dia Nacional de Combate ao Fumo, dia 29 de agosto ( Mirra & Rosemberg, 2001)..

Em 1988, a Portaria nº 490 do Ministério da Saúde, trouxe a primeira regulamentação sobre as embalagens e publicidade dos produtos fumígenos, que determinou que as indústrias produtoras de cigarros incluíssem a advertência: "O Ministério da Saúde adverte: Fumar é prejudicial à saúde".

Ainda em 1988 surgiu a Portaria Interministerial nº 3257, recomendando medidas restritivas ao fumo nos locais de trabalho, criando fumódromos e conferindo certificados de honra ao mérito às empresas que se destacarem em campanhas antitabágicas..

Em 1995, a Portaria Interministerial nº 477 substituiu a advertência "O Ministério da Saúde adverte: Fumar é prejudicial à saúde" das embalagens e publicidade de produtos fumígenos por advertências rotatórias variadas e mais específicas. Com essas novas advertências a população passou a ser informada sobre as diferentes doenças relacionadas ao tabagismo. Um outro avanço dessa legislação relacionou-se à locução que passou a acompanhar essas advertências nas peças publicitárias veiculadas pela TV e pelo rádio, o que permitiu um maior alcance por atingir a população iletrada. Além disso, essa Portaria passou a recomendar aos órgãos do Sistema Único de Saúde que não mais aceitassem patrocínio, colaboração, apoio ou promoção de campanhas de saúde pública por companhias produtoras de tabaco e seus derivados, uma prática comum até então.

Em 1996 foi criada a Lei Federal nº 9.294/96, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 2.018/96, dispondo sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos. Essa nova legislação marcou outro importante avanço legislativo nas ações para controle do tabagismo no Brasil, ao proibir o uso de produtos fumígenos em recintos coletivos, privados ou públicos, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente.

Merece um destaque especial no âmbito legislativo a publicação da Lei Federal nº 9.782 de 26/01/99, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e determinou dentre as suas várias atribuições, a regulamentação, o controle e a fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.

Em 1999, a Medida Provisória nº 1814, alterou o § 2º do artigo 3º da Lei Federal nº 9.294/96, e complementada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 695 de 02/06/99 determinaram a substituição das mensagens de advertência dos maços de cigarros e da propaganda por frases mais efetivas e diretas quanto aos prejuízos causados pelo cigarro.

Nessa ocasião, foram introduzidas duas mensagens até então não veiculadas devido a resistência das indústrias fumageiras : “a nicotina é droga e causa dependência” e “fumar causa impotência sexual”.

Ainda em 1999, foi publicada a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 320 regulamentando o cadastro anual dos produtos fumígenos junto a ANVISA, e exigindo das indústrias fumageiras a apresentação periódica de relatórios de seus produtos comercializados no Brasil, acompanhados de informações sobre características físico químicas.

Outro grande avanço legislativo se relacionou ao Decreto n.º 3136 de 13/08/99, que criou a Comissão Nacional para o Controle do Tabaco marcando uma nova fase do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil, que deixou de ser apenas um Programa do Ministério da Saúde para ser um Programa de Estado. Essa Comissão tem como objetivo analisar os dados e informações nacionais referentes ao tema e subsidiar o Presidente da República nas decisões e posicionamentos do Brasil enquanto estado membro da OMS, durante as negociações da Convenção-Quadro Internacional para o Controle do Tabaco. Além do Ministério da Saúde, integram essa Comissão Nacional representantes dos Ministérios das Relações Exteriores, da Agricultura e Abastecimento, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e Emprego, da Educação e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Cabe ao INCA a secretaria executiva dessa comissão.

Em dezembro de 2000 um dos maiores avanços legislativos para controle do tabagismo se consolidou com o sancionamento da Lei nº 10.167, que, dentre outras providências, restringiu a propaganda de produtos fumígenos à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda, proibindo conseqüentemente a propaganda em revistas, jornais, televisão, rádio e outdoors. Essa lei também proibiu o patrocínio de eventos culturais

e esportivos pelas indústrias fumageiras a partir de 2003; vedou o uso desses produtos nas aeronaves brasileiras e demais veículos de transporte coletivo; majorou o valor das multas a serem aplicadas, em caso de descumprimento; e determinou os órgãos competentes para exercer a fiscalização do cumprimento da Lei n.º 9.294/96. Esse novo avanço legislativo representou uma grande vitória da saúde pública frente ao forte *lobby* que durante quase seis meses precedeu o processo de sancionamento dessa lei, orquestrado pelas indústrias fumageiras e apoiado pela Associação Brasileira de Rádio e Televisão que organizaram uma verdadeira campanha através da mídia para questionar essa ação legislativa.

Em março de 2001 um outro avanço legislativo foi marcado pela Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 46 que estabeleceu os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça, para os cigarros comercializados no Brasil. Essa resolução também passou a proibir a utilização de descritores como *light*, *ultra light*, e outros que possam induzir o consumidor a uma falsa idéia de segurança quanto ao consumo dos produtos do tabaco. Vale ressaltar, que o Brasil foi o primeiro país do mundo a adotar a proibição desses termos. Outro importante avanço dessa Resolução diz respeito a obrigatoriedade da impressão nos maços de cigarros dos teores de alcatrão, monóxido de carbono e nicotina acompanhados da seguinte frase: “não existem níveis seguros para o consumo dessas substâncias”.

Em maio de 2001 nova Medida Provisória a de número 2134-30 determinou que as advertências nos maços dos derivados de tabaco passem a ser acompanhadas por imagens que ilustrem o seu sentido.

Esse breve relato da evolução do controle do tabagismo no Brasil não teve como objetivo esgotar os detalhes dessa importante história da saúde pública, e sim contextualizar os grandes esforços empreendidos pela área médica nesse sentido. Dessa forma, por questões



práticas, muitos outros marcos históricos não foram aqui mencionados, o que não os tornam menos importantes nesse longo processo que vem dando ao Brasil uma posição de destaque no cenário internacional.

Esse contexto histórico e evolutivo de ações para o controle do tabagismo no Brasil trouxe uma importante mudança de paradigma, onde o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, se transformou progressivamente num comportamento indesejável. Como consequência desse efeito, em 1988, a Pesquisa Nacional sobre Estilo de Vida realizada pelo Ministério da Saúde mostrava que dos 30,6 milhões de fumantes existentes no País, 78% gostariam de deixar de fumar (Ministério da Saúde, 1998), gerando um aumento progressivo na demanda por ações de apoio à cessação, o que por sua vez colocou em evidência o papel das instituições de saúde e de seus profissionais nesse âmbito.

Em função disso uma das mais recentes ações incorporadas ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo relaciona-se ao apoio aos fumantes que querem deixar de fumar. É sobre este ângulo do programa que agora passaremos a focar, por tratar-se do objeto da presente dissertação.

## **A Cessação de Fumar, no Contexto das Ações para Controle do Tabagismo**

Um grande desafio para o controle do tabagismo se relaciona ao fato de que o mesmo é uma dependência e por isso a OMS vem enfatizando a importância dos Programas Nacionais para Controle do Tabagismo investirem esforços para ampliar o acesso da população fumante aos avanços técnicos na área de cessação de fumar (WHO, 1999).

Várias são as razões que justificam essa recomendação. Pesquisas mostram que os ex-fumantes vivem mais do que os que continuam a fumar, e que os benefícios de deixar de fumar se estendem as faixas etárias mais avançadas.

Quando comparadas com as pessoas que continuam a fumar, as que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam após 16 anos de abstinência, uma redução de 50% no risco de morte por todas as causas. Já o risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30 a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem fumar; enquanto que para o câncer de bexiga ou de rim, o risco para os ex-fumantes pode ser reduzido em 50% dentro de poucos anos após a cessação, e para o câncer de cavidade oral e de esôfago, em 50% após 5 anos (US Surgeon General, 1990; Doll e Peto 1994).

Outra justificativa é o fato de que os esforços para cessação de fumar reduzem a mortalidade em um prazo mais curto do que a prevenção da iniciação no comportamento de fumar entre os jovens, que só produzirão mudanças nas estatísticas 30 a 50 anos depois, quando os adolescentes de hoje atingirem a faixa etária em que se concentram as mortes relacionadas ao tabagismo (WHO, 1996).

A esses fatos somam-se as evidências das vantagens na relação custo benefício. Estudos para estimar a relação custo benefício do tratamento do fumante através de uma

abordagem mínima pelo médico na sua rotina de atendimento mostram que se apenas 2,7% a 3,7% dos fumantes deixassem de fumar através dessa abordagem, o custo estimado por ano de vida ganho seria da ordem de U\$748,00 a U\$ 2.020,00. Ao se comparar esse custo com o tratamento de outras doenças crônicas, o tratamento do tabagismo mostra resultados mais vantajosos. Por exemplo, a avaliação feita para o tratamento de hipertensão arterial de leve a moderada, hipercolesterolemia e infarto mostrou um custo estimado por ano de vida ganho entre U\$ 11.300 e U\$24.408, para a primeira condição, U\$ 65.511,00 e U\$108189,00 para a segunda e U\$ 55.000,00 para a terceira. Mesmo quando são utilizados recursos farmacológicos como a terapia de reposição de nicotina para redução dos sintomas da síndrome de abstinência durante o tratamento do fumante, esse custo seria da ordem de U\$4.113,00 a U\$9.473,00, continuando inferior aos demais tratamentos acima mencionados (Crogham e col, 1997, Orleans 1993).

Além disso, temos uma questão ética bastante importante nesse contexto. Com as mudanças na aceitação social resultante das ações educativas e legislativas para controle do tabagismo vem surgindo uma crescente demanda por parte dos fumantes para receberem apoio para deixar de fumar, uma vez que grande parte destes não consegue deixar de fumar sozinha.

Em maio de 1999, o Ministério da Saúde do Brasil, através de um sistema de ligações gratuitas, o serviço Disque Saúde, disponibilizou para o público, informações gerais sobre tabagismo e orientações sobre cessação de fumar. Em cerca de 3 meses de atuação desse serviço, ligaram cerca de 3100 pessoas para obter informações sobre tabagismo. Desse total, 85% buscaram informações sobre como deixar de fumar e sobre onde na rede de saúde é oferecido apoio para deixar de fumar, pondo em evidência a demanda existente na população brasileira.

### **A Unidade de Saúde e seus Profissionais no Controle do Tabagismo**

Pesquisas na Austrália e nos E.U.A. mostram que 70% dos fumantes visitam unidades de saúde pelo menos uma vez ao ano (Doran, 1998; Fiore, 1996) evidenciando o importante papel das unidades de saúde e de seus profissionais no contexto da abordagem do fumante. Embora não tenhamos informação sobre esses dados no Brasil, podemos supor que algo semelhante acontece por aqui, considerando a morbidade relacionada ao tabagismo. Portanto, qualquer instituição comprometida com seu papel de restaurar e preservar a saúde da população deveria procurar incluir nas suas rotinas, intervenções que estimulem os fumantes a deixarem de fumar. No entanto, algumas barreiras ainda precisam ser vencidas para que essa prática passe a ser incorporada nas rotinas das unidades de saúde e de seus profissionais.

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

A falta de atenção dada às atividades preventivas durante o treinamento médico formal ou durante as atividades de pós-graduação, tem sido freqüentemente citada como uma das causas da pouca ênfase dada às atividades preventivas na prática médica atual. Nesse contexto, a formação dos nossos profissionais de saúde, especialmente do médico direcionada para atender a esse modelo assistencial, parece ser um dos fatores que contribuem para o pouco interesse em ações de promoção da saúde nas rotinas de atendimento a população.

Preocupados com essa questão, a Associação Brasileira de Ensino Médico, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras entidades relacionadas ao magistério e à Medicina vêm desde 1991, investindo esforços para melhoria da qualidade de ensino em escolas médicas do País, tendo sido criada a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Em uma avaliação inicial foi diagnosticada uma série de problemas, tais como desvinculação do ensino médico da realidade da saúde da população, formação humanista deficiente, pouco conhecimento do SUS por parte de alunos e professores, dentre outros (CFM,1997).

Esse perfil torna evidente que de forma geral o ensino médico prepara o profissional para ver o adoecimento como uma avaria mecânica e o seu tratamento como uma manipulação técnica. A relação entre saúde, estilo de vida, questões psicossociais, econômicas, políticas e culturais não é suficientemente discutida nas escolas médicas. Além disso, o próprio curso de formação médica, treinamentos e posteriormente o mercado de trabalho obrigam o médico a se dividir entre 2 ou 3 empregos, e assim a conviver com experiências extremamente estressantes, que estimulam a adoção de hábitos não saudáveis, por esses profissionais (Machado, 1997).

Entre os médicos a prevalência do tabagismo situa-se em torno de 25%. (Campos, 1992). Esse fato representa um obstáculo para a atuação desse profissional, na cessação de fumar, pois a população em geral os tem como modelo de comportamento, sendo influenciada pelo aconselhamento e comportamento destes profissionais. Quando qualquer profissional de saúde, especialmente um médico, acende um cigarro diante de um paciente, ele passa a imagem de que fumar não é tão prejudicial como se divulga, pois se assim o fosse, ele não estaria fumando.

Essa influência é bem ilustrada pela análise histórica da evolução da epidemia tabagística em alguns países (Davis 1993). Com base na relação prevalência de tabagismo entre médicos e a prevalência de tabagismo na população geral, observa-se que a epidemia tabagística em diferentes países passou por duas fases. A primeira fase, quando os malefícios do tabagismo ainda eram pouco divulgados, caracteriza-se não só por uma maior prevalência de tabagismo entre os médicos do que na população geral, como também pela utilização da imagem desses para promoção de cigarros. Durante essa fase, a relação entre a prevalência de fumantes (médicos/população geral) é maior que 1, sendo a epidemia tabagística considerada imatura. Porém, à medida que as evidências sobre os malefícios do tabaco foram se acumulando, os médicos, começaram a deixar de fumar antes da população geral. Isso ocorreu porque: 1) os médicos eram atingidos pelas mensagens antes da população geral; 2) se desenvolveu uma contradição intolerável entre a prática na área de saúde e a natureza autodestrutiva do fumar; 3) o fumar se tornou um comportamento estigmatizado nos círculos médicos antes de se tornar na sociedade. Quando a prevalência de tabagismo entre médicos cai abaixo dos níveis observados na população geral a epidemia tabagística passa para uma fase dita matura (Davis, 1993). Considerando esses critérios a Tabela 1 mostra que em alguns países no início da década de 90 a epidemia do tabagismo ainda era imatura.

Portanto, outras barreiras para controle do tabagismo se referem a: (a) a existência de uma elevada proporção de médicos fumantes (25%), quando comparada com a observada em alguns países do primeiro mundo, que não ultrapassa 10% (Campos, 1992; Davis, 1993); (b) de maneira geral não há por parte do médico e de outros profissionais de saúde uma valorização do tabagismo como uma doença que necessita de tratamento e acompanhamento da mesma forma que é feito com doenças crônicas tais como hipertensão, cardiopatias, diabetes, etc; e (c) grande número de instituições de saúde no país não restringe o consumo de

derivados do tabaco em suas dependências, o que inibe qualquer ação para desestimular o consumo, tanto entre seus profissionais como entre seus pacientes.

**Tabela - 1** Prevalência de tabagismo entre médicos e na população geral, de alguns países , por volta de 1990

País	Médicos (%)	População Geral (%)	Relação prevalência de tabagismo entre médicos e na população
Reino Unido	4	32	0,13
EUA	9	29	0,31
Irlanda	20	37	0,54
Hungria	21	34	0,62
Alemanha	25	32	0,78
Brasil	25	31	0,81
França	31	35	0,89
Espanha	45	41	1,10
Japão	44	38	1,24

**Fonte:** Davis, 1993

Enfim, para que o contexto social na área de saúde se torne favorável ao controle do tabagismo é preciso que profissionais de saúde fumantes sejam estimulados a deixarem de fumar, as instituições de saúde restrinjam o consumo de produtos derivados do tabaco fumígenos nas suas dependências, que o apoio para cessação de fumar passe a fazer parte das rotinas das instituições de saúde e que os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, estejam preparados para oferecer esse serviço de forma efetiva.

## O Processo de Cessação de Fumar

Para que o profissional de saúde possa oferecer uma abordagem eficaz ao fumante para a cessação de fumar, é importante que tenha alguns conhecimentos técnicos sobre o assunto e adote uma postura compreensiva e acolhedora.

Do ponto de vista técnico é importante que:

- entenda o tabagismo como dependência de nicotina e saiba identificar o grau de dependência do seu paciente fumante;
- reconheça que a cessação de fumar é um processo de mudança de comportamento;
- saiba orientar o fumante sobre a síndrome de abstinência e a “fissura” (desejo intenso de fumar);
- conheça os diferentes métodos de cessação de fumar sua eficácia e seu papel na cessação de fumar;
- saiba estimular nesses pacientes habilidades para prevenção da recaída.

### Entendendo o Tabagismo como Dependência

Apesar de no início do século XX alguns pesquisadores terem concluído que a nicotina era responsável pelo uso compulsivo dos produtos do tabaco (U.S. Surgeon General, 1988), só em 1988, quando o *Surgeon General* dos Estados Unidos publicou um relatório exaustivo sobre o uso do tabaco como uma dependência de droga, a sua capacidade de causar dependência química passou a ser reconhecida pela comunidade científica mundial (U.S. Surgeon General, 1988).

Nesse relatório o Surgeon General concluiu que :

1. O cigarro e outros derivados do tabaco causam dependência.



2. A nicotina é a droga presente no tabaco que causa a dependência.
3. Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência do tabaco são similares aos que determinam a dependência de drogas como heroína ou cocaína.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, dependência a uma droga representa o uso e a necessidade, tanto física quanto psicológica, de uma substância psicoativa, apesar do conhecimento de seus efeitos prejudiciais à saúde. Existe também um padrão de auto-administração que, geralmente, resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo para consumir a droga. (Surgeon General, 1988). \

O Quadro 1 mostra os critérios para dependência de uma droga de acordo com a OMS.

#### **Quadro 1 - Critérios para dependência de droga**

<p><b>Critérios Primários</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso altamente controlado pela droga ou compulsivo</li> <li>• Efeitos psicoativos</li> <li>• Comportamento reforçado pela droga</li> </ul> <p><b>Critérios de dependência</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comportamento de dependência:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Padrão repetitivo e estereotipado de uso</li> <li>2. Uso apesar dos efeitos danosos</li> <li>3. Recaída após abstinência</li> <li>4. Desejo recorrente e intenso pela droga</li> </ol> </li> <li>• <b>As drogas que produzem dependência freqüentemente produzem :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tolerância</li> <li>2. Dependência física</li> <li>3. Efeitos prazerosos</li> </ol> </li> </ul>
--

**Fonte:** U.S. Surgeon General, 1988

O Quadro 2 apresenta uma comparação entre os critérios de dependência à drogas do Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais da Associação Americana de Psiquiatria e a dependência de nicotina atrelada ao padrão de consumo de derivados de tabaco.

**Quadro 2.-** Comparação entre os critérios usados para classificar a dependência a uma droga e o comportamento de fumar

<b>Crítérios de dependência a droga</b>	<b>Situações do consumo de tabaco que indicam tratar-se de uma dependência a droga</b>
Necessidade acentuada de crescentes quantidades da substância para atingir o efeito desejado (tolerância)	Adolescentes começam fumando alguns dias por mês e passam a fumar mais a medida que vão se tornando adultos; o número médio de cigarros fumados diariamente por adultos ( 18 a 20 / dia) é o dobro do fumado por adolescentes ( 9/dia)
Os efeitos da droga diminuem acentuadamente com o uso continuado de mesma quantidade da substância (tolerância)	Durante a fase de experimentação do tabaco, ocorrem náuseas, tonteira e outros efeitos desagradáveis, que desaparecem com a persistência do uso
A mesma substância ou similares são usadas para evitar a síndrome de abstinência	Para a maioria dos fumantes regulares, após pelo menos 24 horas sem fumar ocorrem sintomas tais como irritabilidade, dificuldade de concentração e outros. Pessoas que fumam logo após saírem de lugares onde não é permitido fumar como aviões, cinemas, teatros, etc, geralmente o fazem para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência.
A substância é freqüentemente usada em quantidades maiores ou por um período mais longo do que a pessoa pretendia.	Uma pesquisa nos E.U.A entre alunos do 2º grau que eram fumantes regulares e não pretendiam continuar a fumar, mostrou que nos 5 anos seguintes 73% ainda estavam fumando e que 70% dos fumantes adolescentes e 80% dos fumantes adultos estavam arrependidos de terem começado. Poucos fumantes conseguem restringir o consumo de tabaco por apenas algumas ocasiões.
Existe um desejo persistente ou esforço sem êxito para reduzir ou controlar o uso da substância	Cerca de 80% dos fumantes querem deixar de fumar; cerca de 1/3 dos fumantes param de fumar por um dia a cada ano; porém dentre esses menos de 10% permanecem abstinentes.
Grande parte do tempo é gasto em atividades para obter a substância de abuso, usá-la e se recuperar de seus efeitos	O fumante em cadeia, ou seja o que acende o próximo cigarro no anterior.
Importantes atividades sociais, ocupacionais ou de lazer são abandonadas ou reduzidas devido ao uso da droga.	Esse comportamento se torna mais evidente a medida em que as políticas de restrição ao uso em ambientes fechados se tornam mais prevalentes.
O uso da droga é mantido apesar do indivíduo saber que tem um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que é provavelmente causado ou exacerbado pela substância	Muitos fumantes continuam a fumar apesar de terem graves doenças que sabem serem causadas pelo tabaco
A compulsão pelo uso da droga leva a pessoas tidas como racionais a correrem risco de vida para obter a droga	Há fumantes que relatam comportamentos bizarros para obter o cigarro quando em situações de difícil acesso: por exemplo, catar pontas de cigarro para fumar.

**Adaptado de Giovino et al 1995**

Esse quadro demonstra claramente que o consumo de derivados de tabaco preenche os pré-requisitos para que seja considerado como uma dependência de droga.

O reconhecimento dessas características nos fumantes levou a Organização Mundial de Saúde a incluir o tabagismo no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que entrou em vigor em 1º de janeiro de 1993 (Slade 1993, OMS,1997).

Em 1994, a *Food and Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos concluiu e divulgou oficialmente que os diversos derivados do tabaco (cigarros, charutos, etc) na verdade funcionam como dispositivos para liberação da droga nicotina para o usuário (Glantz at al, 1996).

Pesquisas nos Estados Unidos mostram que apesar da maioria das pessoas terem consciência dos riscos relacionados ao tabagismo, e a maioria dos fumantes desejarem parar de fumar, menos de 3% desses deixam de fumar a cada ano ( Giovino 1993; Cinciprini 1997). Entre os que experimentam pelo menos 1 cigarro, 33% a 50% ficam dependentes da nicotina. Entre os que se tornam fumantes regulares, a incidência de dependência é mais substancial, variando de 70 a 90% dos casos. Dos que param de fumar por pelo menos 1 dia, menos de 15% permanecem abstinentes ao final de 1 ano. (Giovino, 1993; Cinciprini, 1997).

Esses dados confirmam que o fator chave de toda a patogênese do tabagismo reside no fato da nicotina ser uma droga psicoativa capaz de causar dependência química (Surgeon General, 1988; Henningfield, 1993).

## **Dinâmica Biológica e Psicossocial da Dependência de Nicotina.**

### **Conhecendo a dinâmica biológica da nicotina**

A nicotina é um dos poucos alcalóides naturais que existem em estado líquido. Tem a forma de um líquido claro volátil, alcalino que adquire a coloração marrom quando exposto ao ar. É ela quem dá o odor característico ao tabaco.

Os derivados do tabaco contêm diferentes quantidades de nicotina. Por exemplo, o tabaco do cigarro contém cerca de 8 mg de nicotina. Essa quantidade é similar em todas as marcas de cigarros independentemente delas serem de baixos teores ou não. Contudo, a quantidade de nicotina que é liberada para o fumante varia amplamente de 0,1 a 1,9 mg por cigarro, de acordo com as diferentes marcas. Essa liberação é influenciada por aditivos químicos, pela porosidade do filtro dentre outros artificios (Hennenfield et al, 1993).

A nicotina destilada a partir da ponta incandescente do derivado do tabaco é levada até o fumante através de gotículas de alcatrão e da fase gasosa da fumaça que ele aspira.

A absorção da nicotina pelas membranas da mucosa depende de seu estado iônico. No meio alcalino ela se torna não ionizada, o que permite a sua absorção imediata. Quando em meio ácido ela se torna ionizada o que dificulta sua absorção.

A fumaça da maioria dos cigarros é ácida, por isso a absorção da nicotina pela mucosa bucal é baixa. Dessa forma, para que o fumante de cigarros absorva a nicotina ele necessita tragar a fumaça do cigarro, levando-a até os pulmões, onde o pH alcalino e a grande superfície da mucosa propiciam sua quase imediata absorção. Já os fumantes de charutos e

cachimbo cuja fumaça é alcalina conseguem absorver grande parte da nicotina através da mucosa oral, não necessitando tragar (Hennenfield et al, 1993).

A nicotina é extensivamente metabolizada antes da sua eliminação. Dependendo do fluxo urinário e do pH, comumente de 5 a 10% da nicotina é excretada de forma inalterada. A maior parte do metabolismo da nicotina ocorre no fígado, onde a nicotina é transformada em cotinina e óxido de nicotina (Hennenfield et al, 1993; Rosemberg, 1996)..

Depois de uma dose intravenosa de nicotina, (a tragada equivale a quase uma dose intravenosa) ocorre uma rápida distribuição pelo corpo especialmente no cérebro. Depois que a distribuição tecidual da nicotina atinge um equilíbrio, a sua vida média no sangue é de cerca de 120 minutos. O seu pico máximo no sangue corresponde a uma média de 5ng/ml. Esse nível é cumulativo e aumenta durante o dia, atingindo um platô de 30- 40 ng/ml , o que equivale a mais de 3 a 4 vidas médias da nicotina (6 a 8 horas) (Hennenfield et al, 1993; Rosemberg, 1996).

A nicotina não é uma droga à qual o fumante se expõe intermitentemente. Pelo contrário, ela se acumula de forma considerável no plasma durante o dia. Depois de cada cigarro fumado surgem picos e depressões no nível plasmático de nicotina e à medida que o dia passa o nível total de aumento e o efeito da nicotina de cada cigarro diminui. Após a interrupção do consumo de cigarros durante a noite, o nível de nicotina no sangue cai gradualmente, exceto para os fumantes que acordam a noite para fumar.

A nicotina produz uma ampla variedade de efeitos no organismo dos quais alguns são relevantes para manter o comportamento de fumar e outros não. Ela altera as funções cardiovasculares, neurais, endócrinas e músculo-esqueléticas.

Ao atravessar as membranas biológicas a nicotina atua em receptores específicos no cérebro e na periferia. Nos receptores do cérebro a nicotina muda a atividade elétrica cortical.

Ela também afeta quase todos os componentes do sistema endócrino e neuroendócrino. Por exemplo, ela estimula a liberação de hormônios pituitários anteriores e posteriores: prolactina, hormônio adrenocorticotrópico (ACTH), B-endorfina, B-liporproteína, hormônio do crescimento, vasopressina e outros. Também apresenta efeitos diretos e indiretos sobre vários neurotransmissores (Rosemberg, 1996).

No sistema nervoso periférico a nicotina atua como uma agonista colinérgico em baixas doses e como um antagonista em altas doses. Também promove a liberação de acetilcolina (ACh) do plexo mioentérico, que é responsável pelo aumento dos rendimentos de memória e . Além disso, provoca a liberação de epinefrina e norepinefrina do sistema nervoso periférico e das adrenais. O aumento da frequência cardíaca pela nicotina decorre da liberação de epinefrina pelas adrenais (Hennenfield et al, 1993; Rosemberg, 1996).

### **Conhecendo a capacidade da nicotina em causar dependência**

Uma das formas de funcionamento do cérebro humano se dá através de comunicação química entre os neurônios. As substâncias químicas envolvidas nesse processo são os neurotransmissores. Vários fatores afetam a atividade dos neurotransmissores no cérebro tais como o estado de humor, eventos externos (tais como um encontro agradável com um amigo, ouvir música etc.) ou drogas de abuso, mudando a forma como sentimos, como pensamos, e como respondemos ao mundo ao redor de nós (Sachs, 1993). Nesse contexto, destaca-se uma rede complexa de neurônios, o sistema cerebral de recompensa que ao ser ativado quando executamos atividades prazerosas libera dopamina, levando-nos a repetir esses atos.

Biologicamente, o sistema de recompensa tem a função de dar motivação para a repetição de comportamentos como comer, beber e reproduzir-se, para garantir a sobrevivência do indivíduo e da espécie. No entanto, estudos mostram que esse sistema é

estimulado por drogas psicoativas como a morfina, a heroína, a cocaína, o álcool e a nicotina (Balfour & Fagerström, 1996; Gilbert et al 1997; Cardoso & Sabbatini, 1999), e que esse estímulo é responsável pelo reforço comportamental da droga, levando à auto-administrações repetidas da mesma (U.S. Surgeon General, 1988; Balfour & Fagerström, 1996).

Assim, dentre as ações da nicotina envolvidas no processo de dependência, a mais importante é a que estimula o sistema cerebral de recompensa provocando a liberação de dopamina, responsável pela sensação de prazer que o fumante relata ao fumar, o que leva a repetição do ato de fumar na busca dos efeitos prazerosos da mesma.

Com as sucessivas repetições, o fumante tende a associar não só o comportamento que conduz a recompensa, como também estímulos, sensações, atividades e situações que passam a ser vinculadas a esse comportamento no dia a dia. Assim, situações como tomar café, comer, beber, dirigir passam a funcionar como gatilhos que levam o fumante a acender o cigarro para obtenção de efeitos prazerosos da nicotina.

O efeito recompensa propiciado pela nicotina passa também a ser usado para reduzir o impacto de sentimentos negativos, como raiva, angústia, depressão, assim como para aumentar rendimentos psicofísicos, como capacidade de vigília, memória, e a atividade intelectual (Balfour & Fagerström, 1996; Gilbert et al 1997).

Com o passar do tempo, o processo associado à busca da nicotina e à sua auto-administração torna-se automático (Balfour & Fagerström, 1996). Ou seja, o fumar se torna um processo que requer pouca consciência ou controle deliberado do ato de pegar um cigarro, acender e fumá-lo. Com a associação do ato de fumar a estímulos ambientais são estabelecidos condicionamentos que levam o indivíduo a acender um cigarro, na maioria das vezes sem perceber. Quantos fumantes não se dão conta de que muitas vezes acendeu um

cigarro sem sequer perceber que já havia um outro aceso no cinzeiro, quando estimulados por uma situação de estresse, por um cafezinho, a visão de alguém fumando e outros gatilhos?

Um outro aspecto importante da dependência de nicotina diz respeito ao fato de que a resposta de auto-administração exibe um padrão dose - resposta limitado. Ou seja, em altas doses a droga torna-se aversiva, e o fumante não mais sente a sensação recompensatória. Isso ocorre porque depois que os níveis plasmáticos de nicotina atingem um determinado patamar (30 a 60 mg em animais de laboratório), os receptores nicotínicos dopaminérgicos se dessensibilizam temporariamente, não mais respondendo de forma prazerosa ao estímulo da nicotina (Balfour & Fagerström, 1996). Só depois de um período de latência esses neurônios novamente tornam-se sensíveis à ação recompensatória da nicotina.

Com o uso crônico e as repetidas dessensibilizações, ocorre um aumento regulatório dos receptores nicotínicos no cérebro e assim, com a continuidade do uso, se estabelece um outro aspecto da dependência física à droga, que é a tolerância. Ou seja, a medida em que o uso da nicotina se torna crônico, surge progressivamente a necessidade de quantidades crescentes da mesma para atingir o efeito desejado.

Os dados estatísticos mostram como a tolerância é um fenômeno bastante presente na vida do fumante. Os fumantes adolescentes começam fumando apenas alguns dias por mês e progressivamente passam a fumar mais à medida em que vão se tornando adultos. De forma geral, o número médio de cigarros fumados por dia por adultos é de 18 a 20 cigarros, o dobro do fumado por adolescentes, que é de 9 cigarros por dia (Giovino, 1995; Balfour & Fagerström, 1996). Esse aspecto da dependência de nicotina sugere que seria contraproducente aconselhar um fumante a reduzir o seu consumo pois em função do fenômeno tolerância dificilmente ele conseguiria mantê-lo em patamares inferiores a sua real necessidade de nicotina (Hill et al, 1988; Hughes et al, 1992).



Foi observado que a redução do nível de nicotina no sangue do fumante está associada com a ocorrência de sinais e sintomas da síndrome de abstinência, incluindo sensação de desconforto, e que o aumento dos níveis plasmáticos aliviam esses sintomas. Como já foi mencionado, isso ocorre porque a nicotina inalada se liga a receptores de alguns grupos de neurônios, provocando efeitos farmacológicos que são percebidos pelo fumante como positivos e prazerosos. Quando esses efeitos se dissipam, os receptores então enviam um sinal de que precisam de novo estímulo, e isso é percebido como uma sensação desagradável, que se manifesta através de sintomas tais como irritabilidade, insônia, sensação de frustração, dor de cabeça, ansiedade, tonteria, dificuldade de concentração, caracterizando a síndrome de abstinência (U.S. Surgeon General, 1988; Hennenfield & Pickworth, 1993).

Muitos fumantes relatam que fumam para evitar ou controlar esses sintomas. Um exemplo típico dessa situação, é o de pessoas que fumam imediatamente após terem estado em uma situação onde não é permitido fumar, tais como avião e cinema, para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência. Mais de 90% dos fumantes regulares relatam terem tido pelo menos um tipo de sintoma da síndrome de abstinência na última vez que tentou deixar de fumar (Giovino, 1995).

Outro sintoma relatado durante a abstinência é um desejo forte por fumar, denominado “fissura”. Trata-se de um processo complexo, experimentado e reforçado pelo fumante ao longo dos anos. Embora a supressão da nicotina produza efeitos físicos importantes apenas durante os primeiros 7 a 30 dias após a cessação de fumar, a fissura pode persistir por muitos meses. Esse fenômeno parece resultar do fato de que apesar dos receptores nicotínicos, quando privados de nicotina rapidamente enfraquecerem e pararem de produzir as sensações de necessidade da mesma, os estímulos ambientais que se associaram

com o tabagismo ao longo dos anos continuam, e essas associações são mais difíceis de serem eliminadas (Balfour & Fagerström, 1996).

Em suma, o processo de dependência de nicotina envolve três grandes componentes: o físico, o psicológico e as associações ambientais. No entanto, o ato de fumar não ocorre em um contexto isolado, e esses componentes na verdade ocorrem de forma bastante interligada na vida do fumante. Cada episódio de consumo ocorre em ambientes e situações particulares de cada fumante. Todo esse contexto pode estar associado com o efeito físico de ingerir nicotina ou sintomas de abstinência. Gradualmente a necessidade de fumar ocorre ou quando existe um baixo nível de nicotina no organismo ou quando um estímulo situacional, ambiental ou emocional estimula a necessidade de fumar.

Dessa forma, os fumantes utilizam cigarros em praticamente cada aspecto das suas vidas diárias, o que cria muitas oportunidades para que se estabeleçam associações entre o ambiente e o ato fumar.

O comportamento de fumar também é mantido em parte por outros pontos como o gestual, a necessidade de manter sempre algo nas mãos, ou as sensações como o odor e o paladar que o cigarro produz.

Se por um lado, as pesquisas mostram que 80% dos fumantes querem deixar de fumar (Cinciprini, 1997; Giovino et al 1995), por outro a maioria deles enfrenta uma situação ambivalente (Gilbert et al 1997). Ao mesmo tempo em que querem deixar de fumar, também não o querem. Isso é comum, pois eles foram capturados pelo ciclo da dependência. O fumante sente como se não pudesse sobreviver em certas situações sem o cigarro, mas mesmo assim, o seu lado racional sabe objetivamente que isso não é verdade. Porém, mesmo sabendo que ele não quer mais ser um fumante, ele se sente inseguro e não decide ( Giovino et al 1995; Gilbert et al 1997).

O entendimento desses aspectos é bastante importante para a eficaz abordagem do fumante. Ao demonstrar que entende o contexto que faz o paciente fumar, as dificuldades para deixar de fumar e a sua ambivalência, o profissional de saúde poderá estabelecer um vínculo de empatia com o seu paciente, o que provavelmente tornará a abordagem mais eficaz.

### **O que faz os indivíduos se tornarem fumantes?**

Essa pergunta traz um desdobramento de questões, muitas ainda não totalmente respondidas. Por que as pessoas fumam apesar de saberem que fumar causa várias doenças fatais? Quem se torna dependente e por que? Qual a natureza dessa dependência? Por que alguns conseguem deixar de fumar facilmente enquanto outros têm uma maior dificuldade e até desenvolvem sintomas clínico de depressão? Que fatores podem indicar quem dos que experimentam fumar se tornará um fumante regular e quem não?

As discussões e as pesquisas relacionadas a possíveis fatores que tornam o indivíduo mais vulnerável à dependência de nicotina são amplas e apontam para uma complexa interação entre fatores biológicos que tornam o indivíduo mais suscetível ao uso da nicotina, e fatores sócio - culturais que estimulam o seu uso e facilitam o acesso à ela.

Na dimensão do indivíduo, os estudos tendem a mostrar de forma consistente uma substancial determinação genética do tabagismo (Merikangas, 2000; Madden, 2000, Heath et al, 2000, McLellan et al, 2000). Esses estudos mostram que as diferenças genéticas parecem exercer influência na determinação de quanto as pessoas fumam e na maior ou menor dificuldade que terão em deixar de fumar. A expressão biológica das disposições genéticas envolve o metabolismo da nicotina, os seus efeitos no SNC (sensação de recompensa e de aversão à nicotina), os seus efeitos periféricos, e as complicações médicas ( Merikangas, 2000; Gilbert, 1997; Cinciprini 1997; Balfour & Fagerström, 1996).

Por outro lado, características genéticas parecem também contribuir para as vulnerabilidades psicossociais do indivíduo, suas reações cognitivas e afetivas ao ambiente. Essas reações por sua vez influenciam as escolhas do ambiente, a reação do ambiente ao indivíduo e o desenvolvimento de habilidades sociais, auto-percepções e vários componentes da personalidade (Gilbert, 1997; Merikangas 2000). Além disso, todas as principais dimensões da personalidade, inteligência/educação e os principais distúrbios e dimensões psiquiátricas parecem receber influência de fatores genéticos (Gilbert,1997).

Pesquisas têm evidenciado uma associação positiva entre a iniciação no tabagismo e alguns comportamentos problemas como transgressão de regras nas escolas, delinquência geral, precocidade da primeira relação sexual, uso inadequado de métodos anticoncepcionais, dificuldades no convívio familiar, baixos níveis de responsabilidade, impulsividade, rebeldia e uso prévio de álcool e de outras substâncias psicoativas (U.S. Surgeon General, 1989).

A influência dos pares e dos pais tem sido considerada como um dos importantes aspectos no processo de iniciação do tabagismo. De forma geral, pesquisas mostram que filhos de pais fumantes apresentam uma maior probabilidade de fumar do que filhos de pais não fumantes. Os estudos também mostram que a influência dos pares é muito forte, inclusive nos episódios do primeiro contato com o cigarro e na continuidade do comportamento (U. S. Surgeon General, 1989).

No entanto, se por um lado, os dados que dão suporte a essa hipótese são muitos e diversos, por outro, a conclusão mais razoável a respeito desse ângulo do problema é de que apesar de haver algum grau de superposição de fatores como tipo de personalidade dos indivíduos que se tornam dependentes de drogas e de situações relacionadas ao uso de drogas como por exemplo estresse e ansiedade, não foi identificado nenhum fator de vulnerabilidade associado de forma consistente aos diferentes tipos de drogas e/ou população que seja

necessário ou suficiente para produzir dependência, incluindo dependência à nicotina (Henningfield et al,1993).

Por outro lado, o consumo de tabaco difere quantitativamente das outras dependências de drogas de abuso uma vez que a proporção dos que o experimentam e se tornam usuários regulares aparentemente é maior do que os que experimentam outras drogas de abuso. Além disso, o uso do tabaco tende a começar numa idade mais precoce do que a maioria das outras drogas, sugerindo que fatores sociais parecem ter um peso maior do que fatores da dimensão individual (Henningfield et al,1993).

Dessa forma, o maior fator crítico parece ser a exposição à droga e o estímulo para o seu consumo. Nesse contexto, uma variedade de fatores provavelmente contribui para essa relação, incluindo a maior aceitação social do tabaco em relação às outras drogas, o estímulo para o seu consumo, seu baixo custo e o fácil acesso (Henningfield et al ,1993).

Portanto, se o comportamento de fumar é esperado ou até mesmo estimulado em uma sociedade provavelmente haverá uma maior adesão a ele, se compararmos com uma sociedade onde ele não é aprovado. O fácil acesso devido ao baixo custo e a inexistência de controle da venda a menores, somadas ao amplo estímulo dirigido aos jovens através da publicidade, representam situações facilitadoras e estimuladoras da adoção do comportamento de fumar.

Buscando aprofundar o conhecimento sobre a influência da publicidade na iniciação e na manutenção do comportamento de fumar, em maio de 2000, o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa qualitativa através da técnica de grupo focal, envolvendo jovens fumantes, fumantes ocasionais e não fumantes nas cidades de São Paulo/SP , Rio de Janeiro/RJ, Porto Alegre/RS , Fortaleza/CE, Goiânia/GO e Londrina/PR.

Segundo essa pesquisa os principais fatores que favorecem o comportamento tabagista no jovem são: a curiosidade pelo produto; a imitação do comportamento do adulto, a necessidade de auto afirmação e o encorajamento proporcionado pela propaganda.

Pelos discursos dos jovens entrevistados nessa pesquisa pode-se perceber a importante influência da dimensão sócio cultural na dificuldade que alguns fumantes sentem em deixar de fumar e de ex fumantes em se manterem abstêmios. O estímulo ambiental em uma sociedade onde pessoas fumam em todos os lugares, onde a propaganda é intensa e onipresente, reforçam o poder da influência do ambiente não só na iniciação no tabagismo como na manutenção desse comportamento.

“Marca de cigarro está em todos os lugares, televisão, revista, ‘outdoor’. Você entra na padaria tem propaganda de cigarro, tem cigarro vendendo. Em todo lugar, tem gente fumando.”

(Porto Alegre – Jovens – Fumantes ocasionais – 05/15 SM) “Quando está todo mundo junto, um fuma e faz vontade no outro. Eu fico com vontade e também vou lá e fumo. Quando eu saio e vejo um tanto de gente fumando, eu fico com vontade, mas, se eu ficar em casa, não tenho vontade.”

(São Paulo – Jovens – Fumantes ocasionais – 20/32 SM)

Enfim, pode-se dizer que a iniciação do comportamento de fumar resulta de uma complexa interação de componentes: a droga, as características do indivíduo e o momento sócio cultural e econômico que favorece o acesso ou não a droga. Em função dessas influências 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos de idade (Cinciprini, 1997; Ministério da Saúde, 1997)

### **Por que alguns fumantes não conseguem deixar de fumar?**

Os relatos de fumantes ou ex-fumantes sobre as experiências que tiveram para deixar de fumar, mostram um amplo espectro de grau de dificuldade. Há os que simplesmente

decidem parar de fumar e o fazem sem nenhum problema, e no pólo oposto, existem aqueles que tentam, mas, ficam tão mal que logo voltam a fumar.

Essas diferenças têm atraído a atenção de pesquisadores, gerando muitas hipóteses e estudos para identificar fatores que estariam relacionados com o maior ou menor grau de dificuldade para deixar de fumar, e com as elevadas taxas de recaída entre alguns grupos.

Dentre os fatores que parecem mais contribuir para essa dificuldade é a associação do tabagismo com distúrbios psiquiátricos. A prevalência de tabagismo em pacientes psiquiátricos é maior do que na população em geral e a depressão é o distúrbio psiquiátrico mais freqüentemente associado com o tabagismo.

Cerca de 30 % dos pacientes que procuram tratamento para deixar de fumar podem ter uma história de depressão e 20% ou mais podem ter uma história de abuso ou dependência de álcool. Entre os que usam outras drogas ou o álcool, o tabagismo ocorre numa taxa cerca de 70% maior do que na população em geral (Fiore et al. 2000).

No que se refere à depressão, as evidências obtidas através de estudos de grandes populações mostram que os fumantes adultos com depressão maior e com sintomas depressivos apresentam uma menor probabilidade de deixar de fumar do que fumantes sem história de depressão. Esses estudos, também relatam elevadas taxas de episódios depressivos maiores na vida de fumantes (Glassman et al., 1990; Glassman et al., 1993; Hall et al., 1993) e mais sintomas depressivos entre fumantes do que entre não fumantes (Peres-Stable et al, 1990).

Outros estudos mostram que fumantes com sintomatologia depressiva tendem a fumar mais intensamente, apresentam sintomas mais intensos de síndrome de abstinência durante as tentativas para deixar de fumar e assim uma maior dificuldade em parar de fumar (Anda et al., 1990; Son et al., 1997).

De forma geral, os estudos mostram que cerca de 75% dos fumantes com uma história de depressão maior desenvolvem sintomas depressivos durante a síndrome de abstinência enquanto que dos fumantes que não têm essa história apenas 30% desenvolvem. Além disso, os sintomas de depressão são significativamente mais graves nos grupo com uma história de depressão. Entre os fumantes em tratamento para cessação de fumar, os que têm uma história de distúrbio depressivo maior apresentam taxas elevadas de recaída (Shiffman, 1982; Stage et al., 1996).

Pesquisas na área de comportamento têm demonstrado que tabagismo entre fumantes com depressão pode ser uma forma de automedicação, uma vez que a nicotina tem a propriedade de alterar o humor e aliviar temporariamente os sintomas depressivos. (Lerman et al., 1998; Resnick, 1993).

No entanto, ainda não está totalmente claro se a depressão predispõe a iniciação do tabagismo ou se a depressão se desenvolve no curso do tabagismo (Goodman E & Capitman J, 2000).

Em suma, estados depressivos podem emergir ou serem exacerbados depois da cessação de fumar, o que particularmente em pacientes com história de depressão deve ser considerado pelo clínico durante o tratamento da dependência de nicotina, principalmente entre grandes fumantes.

### **A Cessação de Fumar como um Processo de Mudança de Comportamento**

Se por um lado, existem vários estágios no caminho do primeiro ao último cigarro, que inclui a preparação, a iniciação, a experimentação e a transição para fumante regular. (Biglna & Lichtenstein 1984 apud Fisher et al, 1993), também existe um processo inverso



pelo qual o fumante passa antes de deixar de fumar definitivamente (Prochaska & DiClemente, 1983, apud Fisher, 1993).

O reconhecimento desse processo inverso é uma das bases mais importantes que o profissional deve ter para essa abordagem. A identificação desses estágios ajuda a esclarecer que deixar de fumar não representa apenas passos, e sim que é um processo, que evolui gradualmente, e é determinado por uma ampla variedade de influências. Esse processo pode se estender por anos, e o fumante passa por fases de mudança de comportamento até decidir-se a tentar parar de fumar, partir para ação e manter-se abstinência. Enfim, trata-se de um processo dinâmico de mudanças de comportamento cujo modelo teórico foi desenvolvido por Prochaska e DiClemente.

Esse modelo prevê 5 diferentes estágios de mudanças de comportamento do fumante no processo de cessação de fumar:

(a) **Pré - contemplação** - nessa fase estão os fumantes que ainda não pensam em deixar de fumar; não admitem que fumar é um problema;

(b) **Contemplação** – os fumantes em contemplação já admitem que fumar é um problema, e pensam em deixar de fumar, mas não têm uma data prevista;

(c) **Ação** – nessa fase o fumante deseja deixar de fumar, e já tem uma data prevista uma data nas próximas 4 semanas;

(d) **Manutenção** - o fumante encontra-se abstinência e precisa evitar a recaída;

(e) **Recaída** – o indivíduo reinicia o uso do tabaco nos níveis de consumo anteriores.

Qual a importância desse modelo para a abordagem do fumante?

Identificando em que fase de mudança de comportamento o seu paciente está, o profissional de saúde poderá adequar as mensagens e as estratégias motivacionais.

Não adianta insistir com um fumante em pré-contemplação para que ele marque uma data para deixar de fumar, uma vez que deixar de fumar depende exclusivamente da motivação dele.

Cabe ao profissional de saúde motivar, por exemplo, os que estão em pré - contemplação a começarem a se preocupar com o tabagismo e a pensar na possibilidade de vir a deixar de fumar. Dessa forma ele deve buscar mensagens que se adaptem a realidade do seu paciente. Por exemplo, se ele já tem uma doença causada pelo tabaco, reforçar essa associação e as possibilidades de agravamento da condição. Se o fumante é um adolescente, os apelos mais adequados provavelmente serão os ligados à aparência física, e ao desempenho em esportes e na atividade sexual. A gestante pode ser motivada com informações que mostrem os efeitos negativos do tabaco sobre o feto.

O profissional de saúde deve entender que os fumantes precisam ser abordados em todos os contatos, de forma firme, porém, sem agressividade, com respeito e empatia.

Os fumantes que estão em contemplação devem ser estimulados a partir para a ação, e serem perguntados em cada contato se já pensou em marcar a data. O profissional de saúde deve se mostrar interessado e disponível para orientar e acompanhá-los no processo de cessação de fumar.

Os pacientes que querem deixar de fumar e estão prontos para marcar uma data deverão receber orientações sobre a síndrome de abstinência, a fissura, e sobre recursos para lidar com essas situações. Se possível, esses pacientes deverão ser acompanhados com consultas posteriores a data da parada.

Os pacientes que conseguiram deixar de fumar, devem receber orientações sobre recursos para manterem-se abstêmios. A cada consulta de retorno devem ser parabenizados pelo resultado e motivados a manterem-se sem fumar.

Os que recaíram devem ser acolhidos sem críticas e estimulados a voltar a tentar. O profissional de saúde e o seu paciente devem mudar a visão de “fracasso” dessa recaída para a de uma oportunidade de aprendizado a ser aplicado em uma nova tentativa. Nessa situação, o profissional junto com o paciente deve analisar que situação o fez recair, e estimular nova tentativa trabalhando melhor sobre a situação que precipitou a recaída .

Em todo esse contexto a empatia e uma postura de acolhimento são fatores essenciais para que se estabeleça um vínculo de confiança e respeito. Além disso, o profissional de saúde deve aprender contar como sucesso a abordagem que consegue fazer um fumante mudar de contemplação para a ação ou de pré contemplação para contemplação. Ele também deve ter em mente que a média de tentativas para deixar de fumar é de 4 a 5 vezes antes do fumante parar definitivamente.

### **Os Métodos de Abordagem do Fumante para Cessação de Fumar**

Em 1994, com o objetivo de avaliar a eficácia das diversas modalidades de tratamento para deixar de fumar e para obtenção de subsídios para elaboração de manuais para orientar as práticas clínicas na área de cessação de fumar, a U.S. Agency for Health Care Policy and Research, através de um painel de *experts*, realizou cerca de 50 estudos de metanálise a partir 300 estudos selecionados de um grupo de 3000 artigos publicados sobre o assunto (Fiore et al., 1996). Com o crescente interesse na área de cessação de fumar, as pesquisas continuaram a se acumular, de forma que em junho de 2000 foi publicado pelo mesmo grupo um novo estudo de metanálise mais abrangente, agora envolvendo 6000 estudos

Esses estudos apontam os métodos de abordagem cognitiva comportamental e métodos farmacológicos, como os métodos de abordagem para cessação de fumar que

atualmente têm eficácia comprovada. Métodos como hipnose e acupuntura ainda carecem de estudos que comprovem sua eficácia na cessação de fumar (Fiore et al., 2000).

Dessa forma, abordaremos aqui os métodos que o painel mostrou como métodos considerados eficazes à luz dos conhecimentos atuais, e que são os preconizados pelo Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar do Ministério da Saúde..

### **Abordagem cognitiva comportamental.**

É uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais muito utilizada para o tratamento das dependências. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: 1. a detecção de situações de risco de recaída; 2. o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Para a abordagem do fumante, Fiore et al. (2000) mostram que a associação das abordagens nas linhas que se seguem, conduz a um significativo aumento na taxa de cessação:

1. Preparar o fumante para soluções de seus problemas.
2. Estimular habilidades para resistir as tentações de fumar.
3. Preparar para enfrentar as situações de risco de recaída.
4. Preparar o fumante para lidar com o *stress*.

Em essência esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao auto - controle ou auto - manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento.

Os estudos mostram que qualquer que seja a duração dessa abordagem há um aumento da taxa de abstinência. Porém, quanto maior o tempo total da abordagem (frequência da abordagem multiplicada pelo tempo gasto em cada contato) maior a taxa de abstinência. Por

outro lado, a partir de um tempo total de abordagem de 90 minutos, não ocorre aumento adicional da taxa de abstinência (Fiore et al, 2000).

**Tabela 2** - Eficácia dos métodos cognitivo-comportamentais através de abordagem individual, de acordo com a sua intensidade.

Nível de contato	Número de braços	Odds Ratio estimada (95% IC)	Taxa de abstinência estimada (95% IC)
Nenhum contato	30	1,0	10,9
Aconselhamento mínimo (<3 minutos)	19	1,3 (1,01 – 1,6)	13,4 (10,9 - 16,1)
Aconselhamento de intensidade baixa (3 - 10 minutos)	16	1,6 (1,2 – 2,0)	16,0 ( 12,8 –19,2)
Aconselhamento de maior intensidade (>10 minutos)	55	2,3 (2,0 – 2,7)	22,1 (19,4 –24,7)

Fonte: Fiore et al., 2000.

Como pode ser observado na Tabela 2, quanto maior for o tempo dedicado em cada abordagem do fumante maior a taxa de abstinência. Comparando-se com as situações em que nenhuma abordagem desse tipo é dada ao fumante, uma abordagem médica de duração de menos de 3 minutos aumenta a taxa de abstinência em 30%, a abordagem de 3 a 10 minutos aumenta a taxa de cessação em 60% e a abordagem de mais de 10 minutos aumenta a taxa de cessação em mais de 100% .

Embora a taxa de cessação de 13,4% alcançada com a abordagem comportamental mínima não pareça alta, o grupo de estudos projetou que a adoção dessa intervenção poderia resultar em um aumento de 1 milhão de ex -fumantes por ano nos EUA.

Os resultados mostraram que a adoção sistemática de identificação de pacientes fumantes na prática clínica, aumentou em cerca de 3 vezes a probabilidade do clínico intervir sobre o tabagismo de seus pacientes, e em cerca de 2 vezes as taxas de cessação desses.

O estudo também mostrou que o aumento das taxas de cessação através de vários tipos de materiais de auto-ajuda (livretos, panfletos, vídeo e fita cassete) quando usados isoladamente não foi estatisticamente significativo, exceto para a utilização de linhas telefônicas de apoio. No entanto o painel recomendou que esses recursos não sejam abandonados, pois quando usados em combinação com uma breve intervenção por um clínico, podem ter um importante impacto sobre os esforços para deixar de fumar.

No que se refere ao conteúdo das intervenções, o painel mostrou que foram mais eficazes as intervenções que incluíram dois componentes básicos:

(a) a abordagem através da qual é trabalhado com o paciente o desenvolvimento de habilidades para lidar com problemas, sem precisar recorrer ao cigarro e de estratégias para prevenir a recaída; ou seja estimular o paciente a reconhecer as situações perigosas que supostamente aumentam o risco de fumar ou recair e estimular o desenvolvimento de habilidades para lidar com essas situações;

(b) o suporte social fornecido pelo clínico, ou seja, a ação de encorajar o paciente a tentar deixar de fumar, de demonstrar preocupação com essa questão, de mostrar-se disponível para ajudar, de encorajar o paciente a conversar sobre o processo de cessação e de fornecer algumas informações básicas sobre tabagismo e sobre os recursos para deixar de fumar.

Em geral, de acordo com a intensidade da abordagem para a cessação de fumar os guias consideram uma abordagem como intensiva, qualquer abordagem cujas sessões tenham no mínimo 20 minutos, aconteçam em pelo menos 4 sessões, e que a duração da abordagem tenha no mínimo 2 semanas, de preferência mais de 8 semanas (Fiore et al., 1996; Fiore et al., 2000).

Portanto, a abordagem intensiva envolve a estruturação de programas de tratamento formais para fumantes, com profissionais especificamente envolvidos nesse tipo de assistência. Já a abordagem mínima envolve esforços para estimular a cessação de fumar, através de rápidas orientações (5 a 10 minutos) sobre como deixar de fumar, com apoio de material de auto-ajuda, com ou sem apoio medicamentoso. Essa abordagem não necessita de uma estruturação formal, podendo ser feita por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e outros) durante a rotina de atendimento ambulatorial em unidades de saúde de qualquer porte (Orleans 1993).

A abordagem intensiva, em termos de eficácia no processo de cessação de fumar, sem dúvida oferece resultados melhores que a abordagem mínima. Quando submetidos a uma rigorosa avaliação, a maioria dos programas formais (abordagem intensiva) produz taxas de cessação de fumar em um ano, da ordem de 20 a 30%, enquanto que as taxas de cessação de abordagem mínima situam-se em torno de 5 a 10%. No entanto, por ser mais seletiva, a abordagem intensiva oferece um menor alcance em termos de saúde pública, e requer maiores investimentos em termos de recursos humanos e financeiros. Já a abordagem mínima oferece um maior alcance em termos de saúde pública, pois permite que a maioria dos fumantes, mesmo os com baixos níveis de motivação, recebam estímulos para deixar de fumar durante a rotina de atendimento em um posto de saúde, ambulatório ou consultório, sem que para isso seja necessária a ampliação de recursos humanos nem estruturação específica da unidade de saúde (Orleans 1993). A abordagem mínima portanto alcançará os fumantes ainda não motivados, os fumantes motivados mas que não conseguem deixar de fumar sozinhos, e que necessitam apenas de orientações para lidar com as situações-problemas que envolvem o processo de cessação de fumar.

Com base nessas constatações diversos guias de orientação e metodologias de treinamento vêm sendo desenvolvidos para subsidiar os profissionais de saúde, especialmente os clínicos, que atendem em unidades primárias de saúde, para que possam oferecer na rotina de atendimento uma intervenção cognitivo comportamental eficaz aos seus pacientes fumantes.

### **Métodos farmacológicos**

Os sintomas da síndrome de abstinência que cerca de 70 a 90% dos fumantes experimentam ao tentar deixar de fumar faz com que grande parte deles recaiam durante a fase inicial do processo de cessação de fumar (Giovino et al 1995; Hughes et al 1999).

O painel desenvolvido pela U.S. Agency for Health Care Policy and Research, também avaliou através de estudos de metanálise a eficácia do apoio farmacológico na promoção da cessação de fumar ( Fiore et al, 2000). Os medicamentos que mostraram eficácia para a cessação de fumar foram classificados em dois grandes grupos: os medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), que se apresentam nas formas de adesivo transcutâneo, goma de mascar, inalador e aerossol; e os medicamentos não-nicotínicos, como os anti-depressivos bupropiona e nortriptilina e o anti-hipertensivo clonidina.

A TRN (adesivo e goma de mascar) e a bupropiona, são considerados medicamentos de 1ª linha, e o painel recomenda que sejam utilizados preferencialmente. A nortriptilina e a clonidina são considerados medicamentos de 2ª linha, ainda não aprovados pelo FDA como tratamento para deixar de fumar e por isso o painel recomenda que só sejam utilizados em caso de insucesso com o uso das medicações de 1ª linha.



**Tabela 3** - Eficácia de métodos farmacológicos em termos de taxa de cessação de fumar

Farmacoterapia	Número de braços	Odds Ratio estimada (95% IC)	Taxa de abstinência estimada (95% IC)
<b>Placebo</b>	<b>2</b>	<b>1,0</b>	<b>17,3</b>
<b>Bupropiona</b>	<b>4</b>	<b>2,1 (1,5 – 3,0)</b>	<b>30,5 (23,2 – 37,8)</b>
<b>Placebo</b>	<b>16</b>	<b>1,0</b>	<b>17,1</b>
<b>Goma de nicotina</b>	<b>18</b>	<b>1,5 (1,3 – 1,8)</b>	<b>23,7 (20,6- 26,7)</b>
<b>Placebo</b>	<b>28</b>	<b>1,0</b>	<b>10,0</b>
<b>Patch de nicotina</b>	<b>32</b>	<b>1,9 (1,7 – 2,2)</b>	<b>17,7 (16,0 – 19,5)</b>
<b>Placebo</b>	<b>4</b>	<b>1,0</b>	<b>10,5</b>
<b>Inalador de nicotina</b>	<b>4</b>	<b>2,5 (1,7 – 3,6)</b>	<b>22,8 (16,4 – 29,2)</b>
<b>Placebo</b>	<b>3</b>	<b>1,0</b>	<b>13,9</b>
<b>Spray nasal de nicotina</b>	<b>3</b>	<b>2,7 (1,8 – 4,1)</b>	<b>30,5 (21,8 – 39,2)</b>
<b>Placebo</b>	<b>3</b>	<b>1,0</b>	<b>11,7</b>
<b>Nortriptilina</b>	<b>3</b>	<b>3,2 (1,8- 5,7)</b>	<b>30,1 ( 18,1- 41,8)</b>
<b>Placebo</b>	<b>6</b>	<b>1,0</b>	<b>13,9</b>
<b>Clonidina</b>	<b>8</b>	<b>2,1 ( 1,4 – 3,2)</b>	<b>25,6 (17,7 – 33,6)</b>

Fonte: Fiore et al (2000)

Esses estudos concluíram que existiam fortes evidências da eficácia desses recursos farmacológicos, que praticamente dobraram as taxas de cessação, independente do grau de intervenção psicossocial paralela (Tabela 3). Mesmo quando usada com uma intervenção mínima ou sem nenhuma intervenção a terapia de reposição de nicotina aumentou estatisticamente as taxas de cessação. Como resultado o painel recomendou que a terapia de reposição de nicotina (TRN) fosse usada para todo paciente em toda tentativa para deixar de fumar, desde que na ausência de contra-indicações médicas significativas (Fiore et al, 1996). Um dos problemas desse estudo é que foi usado como medida de desfecho, o ponto de prevalência de abstinência aos 5 meses. Portanto, de certa forma, esse estudo analisou as taxas de cessação no curto prazo.

Embora os estudos conduzidos pelo painel tenham mostrado que a TRN é consistentemente mais eficaz do que o placebo independente da intensidade de qualquer intervenção comportamental concomitante, estudos mostram que as intervenções

comportamentais aumentam as taxas de abstinência absoluta entre os indivíduos em que se dá placebo ou o adesivo de nicotina ativo, evidenciando a importância do sinergismo dessas duas intervenções combinadas ( Hughes et al 1999). Na Tabela 3 pode-se observar que no grupo placebo a taxa de cessação foi bastante significativa. Isso nos faz pensar se o efeito placebo na verdade foi o resultado do componente cognitivo comportamental, bastante difícil de isolar dos fumantes que buscam apoio para deixar de fumar. Por outro lado, nenhum desses estudos compara o uso do medicamento com e sem abordagem cognitivo comportamental, de forma que não se tem o real potencial do medicamento isolado desse tipo de abordagem.

Essa discussão é importante para que possamos enfatizar o papel da abordagem cognitiva comportamental no contexto da cessação de fumar. Com a tendência de medicalização da medicina, tanto o médico como o paciente tende a depositar nos medicamentos toda uma expectativa e colocar em segundo plano as orientações e estímulos que deveriam acompanhar o processo de mudança de comportamento envolvido na cessação de fumar.

No tabagismo fica evidente que o medicamento funciona como uma espécie de muleta para que o fumante possa atravessar a fase de abstinência sem grandes sofrimentos e possa se preparar em termos de mudanças comportamentais para viver sem o cigarro. As recaídas tardias (entre 6 meses e um ano) são resultantes não de dificuldade com a síndrome de abstinência, uma vez que essa fase dura apenas algumas semanas, mas do despreparo do fumante para lidar com as armadilhas e os estímulos ambientais e sociais que favorecem sua recaída.

Marllat (1993) apresenta um estudo onde são analisados fatores determinantes de 64 episódios de recaída de tabagismo. De acordo com essa análise, foram identificadas três situações primárias de alto risco associadas com quase três quartos de todas as recaídas

relatadas: estados emocionais negativos, conflitos interpessoais e pressão social. De acordo com esse estudo, 37% de todas as recaídas foram determinadas por estados emocionais negativos, ou seja, por situações nas quais o indivíduo está passando por um estado emocional, de humor ou sentimento negativo (ou desprazeroso) tal como frustração, raiva, ansiedade, depressão, tédio, antes ou no momento da ocorrência do primeiro lapso; 15% foram determinadas por conflitos interpessoais ou seja situações envolvendo um conflito associado com qualquer relacionamento interpessoal como casamento, amizade, relações empregador-empregado e confrontações interpessoais; 32% foram determinadas por pressão social ou seja por situações nas quais o indivíduo está respondendo à influência de uma outra pessoa ou grupo de pessoas que exercem pressão para que ele volte a se engajar no comportamento-tabu (Marllat, 1993b). Esses dados reforçam a importância da abordagem contingente comportamental para a manutenção da abstinência de longo prazo.

Nos EUA, a partir de 1995 a goma de nicotina passou a ser incluída na categoria de medicamentos de venda livre de prescrição médica, e em 1996 o mesmo aconteceu com a nicotina transdérmica.

Um dos argumentos que levou a liberação desses medicamentos nos EUA foi que embora o tratamento e a medicação para cessação de fumar sejam mais amplamente disponíveis do que em qualquer outra parte do mundo, foi estimado que durante a década de 80 menos de 10% das pessoas que deixaram de fumar definitivamente o fizeram num contexto de um programa formal de tratamento (Schu & Hennenfield, 1995) Ou seja, embora os cigarros fossem amplamente e facilmente adquiridos na maior parte do mundo, o acesso a TRN era limitado uma vez que só era disponível através de prescrição médica. Dessa forma, a maior justificativa para a disponibilização desses produtos não vinculados à prescrição médica foi que eles aumentariam o acesso da população a uma terapia de eficácia comprovada, que

por sua vez contribuiria para aumentar o número de ex-fumantes. Além disso, os estudos demonstraram que esses produtos eram seguros ( Hughes et al, 1999). Essa posição vem sendo defendida por diversos pesquisadores de todo o mundo ( Hughes et al 1999; Shuh e col 1995; Sonderskov 1997; Shiffman et al, 1997). A própria OMS vem recomendando a ampliação e a facilitação do acesso da população ao apoio farmacológico especialmente a goma e adesivo de nicotina através da venda livre de prescrição, e o envolvimento de farmacêuticos na recomendação do medicamento aos fumantes (WHO,1998).

Nos EUA, pesquisas mostram que a maioria dos ex-fumantes (85%) relatam que deixaram de fumar sozinhos, e que apenas 15% deles relatam terem recebido assistência através de métodos de cessação mais intensivos, sugerindo que esses dados podem ser o resultado de barreiras que reduzem o acesso da população ao tratamento (Cinciprini, 1997). Reforçam esses argumentos as pesquisas que mostram a relutância dos médicos em intervir devido em parte ao limite de tempo, percepção de que falta habilidade e conhecimento para serem efetivos nessa abordagem, frustração com suas baixas taxas de sucesso ou mesmo à crença de que a cessação de fumar não está incluída nas suas atribuições profissionais (Fiore et al, 1996). Os clínicos também falham em intervir porque desconhecem ou não têm acesso a intervenções breves e eficazes ideais para os atendimentos ambulatoriais em hospitais gerais e unidades básicas de saúde. Outra razão levantada para essa falta de intervenção pode resultar de uma falta de apoio clínico ou institucional para a sistematização da avaliação de rotina da condição de fumante ou não dos pacientes e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde (Fiore et al, 1996).

Um estudo realizado na Austrália entre médicos clínicos mostrou que a taxa de identificação da condição de fumante ou não entre seus pacientes é de 65% quando os pacientes têm alguma doença relacionada ao tabagismo e de 52% quando a doença não se

relaciona ao tabagismo. Ainda nesse estudo a taxa de intervenção dada pelo clínico foi de 40% para os pacientes que tinha doença relacionada ao tabagismo e 35% para os que não tinham. (Doran et al, 1998).

### **A Abordagem do Fumante no Brasil**

No Brasil, poucos são os estudos sobre o comportamento dos médicos frente ao tabagismo de seus pacientes. Campos (1992) realizou um inquérito nacional entre 5.158 médicos de 23 estados brasileiros, onde 81,5% deles referiam que aconselhavam seus pacientes fumantes a abandonar o cigarro rotineiramente (Campos, 1992). Embora o estudo realizado por Campos sugira que há um interesse da classe em tabagismo, não informa sobre os métodos de apoio adotados por aqueles que relatam aconselharem rotineiramente seus pacientes fumantes, sobre o grau de conhecimento dos mesmos sobre os diversos métodos de intervenção atualmente disponíveis, nem sobre a percepção dos mesmos quanto ao seu preparo para oferecerem um apoio efetivo.

Um outro estudo realizado em 1991, em Porto Alegre onde foi entrevistada uma amostragem domiciliar de 407 pessoas entre 15 e 64 anos, apenas 56,6% dos ex-fumantes e fumantes disseram ter sido aconselhados por médicos a deixarem de fumar (Pohlmann e col, 1991). Uma outra pesquisa realizada em 1997 em Pelotas no Rio Grande do Sul entre 1657 adultos com a finalidade de avaliar a frequência de hipertensão e seu manejo por médicos, mostrou que apenas 34% dos pacientes hipertensos que eram fumantes foram aconselhados a deixar de fumar e 37% foram aconselhados a reduzir o consumo (Piccini e Victora, 1997). Essas pesquisas ilustram a pouca valorização dada ao tabagismo e o desconhecimento sobre o manejo de dependência a nicotina uma vez que dificilmente um paciente consegue manter

um consumo reduzido em função do fenômeno tolerância que acompanha o processo de dependência de nicotina (Balfour and Fagerström 1996; U.S. Surgeon General, 1988)

Dessa forma, temos a percepção de que a valorização dada ao tratamento do fumante é ainda bastante inferior a dada ao tratamento de doenças como pneumonias, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e outras, muitas vezes causadas ou agravadas pelo próprio tabagismo, para as quais o médico marca retorno para acompanhamento do processo de cura e está sempre buscando informações e meios de aperfeiçoamento, que permitam obtenção de melhores resultados na sua prática clínica.

Embora o aconselhamento seja um importante começo para a intervenção do fumante, sabe-se que aconselhar só não basta. É preciso que os que querem deixar de fumar sejam apoiados, orientados e acompanhados no processo de cessação de fumar.

Uma pesquisa realizada em 46 escolas médicas em 10 países da América do Sul, onde o Brasil contribuiu com 50% das escolas pesquisadas, apenas 37% das escolas abordavam o tabagismo de forma sistemática e apenas 29% ensinavam técnicas para o médico apoiar seu paciente fumante no processo de cessação de fumar (Richmond et al, 1996).

Levando em conta a atual postura da OMS em recomendar que se invistam esforços para a liberação da TRN livre de prescrição médica, é preciso que no nosso País sejam feitas algumas ponderações quanto o real impacto dessa estratégia na prevalência de fumantes.

Considerando que no Brasil a maior proporção dos fumantes se concentra nos grupos de mais baixa renda (Ministério da Saúde, 1998 b), e que o acesso a terapia de reposição a nicotina é limitado devido ao seu custo elevado (o tratamento completo ficaria em torno de cerca de 300 dólares por pessoa), como centrar esforços em campanhas para promover a venda livre em massa desse medicamento como uma das estratégias centrais para aumentar a cessação de fumar?

Por outro lado, acredita-se hoje que devido às baixas doses de nicotina liberadas pelo adesivo e pela goma de nicotina, os riscos de efeitos colaterais são mínimos, mesmo para os pacientes portadores de doenças cardiovasculares (Hughes et al, 1999). No entanto, na bula desses medicamentos existe uma série de precauções a serem tomadas pelos usuários, tais como acompanhamento médico para os que sabem ser portadores de hipertensão, e úlcera péptica. Um estudo realizado por Piccini e Victora (1997) para avaliar a frequência de hipertensão na população de Pelotas no Rio Grande do Sul mostrou que 68% dos hipertensos ignoravam sua condição. Ora, se considerarmos que essa é uma realidade brasileira, como se justifica a promoção do uso desse medicamento sem prescrição médica? Como garantir o uso sem risco desse medicamento à população de baixa renda, que é a que mais fuma no País?

Por que não centrar esforços no envolvimento de profissionais de saúde para que passem a valorizar o tratamento do tabagismo como valorizam o tratamento de outras patologias crônicas como a diabetes, e passem a incluir a intervenção para cessação de fumar nas suas rotinas de atendimento ambulatorial? Segundo Fiore (1996), não existe outra doença crônica, tipo hipertensão, diabetes, hiperlipidemia, que pode ser melhorada através de um aconselhamento de 3 a 5 minutos alcançando resultado de 5 a 10% em termos de remissão prolongada. É portanto preciso envolver tanto os clínicos como os sistemas de saúde para garantir que essa intervenção aconteça.

É preciso que se busque entender a realidade desses profissionais para que se possa traçar estratégias para a sensibilização e instrumentalização dos mesmos para uma abordagem efetiva do fumante.

## **A Proposta do Programa “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”**

No Brasil, onde tínhamos em 1989 cerca de 30,6 milhões de fumantes, dos quais 78% gostariam de deixar de fumar (Ministério da Saúde, 1998), ocorreu um aumento progressivo na demanda por ações de apoio à cessação o que por sua vez colocou em evidência o papel das instituições de saúde e de seus profissionais para esse ângulo do controle do tabagismo. No entanto, pesquisas mostram que apesar da maioria dos fumantes desejarem parar de fumar, apenas cerca de 3% conseguem parar definitivamente a cada ano. Destes, 85% deixam de fumar sem um apoio formal, o que aponta para o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante pelos profissionais de saúde pode oferecer para reduzir a prevalência de fumantes (Cinciprini, 1997).

Uma das prováveis causas da baixa percentagem de fumantes que conseguem parar de fumar é que as informações sobre como aconselhar e apoiar o paciente e sobre os métodos para deixar de fumar, por serem relativamente recentes, ainda não são amplamente conhecidas pela maioria dos profissionais de saúde.

Preocupado com esse ângulo do problema tabagismo no Brasil, o Ministério da Saúde através do INCA vem buscando estimular a abordagem e tratamento do fumante nas unidades de saúde através do Programa Saúde e Coerência - Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco em Unidades de Saúde.

Esse Programa prevê duas grandes estratégias. A primeira, o Programa Unidades de Saúde Livre do Cigarro, desenvolvido a partir do projeto piloto INCA Livre do Cigarro, sistematiza ações com o objetivo de chamar a atenção dos profissionais de saúde para o assunto, mudar o clima de aceitação social para o consumo do tabaco em instituições de saúde, estimular os profissionais fumantes a deixarem de fumar, e sensibilizar esses profissionais



para que valorizem o tratamento do fumante, da mesma forma que valorizam o tratamento de qualquer outra patologia.

A segunda estratégia prevê a instrumentalização desses profissionais, especialmente do médico, para uma abordagem efetiva do fumante. Trata-se do Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar que busca sensibilizar os profissionais de saúde para que passem a enxergar o tabagismo como uma doença crônica, que merece e precisa ser abordada com o mesmo nível de prioridade que é dada a abordagem da hipertensão arterial, diabetes, coronariopatias e outras doenças crônicas. Paralelamente, busca-se instrumentalizar esses profissionais com informações e estratégias que permitam que nas suas rotinas de atendimento possam fornecer uma abordagem eficaz aos seus pacientes fumantes.

### **As Bases do Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar.**

#### **O processo de capacitação envolvido no Programa.**

Sabendo-se que aconselhar isolada e pontualmente não é o bastante, sendo preciso que aqueles que querem deixar de fumar sejam preparados e acompanhados nesse processo, a ação principal desse Programa é instrumentalizar os profissionais de saúde com estratégias e material técnico de apoio, que permitam aumentar a eficácia da abordagem para cessação de fumar.

Através de um processo de capacitação o Programa busca socializar entre os profissionais de saúde a abordagem cognitiva comportamental através do método "Pergunte, Aconselhe, Prepare e Acompanhe", e estimular a sua inclusão nas rotinas de atendimento das instituições de saúde. Os profissionais recebem informações que permitirão que reconheçam que o eixo central da cessação de fumar é a mudança de comportamento; saibam identificar

os componentes físicos, psicológicos e os condicionamentos envolvidos na dependência da nicotina e saibam lidar com a síndrome de abstinência e a fissura que, uma parte dos fumantes experimentam durante a cessação de fumar, e estimular nesses pacientes habilidades para prevenção da recaída.

Outro ponto essencial abordado nesse processo de capacitação é o entendimento da função exata dos medicamentos no processo de cessação de fumar. Atualmente, a reconhecida eficácia de alguns medicamentos na cessação de fumar tem suscitado um grande interesse na utilização dos mesmos e devido à intensa publicidade dos mesmos, circula a idéia de que representam uma "fórmula mágica" para deixar de fumar. O Programa também tem como objetivo enfatizar que os medicamentos atuam como coadjuvantes no processo de cessação de fumar, cujo eixo central é abordagem cognitiva comportamental.

Dessa forma, o Programa pretende, em um médio prazo, contar com um contingente suficiente de profissionais, na rede pública de saúde, capazes de realizar a abordagem comportamental visando motivar e preparar os fumantes para cessação e preparados para utilizar de forma adequada o apoio da farmacoterapia.

Outro ponto importante a ser trabalhado com os profissionais de saúde é o conceito de fracasso e sucesso no tratamento do fumante. Os estudos mostram que a média de tentativas por fumantes é de 3 a 4 vezes, antes de pararem de fumar definitivamente (Fiore et al., 1996). Com base nessa observação, o Programa busca estimular os profissionais de saúde a verem o que chamam de "fracasso", como um aprendizado a ser aplicado nas próximas tentativas.

Enfim, quando um paciente quer tentar deixar de fumar, espera-se que o médico em nível de atenção primária estimule-o a marcar uma data para parar de fumar, preparando-o para essa data, encorajando-o a usar métodos farmacológicos quando indicados e disponíveis, fornecendo materiais de auto-ajuda, e fornecendo orientações-chaves para lidar com a

síndrome de abstinência, a “fissura” e para evitar a recaída. Também deve saber referir o paciente para uma abordagem mais intensiva quando perceber que é mais adequada.

### **A sistematização da abordagem cognitiva comportamental utilizada pelo Programa.**

O Programa considera que o eixo do tratamento do fumante é a abordagem cognitiva comportamental, que poderá ser feita isoladamente ou , dependendo da situação, acompanhada por algum tipo de apoio de medicamento que tenha a propriedade de minimizar os efeitos da síndrome de abstinência. Essa abordagem poderá ser individual ou em grupo e será tanto mais efetiva quanto maior for sua intensidade. Assim, a abordagem do fumante poderá ter um caráter intensivo, ou um caráter mínimo.

Portanto, os enfoques abordagem mínima e abordagem intensiva utilizam a abordagem cognitivo comportamental sistematizada no método “Pergunte Aconselhe Prepare e Acompanhe” (PAPA), com ou sem apoio farmacológico.

Num primeiro momento a ênfase do Programa tem sido a abordagem mínima visando estimular o maior número possível de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, assistentes sociais e outros, que nas suas rotinas de atendimento entram em contato com fumantes.

Para esse fim foi desenvolvida metodologia de treinamento e materiais de apoio. O livro “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”, fornece informações sobre a dependência de nicotina, sobre a importância do entendimento da dinâmica de mudança de comportamento do fumante, sobre o método PAPA, e sobre os métodos farmacológicos de apoio, atualmente reconhecidos como eficazes. O programa também conta com uma forma resumida do livro, o livreto de bolso “Me ajuda a deixar de fumar...”, visando facilitar o

acesso às informações de forma mais objetiva e rápida, principalmente para os profissionais de saúde que não têm muito tempo para leituras mais demoradas. Para facilitar a abordagem do fumante pelo profissional de saúde, o Programa também conta com um livreto de auto ajuda (Você quer deixar de fumar?) para fumantes, que fornece orientações básicas para os que querem deixar de fumar, assim como folhetos mais genéricos sobre tabagismo. Esses materiais podem ser usados pelos profissionais de saúde como reforço para as suas orientações.

A sistematização da abordagem cognitiva comportamental através do método PAPA, é uma adaptação do método *Ask, Advise, Assist, Arrange* lançado na década de 80 pelo National Cancer Institute dos Estados Unidos (Glynn & Manley, 1990). Esse programa envolveu 5 ensaios clínicos controlados e randomizados para avaliar a eficácia das intervenções mínimas na prática médica e odontológica. Foram envolvidos nesse ensaio, mais de 30.000 pacientes e 1000 profissionais, entre médicos e dentistas. Os pacientes nos grupos de intervenção alcançaram taxas de cessação de fumar de longa duração cerca de 2 a 6 vezes maior do que os pacientes do grupo controle (Orleans et al , 1993).

O programa PAPA envolve 4 passos:

1. **Pergunte** sobre o tabagismo de seu paciente em todos os contatos.
2. **Aconselhe** todos os fumantes a deixarem de fumar.
3. **Prepare** o paciente que quer deixar de fumar
4. **Acompanhe** os paicentes que estiverem tentando deixar de fumar.

Na fase **“Pergunte”** o profissional de saúde é orientado a fazer 6 perguntas a seu paciente (Quadro 3). A pergunta 1 serve para identificar quem é fumante. A 2 e 3 para identificar o grau de exposição e assim o risco a que está exposto. As perguntas 3 e 4 juntas servem para dar uma idéia do grau de dependência física do fumante. Geralmente quem fuma

mais de 25 cigarros por dia, e fuma logo após acordar terá uma maior chance de apresentar sintomas mais fortes da síndrome de abstinência durante a cessação. As perguntas 5 e 6 permitem identificar os que estão prontos para a ação. Os que dizem estar interessados ou os que já tentaram, provavelmente estarão mais sensíveis ao estímulo para marcar uma data de parada.

**Quadro 3 - Perguntas para identificação do fumante, preconizadas pelo método PAPA**

1. **Você fuma?”ou Você continua fumando?**
2. **“Há quanto tempo você fuma?”ou  
“Com que idade começou a fumar? ‘**
3. **“Quantos cigarros por dia você fuma em média?**
4. **“Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?”**
5. **“Você está interessado em parar de fumar?”**
6. **Você já tentou parar de fumar antes?**
7. **Caso resposta afirmativa: “O que aconteceu?”**

**Fonte: Ministério da Saúde, 1997**

Uma vez identificado o perfil do fumante, o profissional de saúde deve aconselhar todos os que fumam a deixarem de fumar, procurando se mostrar disponível para acompanhá-los no processo de cessação de fumar. É importante que o fumante sinta que o profissional de saúde entende a sua ambivalência, e que pode contar com ele na fase de cessação de fumar.

Durante a fase de aconselhamento, os riscos de fumar e os benefícios da cessação devem ser personalizados de forma enfática porém sem agressividade ou terrorismo. Esse tipo de atitude por parte do profissional de saúde pode causar um elevado nível de ansiedade e assim aumentar em alguns fumantes o nível de consumo de cigarros (Orleans, 1993). Da mesma forma, as abordagens do tipo “se você não parar de fumar não volte mais aqui” não fazem parte da filosofia do Programa. Para uma abordagem eficaz é fundamental que o fumante sinta que será amparado e apoiado pelo profissional de saúde no processo de cessação de fumar.

Considerando que o aconselhamento dado por um médico tem um grande peso, esse profissional desempenhará um papel chave nessa breve abordagem motivacional. Para esse fim o médico precisa conhecer todas as doenças e condições causadas ou agravadas pelo tabagismo ativo e passivo, para que possa oportunamente associar essas situações com o tabagismo do seu paciente. Da mesma forma o médico precisa saber que o tabagismo interfere com os efeitos de medicações como betabloqueadores, teofilina, insulina ou fenilbutazona, antidepressivos e antipsicóticos (Orleans et al, 1993; Shopland & Burns, 1993; Resnik, 1993). Nessa fase o médico deve também reforçar as razões que o fumante tem para deixar de fumar.

Os pacientes que estão em fase de pré -contemplação, ou seja, não querem deixar de fumar, ou os que querem mas não estão prontos para marcar uma data, devem ser aconselhados a pensarem sobre o assunto, e serem abordados em um próximo contato. O oferecimento de material de apoio, folheto com informações gerais e/ou folhetos com orientações para deixar de fumar, podem motivá-los. Em um estudo nos EUA, 43% dos pacientes em pré-contemplação que se negaram a marcar uma data para deixar de fumar, ou a se comprometerem a deixar de fumar algum dia, e que receberam material de auto—ajuda e

aconselhamento, fizeram uma séria tentativa para deixar de fumar, nos 6 meses seguintes. Desses, 13% deixaram de fumar (Orleans et al, 1993).

Na fase de preparação, os fumantes que querem deixar de fumar são estimulados a identificarem as principais barreiras que os dificultam a tentar deixar de fumar. Uma vez identificados os mitos e os medos o profissional de saúde estimula seu paciente a vencê-los e paralelamente o motiva a marcar uma data para parar de fumar. Nesse momento, o profissional deve fornecer explicações sobre os métodos de parada, os sintomas da síndrome de abstinência, sua duração, e sobre a fissura. Além disso, nessa fase os pacientes recebem orientações sobre recursos comportamentais para lidar com essas situações e dependendo do caso, sobre a utilização de recursos farmacológicos. Todas essas orientações podem ser reforçadas através do fornecimento do livreto de auto – ajuda. Nessa fase o médico junto com outros profissionais de saúde pode atuar de forma bastante eficiente.

Na fase de acompanhamento, os pacientes que se propuseram a marcar uma data para parar de fumar, deveriam ter pelo menos uma consulta de retorno marcada para a 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> semana após a parada, e se possível mais duas consultas quinzenais no 2<sup>o</sup> mês, uma mensal até completar 3 meses de tratamento, mais uma no 6<sup>o</sup> mês e outra no 12<sup>o</sup> mês. Logicamente que a adoção desse esquema de acompanhamento dependerá da disponibilidade do profissional de saúde e da instituição. Nessa fase, o envolvimento de diferentes profissionais de saúde pode facilitar o acompanhamento desses pacientes. Não trata-se de um protocolo fechado, e sim de estimular que o fumante que está em processo de cessação de fumar, seja acompanhado de forma mais próxima possível.

## **A Avaliação do Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar**

Segundo Rundall (1992) um programa é definido como uma resposta organizada para eliminar ou reduzir um ou mais problemas, onde a resposta inclui alcançar um ou mais objetivos, envolvendo a execução de uma ou mais atividades e gastos de recursos.

Contandriopoulos et al. (1997) define uma intervenção como um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. De acordo com essa definição a intervenção contém cinco componentes: objetivo, recursos, serviços, bens ou atividades; efeito e contexto preciso em um dado momento, e por envolver diferentes atores, adquire uma forma particular em um dado momento e em um dado contexto.

Transpondo essas conceituações para o Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar, temos como problema a modificar, a falta de acesso dos fumantes aos avanços técnicos na área de cessação de fumar. O contexto atual mostra que a maioria quer deixar de fumar e precisa de apoio para esse fim. Portanto, a resposta que se procura com o programa é aumentar o número de ex-fumantes, as custas do aumento da fração que deixou de fumar através de um apoio formal de instituições e profissionais de saúde. Espera-se que estimulada pelo programa, a rede de saúde passe a gerar um novo tipo de serviço para a população, que é o apoio formal aos fumantes que querem deixar de fumar.

Dessa forma, o programa envolve estratégias para sensibilizar atores chave, tais como instituições de saúde, sociedades e conselhos da área de saúde, profissionais de saúde, e atores responsáveis pelas políticas de saúde, de forma que a abordagem do fumante passe a ser institucionalizada e a fazer parte do elenco de atribuições dos serviços de saúde. Porém,



considerando que esse tipo de abordagem depende em grande parte do envolvimento dos profissionais de saúde que fornecerão os serviços, eles constituirão um dos alvos chave das ações estratégicas do programa.

A organização de um programa dessa monta é um processo complexo que envolve decisões políticas, aplicação de recursos, sendo portanto essencial que sejam demonstrados seus efeitos em beneficiar a população e assim justificar a sua continuidade. Para esse fim é fundamental que o programa e o processo de sua implantação sejam avaliados e monitorados.

Avaliar significa fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Os objetivos de uma avaliação são numerosos e entre eles, destacam-se os 4 tipos de objetivos oficiais: (a) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); (b) fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); (c) determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); (d) contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (Contandriopoulos et al., 1997).

A avaliação pode ser normativa, quando, por exemplo, busca-se estudar um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios. Pode também adquirir um caráter de pesquisa avaliativa, quando examina através de um procedimento científico as relações existentes entre os componentes de um programa.

A pesquisa avaliativa permite analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos, e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisão (Contandriopoulos et al, 1997). A pesquisa avaliativa se

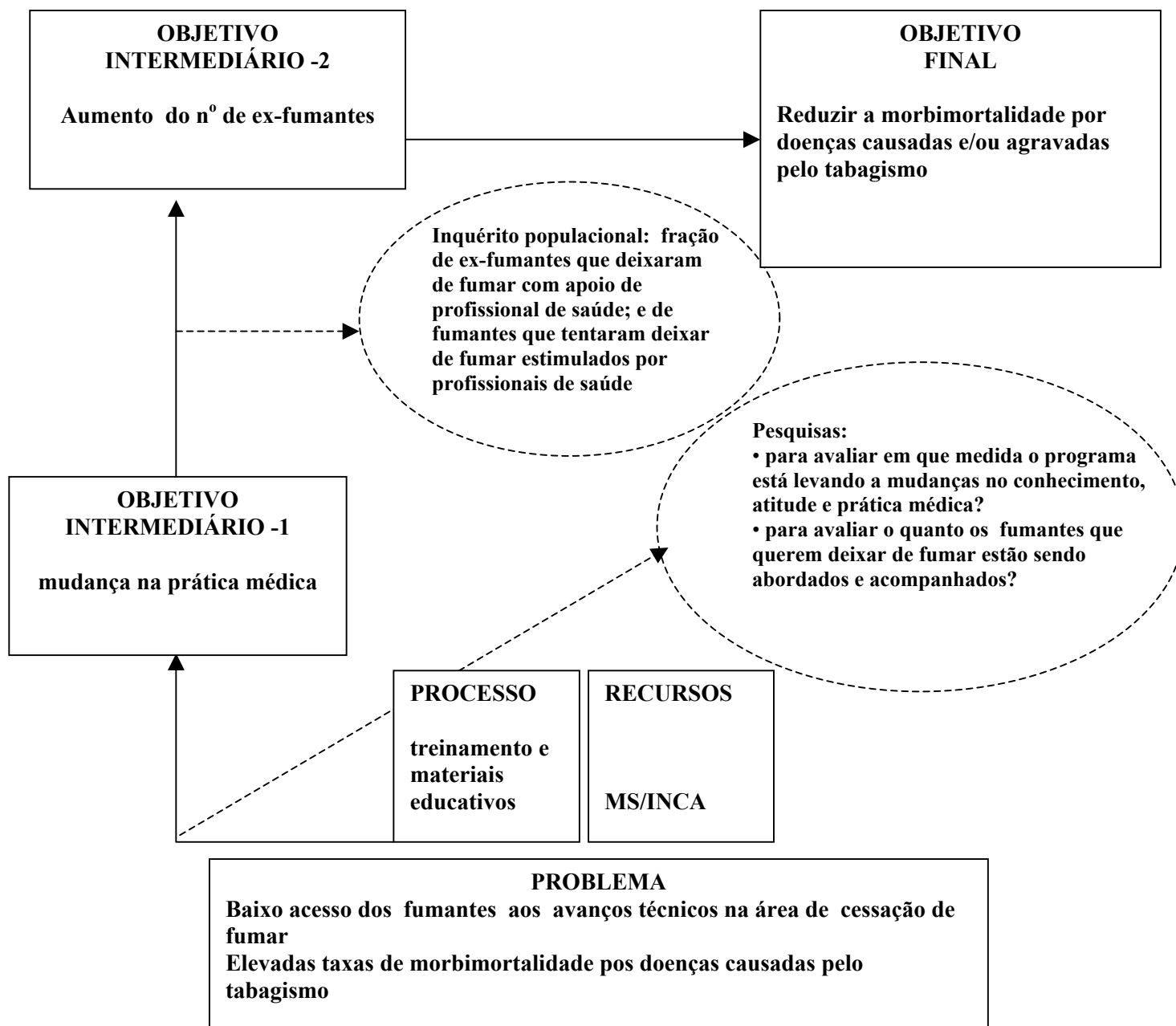
subdivide em 6 componentes: análise estratégica; análise da intervenção, análise da produtividade, análise dos rendimentos e análise da implantação.

A análise estratégica se preocupa em analisar qual o grau de prioridade ocupado por uma situação problema em um conjunto de problemas de saúde, assim como em analisar a pertinência da intervenção escolhida para modificar a situação problema. Já a análise da intervenção consiste em estudar a relação que existe entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. Portanto, verifica a capacidade dos recursos mobilizados e dos serviços produzidos em atingir os objetivos definidos.

Com base no diagrama elaborado pelo autor para a análise da intervenção, elaboramos um diagrama adaptando-o a intervenção proposta pelo programa. (Figura 3). Propondo essa mesma lógica para avaliar o programa, os indicadores utilizados para a apreciação do desfecho de médio prazo seriam a proporção de ex-fumantes que deixaram de fumar com o apoio de profissionais de saúde, ou de fumantes que tentaram deixar de fumar com o apoio de profissionais de saúde.

Para esse fim, o inquérito nacional que está sendo organizado pelo INCA com o objetivo de avaliar o perfil de estilo de vida na população, deverá incluir questões que permitam obter dados para essa apreciação de efeito do programa. Já os indicadores de efeito de mais longo prazo são as mudanças no perfil de morbimortalidade esperados.

**Figura 3** - Análise da intervenção do Programa “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”.



Considerando a pouca divulgação entre profissionais de saúde sobre o tabagismo e a real dimensão de seu impacto na saúde da população, sobre os métodos mais eficazes para apoiar um fumante no processo de cessação de fumar, um objetivo intermediário para se atingir o objetivo final do programa, consiste em aumentar entre os médicos e outros

profissionais de saúde, o conhecimento sobre tabagismo, e sobre os métodos eficazes de cessação.

No entanto, é preciso identificar no contexto atual se há falta desses instrumentos teóricos entre esses profissionais, e se essa possível falta de instrumentos determinam ou não a atual atitude e prática desses profissionais, em não oferecer apoio e acompanhamento aos pacientes que querem deixar de fumar. Vale a pena centrar esforços para fornecer esses instrumentos aos médicos? Em que medida esse esforço resultará em mudança de prática? Existe algum outro fator contextual que poderia interferir nessa prática?

Portanto, levando em conta que um dos componentes envolvidos no processo de implantação do programa é o treinamento e o material educativo de apoio, avaliar o seu efeito deve fazer parte da análise desse processo de implantação. Esses materiais são produtos desenvolvidos como parte das estratégias para motivar e envolver o grupo alvo intermediário, os profissionais de saúde, com o intuito de estimular a produção de um serviço para a população que é o fornecimento de métodos eficazes para o processo de cessação de fumar.

Nesse momento justifica-se portanto a obtenção de indicadores de *baseline* que permitam avaliar a capacidade do processo de implantação do programa em mudar a prática médica no sentido de motivar a incorporação da abordagem do fumante no processo de cessação de fumar.

Portanto, esse estudo pretendeu identificar as representações sociais dos médicos e construir um instrumento quantitativo para uma posterior pesquisa quantitativa e obtenção indicadores de *baseline* para o monitoramento de um dos componentes do processo de implantação do programa, a capacitação de profissionais de saúde, no caso o médico.

Através dessa pesquisa buscou-se desenvolver um instrumento para avaliar conhecimento, atitudes e práticas de médicos em relação aos 4 componentes do método PAPA. Além dessas informações pretendeu-se captar como o médico representa o tabagismo, o fumante e o seu próprio papel na abordagem do fumante.

A presente pesquisa foi inicialmente dividida em duas fases, uma qualitativa e outra quantitativa. No entanto por razões de ordem práticas não foi possível finalizar a parte quantitativa da pesquisa a tempo de incluí-la nessa dissertação.

A decisão de incluir uma abordagem metodológica qualitativa se deve à complexidade do objeto do estudo, da relação entre o sujeito e o objeto da pesquisa, e as possíveis interferências das representações sociais do sujeito, no caso o médico, em sua relação com o com o fumante.

Dessa forma, um dos objetivos da fase qualitativa foi apreender as representações sociais do médico em relação ao tabagismo e ao fumante, assim como do seu próprio papel no apoio ao fumante na cessação de fumar, durante suas rotinas de atendimento. Outro objetivo foi obter subsídios para a construção de um instrumento quantitativo que no futuro permita a obtenção de informações em maior escala sobre crenças, atitudes e comportamentos de médicos em relação ao tabagismo como parte do processo de avaliação da implantação do Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar.

Paralelamente procurou-se avaliar como o tabagismo e o tratamento do fumante são representados nos livros médicos. O objetivo dessa análise foi identificar e analisar o discurso sobre tabagismo, dependência de nicotina e cessação de fumar incluído em textos clássicos de clínica médica, assumindo-os como principal fonte de informação escrita durante o curso de graduação.

A idéia foi analisar o discurso antes e depois da inserção da dependência de nicotina na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) que entrou em vigor em 1º de janeiro de 1993, no Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99), mais especificamente no grupo F17 Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Fumo.

## **CAPÍTULO II**

### **OS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PESQUISA**

#### **O Porquê da Escolha de uma Abordagem Qualitativa**

Embora na área da saúde exista uma forte tradição de utilização de métodos de pesquisa geralmente quantitativos e experimentais, a influência de aspectos culturais e sociais tem sido cada vez mais valorizada para o entendimento do perfil de saúde de uma população e para o desenvolvimento de programas que possam interferir de forma positiva nesse perfil. Isso envolve a utilização de uma metodologia diferente da empregada nas pesquisas das ciências naturais, predominantemente quantitativa, que limita a compreensão dos seres humanos, suas crenças, valores, símbolos, significados e interações.

Na área de promoção da saúde fica cada vez mais evidente a necessidade do aprofundamento dos achados estatísticos, que não dão conta de explicar o que faz as pessoas adotarem determinado comportamento e não outro, mesmo conhecendo os seus riscos, como por exemplo não usar a “camisinha” mesmo sabendo do risco da aids ou fumar mesmo sabendo dos riscos do tabagismo.

Goldberg (1990) levanta essa questão no seu artigo “Este obscuro objeto da epidemiologia” onde através de uma ampla discussão procura apresentar as limitações da abordagem estatística– etiológica no estudo dos determinantes sócio-econômicos da saúde de uma população, sem analisar paralelamente os mecanismos pelos quais os meios social e econômico influenciam, favorecendo ou atenuando os problemas de saúde em questão.

De acordo com o ponto de vista de Goldberg, essa abordagem é inadequada para lidar com os consumos, os estilos de vida, os movimentos migratórios, a circulação do saber médico, uma vez que estes se modificam em ritmos diferentes e manifestam tendências de acordo com as especificidades dos grupos sociais, o que não é captado pelo modelo estatístico, que não dá conta das relações sociais nas quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos.

Matus (1996), um dos introdutores da metodologia de planejamento estratégico, que hoje representa um dos componentes fundamentais para o planejamento de programas na esfera de políticas públicas, mostra claramente essa importância. Para ele, a análise estratégica raciocina de modo especial, bem distante do paradigma tradicional das ciências, pois rejeita o determinismo, impugna o objetivismo na explicação da realidade. Raciocina por meio de sistemas criativos e abertos a muitas possibilidades, nas quais os atores, ligados a visões subjetivas do mundo lutam para mudar o resultado do jogo do qual participam. Cada ator tem um posto de jogo de observação da realidade, que lhe permite ver alguma coisa e lhe oculta outras. O mundo do ator não está limitado pelas fronteiras do espaço físico em que vive, mas pelo tamanho do seu vocabulário e pelo alcance de seu posto de observação na prática social.

Questões como “Que proporção de fumantes deixaram de fumar?” são claramente respondidas através de métodos quantitativos. Mas questões como “O que faz as pessoas deixarem de fumar?”, mostram a necessidade de ouvir o que as pessoas têm a dizer, e deve explorar os conceitos e as idéias que os sujeitos têm de si e do ato de fumar.

Dessa forma, a utilização de uma abordagem qualitativa para conhecer como o médico representa o tabagismo, o fumante e o seu próprio papel na abordagem do fumante, se mostrou necessária por tratar-se de um objeto complexo, pois envolve seres humanos, sua



interação com um produto que causa dependência, crenças, valores e significados que historicamente o tabagismo assumiu no âmbito sócio-cultural.

Considerando cultura o conjunto das representações, das valorizações afetivas, dos hábitos, das regras sociais, dos códigos simbólicos, cada indivíduo é portador da cultura e das subculturas às quais pertence e é representativo delas (Michelat , 1982). Geertz citado por Uchôa (1997) considera que cultura é um universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações . É constituída por um conjunto de significados que fornecem modelos “de” e modelos “para” a construção de realidades.

Nesse amplo universo, as crenças culturais e pessoais à cerca dos efeitos de determinadas drogas ou substâncias psicoativas, as expectativas de resultado quanto ao seu uso ou interrupção, variam também de uma sociedade para outra. Essas crenças estão baseadas em uma variedade de influências, incluindo as próprias experiências passadas com a droga, antecedentes educacionais, valores pessoais e outros (Marlatt, 1993).

Dessa forma, é esperado que os profissionais de saúde enquanto indivíduos pertencentes a uma ou mais culturas, manifestem uma interação entre as construções culturais da “realidade médica” que circulam formalmente nos meios acadêmicos e científicos, e as construções de outros universos socioculturais dos quais também fazem parte.

Como já mencionado, a representação do tabagismo vem passando por uma importante transformação, deixando de ser um comportamento charmoso e desejado para adquirir o status de uma doença, uma dependência. Hoje podemos perceber que os fumantes deixaram de ser vistos como galãs e passaram a ser enxergados no senso comum através da ótica do modelo moral como indivíduos “viciados” sem “força de vontade”, “egoístas”. Portanto, diante dessa importante mudança de paradigma, é preciso entender como essas

mudanças estarão influenciando os profissionais de saúde e suas atitudes em relação ao tabagismo e ao fumante.

Sabemos que é crucial o papel dos profissionais de saúde, especialmente do médico no apoio ao fumante que hoje é pressionado para deixar de fumar. Para isso é preciso que estejam preparados para fornecer uma abordagem adequada, não só no que se refere a dimensão técnica, como também na dimensão afetiva.

Segundo Michelat (1982), o nível afetivo tem uma maior influência sobre o comportamento do que o nível intelectual. O que não é assumido afetivamente pela personalidade tem apenas uma significação fraca e uma relação reduzida com os comportamentos do indivíduo.

Através de uma abordagem qualitativa é possível a emergência deste conteúdo sócio-afetivo ou seja é possível captar a dimensão afetiva do olhar do médico sobre o tabagismo e especialmente sobre o fumante.

As considerações acima feitas sem nenhuma pretensão de aprofundamento no ângulo sociológico ou antropológico do tabagismo, têm como objetivo passar uma idéia da complexidade do objeto desse estudo, num momento também historicamente complexo.

Por isso, procuramos tomar como eixo para a abordagem qualitativa dessa complexidade a teoria das representações sociais.

## A Teoria das Representações Sociais

Farr (1999) descreve a Teoria das Representações Sociais (TRS) como uma vertente sociológica de Psicologia Social diferente das formas psicológicas da Psicologia Social atualmente predominante nos Estados Unidos. Na verdade, a TRS se origina na Europa com a publicação do estudo *La Psychanalyse: Son image et son public* de Moscovici (1961), e se apresenta como uma forma alternativa da Psicologia Social na era moderna.

Para a construção do conceito de Representações Sociais, Moscovici teve como ponto de partida o conceito de Representações Coletivas de Durkheim. A diferença entre Representações Sociais e Representações Coletivas é sutil. Por achar que o modelo de sociedade de Durkheim era estático, tradicional e concebido numa época em que as mudanças sociais se processavam lentamente, adequando-se melhor para os tipos de sociedade, de dimensões mais cristalizadas e estruturadas, Moscovici construiu o conceito de Representações Sociais para estudar as sociedades modernas, dinâmicas e fluidas. (Farr, 1999; Guareschi, 1999)

Para Sperber (citado por Guareschi, 1999) as representações coletivas são as que se transmitem mais vagarosamente por gerações, são mais duradouras e estão ligadas as tradições. Já outros tipos de representações comuns na cultura moderna, que se espalham rapidamente por toda a população, mas possuem um curto período de vida corresponderiam as Representações Sociais.

O estudo de Moscovici sobre as representações da psicanálise teve como objetivo observar o que acontecia, quando um novo conhecimento como a psicanálise era difundido numa sociedade. Através de métodos convencionais como aplicação de questionários semi-estruturados e pesquisa de opinião, ele colheu amostragens do conhecimento, opiniões e das

atitudes das pessoas a respeito da psicanálise e dos psicanalistas. Por considerar que as Representações Sociais estão presentes tanto na mente como no mundo, ele também pesquisou sobre a informação que circulava na sociedade sobre o objeto de seu estudo, através de uma análise de conteúdo dos meios de comunicação de massa. (Farr, 1999).

Uma vez que considerava a coleta de informação sobre opiniões e imagens demasiadamente estática, Moscovici teve como objetivo substituí-las por Representações Sociais (RS). O estudo das RS se relaciona com as dimensões de construção e de mudança, ausentes no conceito de opinião pública. Ou seja na pesquisa de opinião pública o interesse é conhecer a opinião das pessoas. No estudo das RS o interesse é saber como elas se constroem (Guareschi, 1999).

O construto teórico proposto para a TRS refere-se a princípios geradores de tomada de posição, ligados às inserções específicas em um conjunto de relações sociais (Farr, 1999).

As RS são construídas sócio-cognitivamente e se manifestam através do figurativo, simbólico e da construção de um juízo em relação a um determinado fato ou fenômeno social. Dessa forma, estruturação da representação de um objeto se dá não só pelo conteúdo inserido, através de atitudes, impressões, imagens e informações que circulam no ambiente sobre esse objeto, mas, sobretudo pela organização psíquica que o sujeito faz do mesmo.

O estudo das RS tem como objetivo entender o processo de sua construção na dimensão cognitiva, afetiva e nas demandas concretas provenientes das ações do cotidiano, através dos conteúdos que circulam no imaginário social (Spink, 1999).

Segundo Jodelet (1994) as RS são estruturas cognitivo-afetivas e por isso não podem ser reduzidas apenas ao seu conteúdo cognitivo. Precisam ser entendidas a partir do contexto onde estão inseridas e a partir de suas interações sociais no cotidiano do sujeito.

Para Jodelet (1994) os indivíduos utilizarão as RS como um guia para suas ações, atitudes e comportamentos, através de 3 dimensões:

1. informação já existente a respeito do fenômeno; ou seja aquela que circula através dos diversos canais de comunicação;
2. a imagem que o indivíduo tem do modelo social;
3. as atitudes dos indivíduos que influenciam sua tomada de posição frente ao mundo

Moscovici (1976) descreve dois processos geradores de RS: o de objetivação e o de ancoragem. Esses processos mostram como os indivíduos se integram ao novo pensamento e às novidades que surgem na sociedade (Farr, 1999; Jovchelovitch, 1999)

O processo de objetivação ocorre no imaginário e na estrutura psíquica do indivíduo visando materializar aquilo que é abstrato. Isto ocorre porque o indivíduo incorpora em suas RS elementos da ciência, religião e cultura que estarão também interagindo com o novo pensamento.

O processo de ancoragem é definido como a incorporação de situações, significados e categorias que vão interagir cognitivamente no pensamento dos indivíduos. Dessa forma, as situações serão incorporadas à organização do pensamento. Quando isso ocorre, os fenômenos estranhos e pouco familiares aos indivíduos são elaborados cognitivamente, permitindo-lhes dar um formato a sua visão de mundo.

Portanto, um dos processos envolvidos na construção de uma RS é tornar o não familiar em familiar.

Em geral, a conexão entre uma representação já existente no cotidiano e uma nova representação ajuda a criar novos significados e imagens (Moscovici, 1990). Reconciliar o familiar com o não familiar não pressupõe imagens já conhecidas, mas cria e mostra novas imagens. Esta criação de imagens faz o anterior e o recente distintos do que eles eram e nos

permite compreendê-los diferentemente. Sem dúvida a tendência de familiarizar-se constitui uma resistência ao que é novo, desconhecido, extraordinário. É precisamente esta resistência que estimula as pessoas a fazerem um esforço cognitivo, a manterem polêmicas sociais e, finalmente, a mudarem o que é bem conhecido ou usual (Moscovici, 1990).

O não familiar excita nossa atenção e nos fascina, em primeiro lugar por razões sociais. A compreensão do porquê determinada concepção ou evento é julgado não familiar em um dado momento e porque tentamos nos apropriar dela, depende do que acontece no contexto social.

A intensidade da comunicação, a frequência das trocas e do uso do vocabulário influenciam no processo de familiarização. Isso é bastante explorado na sociedade contemporânea que diariamente inventa e dissemina um crescente mundo de novos produtos, novas necessidades, símbolos e desejos a serem experimentados, buscando torná-los familiares e imprescindíveis no nosso dia a dia. Por exemplo, o uso da *internet* é uma dessas incorporações recentes no nosso dia a dia, onde a comunicação, a publicidade e *marketing* têm sido um importante veículo para torná-lo familiar e indispensável.

Através da Teoria das Representações Sociais é possível explicar os processos envolvidos na comunicação social, na integração das novidades e na conformação de identidades. A comunicação social seria impossível sem a existência das RS compartilhadas que permitem passar para os grupos, os significados comuns das mensagens, facilitando a integração das mudanças que se produzem em objetos já representados, ou tornando familiar objetos desconhecidos (Abric, 1994).

O significado das representações sociais é determinado pelo contexto da linguagem, pelo contexto onde o discurso é produzido e pelo seu campo social. Também é importante

observar o local ocupado pelo indivíduo no sistema social e o seu contexto ideológico (Jodelet, 1994).

Cada indivíduo é caracterizado por sua filiação a um certo número de grupos sociais que ao mesmo tempo produzem uma sub-cultura que lhes é específica e que não têm relações idênticas com a cultura global. Cada indivíduo pertence igualmente a numerosos outros grupos, aos quais pode não pertencer mais, mas que deixaram nele traços mais ou menos importantes (fumante, não fumante etc). Vai-se encontrar assim em cada indivíduo, um modelo cultural assumido por personalidades diferentes com histórias de vida diferentes nas quais as necessidades, as expectativas, as participações são diferentes (Michelat, 1982).

Garcia (1992) apresenta 3 elementos das RS que servem para o seu estudo:

- a) A dimensão cognitiva, ou seja a informação, o conjunto de noções e conhecimentos que possuímos sobre um objeto social.
- b) A organização interna e hierarquizada dos elementos cognitivos ou informativos sobre o objeto.
- c) A dimensão afetiva, que estará influenciando positivamente ou negativamente o julgamento de valor e as atitudes, as condutas e tomadas de posição frente ao objeto.

Enfim, representar significa incorporar algo anteriormente desconhecido, materializando esse “algo novo” através de imagens e símbolos e ancorando-o em dimensões cognitivas e afetivas de acordo com as normas e valores dos grupos para quem esse objeto é relevante.

Considerando que historicamente o tabagismo vem passando por um processo de mudança enquanto objeto de representação social, tanto no senso comum quanto nos círculos acadêmicos, a abordagem qualitativa sob a ótica da TRS, parece bastante adequada para a presente pesquisa.

Há alguns séculos atrás, o desconhecido consumo do tabaco passou a ser disseminado quando uma elite teve acesso e se apropriou desse comportamento, induzida por um clima de supostos benefícios e prazeres atribuídos ao produto. E com a introdução da publicidade para promover esse comportamento, associando-o a imagens socialmente desejadas como elegância, sucesso, beleza, sensualidade, foi construída uma representação positiva e sua aceitação se tornou crescente. Dessa forma, o estranho comportamento de fumar tornou-se familiar, ou seja passou a fazer parte da rotina da sociedade e assim contribuiu para aumentar o número de fumantes.

Atualmente acontece um processo inverso. Com a progressiva disseminação do conhecimento de que fumar causa diversos danos a saúde, inclusive para quem se expõe involuntariamente a fumaça do cigarro, o atual significado social do tabagismo ganhou uma aura de rejeição, bastante diferente do que era há cerca de 30 - 40 anos atrás.

Portanto, é esperado que a transformação de uma velha representação social onde num extremo histórico o tabagismo reinou ligado a símbolos de *status* e poder, para na outra extremidade histórica ser “rebaixado a categoria de doença”, de “fraqueza”, de imoralidade”, com certeza suscita resistências, polêmicas e diferentes processos de objetificação e ancoragem da nova imagem que surge do tabagismo.



## **Representações Sociais sobre Dependência de Drogas.**

Barber (1961) e Kuhn (1962) (citados por Bauer, 1999) discutiram o problema de como novos conhecimentos sofrem resistência dentro de um círculo fechado de especialistas. Geralmente o conhecimento científico se organiza em torno de paradigmas, que constituem o foco teórico metodológico para a maioria das pessoas envolvidas. Periodicamente, esses paradigmas são questionados tanto pelo acúmulo crescente de evidência contrária, como por teorias que resistem em ajustar-se a eles. Em consequência disso, o progresso do conhecimento científico não é cumulativo; ele se movimenta através de erupções periódicas.

Um dos interesses dos estudos da TRS é a transição do conhecimento proveniente de um círculo científico restrito de especialista para territórios públicos mais amplos o que, muitas vezes envolve a transição entre o pensar com conceitos para pensar com imagens e mitos (Bauer, 1999).

Segundo Bauer (1999) o objeto de difusão se transforma nesse processo. Diferentes representações sociais do “mesmo” objeto se relacionam com as atividades do grupo e com sua segmentação cultural. A re-(a)presentação é tanto uma atividade, como um resultado, que conduz a múltiplas identidades de um mesmo objeto em contextos de pluralidade cultural.

Como as representações sociais enquanto recursos de que dispomos, para nos orientamos no mundo e sabermos como agir, influenciam o modo como pensamos e aquilo que fazemos? Como elas também tornam-se nossos limites.?

Transpondo essas questões para o problema tabagismo buscou-se através da breve análise da evolução das representações sobre drogas que se segue, tanto nos meios científicos como nos meios leigos, identificar possíveis processos de transformações sociais do

tabagismo enquanto objeto de difusão de uma nova realidade a seu respeito, considerando ser esse naturalmente o contexto onde o tabagismo vem se inserindo.

A partir dos primeiros registros do termo *addiction*, cuja tradução para o português é “devoção, inclinação, predileção, hábito e vício”, (Novo Michaelis, 1966 e 1998), sua conotação primária tem se relacionado a comportamentos individuais. Existem registros mostrando que ao longo de séculos, o termo *addicted* era usado para indicar comportamentos muito fortes, excessivos, irracionais ou compulsivos, por exemplo, “*addicted to virginity*” (1590), o que traduzido para o português, de acordo com a lógica do dicionário, poderia ser viciado(a) em virgindade, “*addicted to wine or strong drinks*” ou seja viciado(a) em vinho ou bebidas fortes ( em 1612) e “*addicted to useful reading*” ou seja viciado em leituras úteis (1771) ( Hennenfield et al, 1993).

Mesmo no século XX, o aspecto mais comum para descrever a dependência de droga continuou durante algum tempo sendo similar ao usado nos séculos anteriores, ou seja um comportamento aparentemente compulsivo de repetição, no caso a auto-administração repetida da droga. No entanto, na década de 40 e no início da década de 50, o termo “*drug addiction*” assumiu um outro significado. Ele trouxe implicações de que, após um período de uso contínuo, a privação de uma substância “*addicting*” causaria a síndrome de abstinência (WHO, 1952 citada por Hennenfield et al, 1993).

Nos anos 50, a OMS fez uma distinção entre as drogas “habitantes” (*habituating*) e as drogas “adictivas” (*addicting*). Essa distinção se baseava na existência de uma síndrome de abstinência característica após a cessação abrupta do uso da droga e na aparente força do comportamento resultante de procurar a droga. Naquela época, as dependências de droga eram amplamente consideradas como desordens de personalidade (WHO, 1952 citado por Hennenfield et al, 1993).

Em 1964, a condição de que havia necessidade de existir uma síndrome de abstinência para que uma droga fosse considerada causadora de dependência deixou de existir (WHO, 1964 citado por Hennenfield et al, 1993). Isso aconteceu porque foi observado que a força da procura pela droga durante a abstinência poderia variar, tanto em relação ao consumo de uma mesma droga, como em relação ao consumo de diferentes drogas, fazendo com que essa característica não fosse útil para diferenciar as drogas quanto as suas características de serem “adictivas” ou “habitantes”. Dessa forma, o termo *drug addiction* passou a ser usado para descrever a auto-administração compulsiva de substâncias como álcool, opiáceos, maconha, e cocaína, que alteram diretamente o comportamento, produzindo efeitos que levam a re-administração da droga.

Atualmente, a OMS define dependência de droga como um comportamento de procura pela droga psicoativa que atua no SNC, podendo ou não estar presente a tolerância e a síndrome de abstinência fisiológica (WHO 1982).

Esse breve histórico da evolução dos critérios que definem dependência de droga, teve como objetivo trazer à tona a problemática trazida pela tradução da terminologia usada para descrever a dependência e o dependente de droga para a língua portuguesa.

Embora o termo *drug dependence* seja sinônimo de *drug addiction*, o termo *dependence* é preferido pela OMS e outras instituições de saúde pública, por ter uma conotação menos anti-social do que o termo *addiction* (WHO 1982 citado por Hennenfield et al, 1993). Hennenfield (1993) faz essas ponderações para justificar porque usa o termo *drug dependence* e não *drug addiction*. Mas, o curioso é que o capítulo *Psychopharmacology of Nicotine*, onde ele faz essas ponderações está inserido no livro intitulado *Nicotine Addiction*.

No Brasil, a situação parece ser um pouco mais confusa. Hoje, o termo vício ou viciado é amplamente utilizado pela sociedade quando se refere a alguém dependente de uma droga.

Talvez um dos motivos para a ampla utilização desses termos, até mesmo entre profissionais de saúde, seja resultante de uma problemática na tradução do termo da língua inglesa para a língua portuguesa.

Dentre os significados da tradução do termo *adiction* para língua portuguesa a palavra “vício” é usada para descrever o seu sentido relacionado à dependência de droga. Por outro lado, o termo “adicação” tem sido utilizado como sinônimo de dependência a droga em textos técnicos sobre o assunto traduzidos do inglês para o português, embora ele não exista no dicionário da língua portuguesa (Marlatt, 1993).

Além disso, o termo *adicto* em versões mais antigas de dicionários de língua portuguesa (Novo Dicionário da Língua Portuguesa Aurélio, 1975; Novo Dicionário Básico da Língua Português Folha/Aurélio, 1994/95) significa “adjunto, adstrito, afeiçoado, dedicado, inclinado, dependente”, o que não traduz a realidade da dependência. Porém, em versão mais recente do dicionário da língua portuguesa Aurélio Século XXI, (1999), além dos significados anteriores, a palavra “*adicto*” ganha outro significado, “indivíduo que não consegue abandonar um hábito nocivo, mormente de álcool e drogas, por motivos fisiológicos ou psicológicos”.

Um fato bastante curioso e que poderia ser uma das explicações para o amplo uso do termo “vício” na língua portuguesa para se referir ao dependente de droga, é que apesar da existência do termo “*adicto*” em dicionários da língua portuguesa, os dicionários que traduzem o termo *addicted* para o português, não a inclui, e usa o termo “vício” para traduzi-la. Outro fato surpreendente é que embora a palavra inglesa *vice* seja traduzida para a língua portuguesa como “vício ou mal hábito, tendência habitual condenável, imoralidade, depravação”, o termo *addiction* não é empregado na língua inglesa como sinônimo de *vice*, cujo significado é: *evil conduct or indulgence in depraving practices; bad habit which makes*

*control difficult.*, ou seja, conduta demoníaca ou indulgência relacionada a práticas depravadas; mal hábito que torna o controle difícil.

Por outro lado, a palavra “vício” em todas as edições do “Aurélio” consultadas apresenta uma forte conotação pejorativa em relação ao uso de drogas, significando: “defeito grave que torna uma pessoa ou coisa inadequada para certos fins ou funções; inclinação para o mal; costume de proceder mal; desregramento habitual; conduta ou costume censurável ou condenável; libertinagem; devassidão; prática de mau hábito em especial de consumo de bebidas alcoólicas s, de drogas”. A palavra “viciado” também aparece com a mesma conotação: “que tem vício ou defeito, corrupto, impuro, falsificado; adulterado”. No Minidicionário Escolar da Língua Portuguesa Michaelis 2000, o termo vício aparece como “defeito físico ou moral; defeito que torna uma coisa ou um ato impróprio para o fim a que se destinam”.

A palavra dependência, nas versões de 75 e 94/95 do dicionário “Aurélio” não está vinculada a significados relativos à dependência de droga. Já na versão “Aurélio” 1999, além dos mesmos significados encontrados nas versões anteriores, já se observa a inserção do termo dependência de droga, que é desmembrada em dependência física e dependência psíquica. A primeira significando “cada um dos estados mórbidos em que surgem importantes alterações físicas quando é interrompido o uso de certo medicamento ou droga e que varia segundo este ou esta, com apresentação de sinais e sintomas de natureza física” ; e a última significando “cada um dos estados mórbidos em que a impressão de bem estar causada por medicamentos ou droga leva o indivíduo a tomá-la em caráter contínuo ou periódico, inclusive para evitar a sensação de mal estar que lhe causaria a privação daquele medicamento ou daquela droga”.

Um parecer do Conselho Federal de Medicina (Parecer CFM nº 29/94), coloca que o alcoolismo deve ser considerado uma enfermidade sujeita a dependência física e psíquica do

organismo do usuário, não devendo ser considerado vício (CREMERJ, 2000). Por essa ótica o mesmo deveria ser aplicado a qualquer outra droga de abuso inclusive o tabagismo

Embora possamos reconhecer um processo de mudança de paradigma na representação da dependência de droga através dessa breve análise da inserção do termo dependência na língua portuguesa, é comum vermos no Brasil tanto pessoas da população em geral como da área médica se referirem ao usuário de drogas como um viciado, e ao consumo da droga como um vício, o que também pode de certa forma ser uma manifestação de uma visão preconceituosa da problemática da dependência de droga.

Além disso, essa problemática, ao lado de outras questões como violência, estresse parece ainda não ter uma devida valorização como questões de saúde importantes. Talvez, o impacto da dependência de drogas nos sistemas sociais tenha sido um dos fatores que contribuiu para formatar a visão geral de que se trata primariamente de um problema social e não de problema de saúde, numa visão dicotômica e mecanicista, onde as questões de saúde são vistas de forma isolada das questões sociais. Por sua vez, esse fato parece ter contribuído de certa forma para que na prática médica e preventiva a questão de dependência de droga não venha sendo devidamente valorizada ao longo de anos.

Se por um lado, atualmente podemos perceber que existe uma tendência nos meios acadêmicos em se reconhecer a dependência de droga, incluindo-se aí a dependência de álcool e de nicotina, como uma doença crônica, (Mc Lellan et al, 2000; Fiore et al, 2000), na prática essa ótica ainda não é compartilhada por muitos médicos, que falham em questionar seus pacientes sobre o uso de drogas nas suas rotinas de atendimento (Mc Lellan et al, 2000). São poucas as escolas médicas e os programas de residência, até mesmo da área de psiquiatria, que inserem no seu currículo a questão da dependência de droga de forma adequada (Resnick, 1993; Mc Lellan et al, 2000).

Pesquisas entre médicos e enfermeiros mostram que a maioria acredita que não existem intervenções médicas ou de cuidados de saúde que sejam efetivas ou apropriadas para tratar a dependência. A expectativa de que a dependência de droga seja uma doença aguda curável, somada ao fato de que 40 a 60% dos pacientes tratados para dependência de álcool e de outras drogas recaem após um ano de tratamento, parecem influenciar a visão de que a dependência de droga não é uma enfermidade médica e assim não se beneficiaria dos cuidados de saúde (Mc Lellan et al, 2000).

No entanto, tudo nos faz crer que o momento atual reflete uma mudança progressiva de paradigma do olhar sobre a dependência de droga. Provavelmente essa mudança, contribui para que nas representações sociais sobre dependência de droga sejam identificadas manifestações morais negativas mescladas com a visão biomédica da dependência enquanto doença, tanto por parte da sociedade em geral como por parte de grupos sociais da área de saúde.

Marllat (1993) torna isso bem claro quando descreve os modelos de abordagem dos indivíduos que têm dependência de droga. Ao observar as diferentes formas da sociedade representar o dependente de droga, ele coloca alguns questionamentos a cerca da influência desses modelos na abordagem do indivíduo que é dependente de droga.

O autor descreve quatro grandes modelos que influenciam a forma de abordar e lidar com a pessoa que tem dependência de uma droga: o modelo moral, o modelo doença, o modelo de comportamentos adictos, como padrões de hábitos adquiridos, e o modelo compensatório.

De acordo com o modelo moral, o uso excessivo de qualquer substância (ou desempenho de qualquer atividade que leve a gratificação imediata) poderia ser visto como um problema de “controle de impulso” e o dependente como alguém a quem falta “fibra

moral” para resistir a tentação. No caso do alcoolismo, a sociedade rotulou o “bêbado” como uma pessoa a quem falta caráter, moral ou força de vontade, incapaz de resistir a tentação para ceder ao álcool.

Esta linha de pensamento culminou no “modelo moral” de “vício”, uma visão baseada na moralidade cristã. Nos Estados Unidos, a condenação moral do alcoolismo alcançou seu ápice no século XIX, com a experiência fracassada da proibição nacional do consumo de bebidas alcoólicas. Hoje, parece que assistimos um movimento similar em relação ao tabagismo, onde a condenação moral dos fumantes vem se manifestando num verdadeiro movimento de caça as bruxas, uma vez que perderam seu papel social de galã, e passaram a desempenhar o papel do politicamente incorreto, ou de pessoas egoístas, inseguras, fracas, sem caráter ou moral.

O modelo moral descrito por Marllat (1993) é ilustrado por Courtwright (1997) na análise histórica que fez sobre o processo de “moralização” do uso de drogas, onde põe em evidência os efeitos do nível socioeconômico e da etnia sobre a representação cultural do uso de droga. De acordo com esse estudo, as crenças morais e religiosas afetam a forma como as pessoas entendem o uso e o abuso de drogas, o que elas acham que deve ser feito quanto a isso e se elas próprias as usariam.

Nessa análise o autor mostra como as leis de uso de drogas (maconha, cocaína, opiáceos e alucinógenos) nos EUA se tornaram policialescas no início do século XX, e como sofreram a influência da mudança de perfil do usuário e das razões pelas quais usavam as drogas.

No final do século XIX nos EUA, de forma geral, os dependentes eram pessoas de cor branca, do sexo feminino, de classe média, e que haviam se tornado dependentes devido a problemas de saúde, como por exemplo o uso de morfina para alívio de dores em pacientes



com doenças crônicas como artrites. Paralelamente, o uso do ópio se difundia entre trabalhadores chineses, entre prostitutas e entre jogadores compulsivos. No entanto, a morfina, 10 vezes mais poderosa do que o ópio, continuou a ser vendida sem prescrição e as leis de proibição contra narcóticos passaram regular especificamente o ópio.

Outra evidência da discriminação do usuário de drogas apresentado por Courtwright (1997) está nos relatos médicos do século XIX sobre dependência. Nesses relatos os médicos geralmente consideravam de forma indulgente os dependentes por problemas de saúde, enquanto que os fumantes de ópio eram considerados como vadios e depravados, embora não houvesse nenhuma base científica para essa diferenciação, uma vez que a abstinência do ópio era sintomaticamente idêntica tanto num fumante de ópio como num dependente de morfina. Ou seja, para os médicos do século XIX assim como para os legisladores, os antecedentes morais do doente e as características pessoais dos pacientes pesavam muito. Eles possuíam uma nosologia moral que transcendiam a análise e classificação dos sintomas físicos.

Durante o período de 1909 e 1933, vários órgãos do governo federal nos EUA seguidos por legislações estaduais começaram a criar leis que tornaram extremamente difícil e em certos lugares impossível para os dependentes e usuários casuais obterem ópio, morfina, heroína ou cocaína legalmente. O resultado foi a criação de um grande mercado negro que na década de 30 se tornou importante fonte de renda para o crime organizado. No cenário social surgiu, de um lado a representação daqueles que passaram a considerar o uso de droga como um crime, defendendo punição por transgressão moral, e de outro, a representação do uso da droga como um indicador de profundas patologias sociais que necessitam de intervenções sociais.

Apesar das críticas recentes ao modelo moral da dependência, declarado por adeptos do modelo de doença, ainda existem muitos indivíduos, em nossa sociedade, inclusive no

meio médico que acreditam que a dependência de droga é o resultado de falhas morais. Hoje, ainda assistimos médicos abordarem o fumante de forma preconceituosa, escorraçando-os (termo usado por uma fumante conhecida para descrever a abordagem recebida por seu médico) ou pressionando-os como se deixar de fumar fosse apenas uma questão de “vergonha na cara”.

O segundo modelo apresentado por Marlatt (1993) é modelo bio-médico, o oposto do modelo moral. Nesse modelo, os comportamentos dependentes de droga estão baseados em uma dependência física subjacente, e a atenção é focalizada sobre fatores fisiológicos predisponentes, geneticamente transmitidos, como a causa subjacente da dependência. Dessa forma, nem a doença nem o tratamento são responsabilidade da pessoa. A vantagem desse modelo é que ele permite a pessoa pedir e aceitar auxílio sem ser culpada por sua “fraqueza”.

Atualmente nos meios bio-médicos, esse é o modelo que cada vez mais ganha espaço. Hoje, proliferam as pesquisas mostrando que além das escolhas pessoais e de fatores ambientais, fatores genéticos têm influencia importante na etiologia e no curso desse grupo de doenças ( Mc Lellan, et al., 2000; Heath et al., 2000; Merikangas, 2000). Segundo esse modelo, a dependência produz alterações significativas e duradouras na química e no funcionamento cerebral. Isso tem levado a grande procura por medicações para tratar essas dependências especialmente a de nicotina e a de álcool, e a se defender que a dependência de droga deve ter cobertura por planos de saúde, ser tratada e avaliada como outras doenças crônicas (Mc Lellan, et al., 2000).

De acordo com Marlatt (1993), o modelo doença pode ser efetivo, na medida em que convence o usuário de droga de que ele está sofrendo de uma doença médica reconhecida, e não mais é capaz de usar a droga sem perder o controle. Por outro lado, uma das deficiências desse modelo é que ao isentar a pessoa dependente de sua responsabilidade pessoal, no que

tange ao seu comportamento problema, torna-a mais propensa a assumir um papel passivo, pois pode enxergar o retorno ao consumo da droga apenas como um sintoma de sua doença (Marlatt, 1993).

Outra deficiência desse modelo é que alimenta o papel de forças externas no processo de mudança de hábitos. Ou seja, os adeptos desse modelo confiam no tratamento externamente aplicado (por exemplo, hipnose ou terapia de aversão, medicamentos) como essenciais para a recuperação. No entanto, uma vez finalizado o tratamento, ou o que o indivíduo percebe como o “desaparecimento” de seus benefícios, a recaída pode ser iminente e não pode ser “controlada” pelo exercício dos recursos próprios do indivíduo (Marlatt, 1993).

O terceiro modelo, o modelo de comportamento adicto é derivado dos princípios da teoria do aprendizado social, psicologia cognitiva e psicologia social experimental, cujas pesquisas demonstram que fatores cognitivos e ambientais como contexto e ambiente exercem uma maior influência na determinação dos efeitos da droga, do que os efeitos farmacológicos ou físicos da própria droga (Marlatt, 1993). A principal implicação destas pesquisas é que processos cognitivos como expectativa e atribuição são aprendidos e portanto estão mais propensos a modificação e a mudança do que processos fisiológicos relativamente fixos.

A partir de uma perspectiva de aprendizado social, os comportamentos adictos representam uma categoria de “maus hábitos”, incluindo comportamentos tais como beber-problema, tabagismo, abuso de substâncias psicoativas, ingestão excessiva de alimentos, jogo compulsivo e outros. Consistem de padrões de hábitos hiperaprendidos e mal-adaptativos que em geral são seguidos de alguma forma de gratificação imediata (o estado de prazer máximo ou redução da tensão ou excitação). Quando essas situações são realizadas durante ou antes de situações estressantes ou desagradáveis, elas representam mecanismos de enfrentamento mal

adaptativos. Os comportamentos adictos são mal-adaptativos à medida que levam à conseqüências negativas para a saúde, para auto-estima, e assim para a inserção do indivíduo na sociedade, e podem ser analisados e modificados do mesmo modo que outros hábitos (Marlatt, 1993).

De acordo com esse modelo, o desempenho desses comportamentos, por si só, não é necessariamente mal adaptativo, desde que o indivíduo engaje-se nele de forma ocasional com moderação e prefira fazer isto com plena consciência das conseqüências em longo prazo. O uso moderado de certas drogas, por exemplo, pode ser aceitável desde que o comportamento não se torne um hábito ou um ciclo de comportamento adicto ( Marlatt, 1993). No entanto, surge uma questão. Em que medida esse ângulo de visão do modelo de comportamento adicto é aplicável às dependências de drogas? Se considerarmos o atual conhecimento de que alguns indivíduos são geneticamente mais suscetíveis a se tornarem dependentes de determinadas drogas, esse ângulo de visão do modelo mostra-se um tanto perigoso, uma vez que muitas pessoas caem no ciclo da dependência de droga por acreditarem que poderão controlar o seu uso e que poderá deixar de usá-la quando quiser.

Em uma análise de 311 episódios iniciais de recaída entre pessoas com uma variedade de comportamentos problemáticos (ingestão alcoólica, tabagismo, heroína, jogo compulsivo, etc) Marlatt (1993) identifica três situações primárias de alto risco associadas com quase 75% de todas as recaídas relatadas, todas relacionadas a mecanismos de enfrentamento maladaptativo: 1) estados emocionais negativos (35% de todas as recaídas na amostra), ou seja, situações nas quais o indivíduo estava passando por um estado emocional, humor ou sentimento negativo como frustração, raiva, ansiedade, depressão, tédio; 2) conflito interpessoal (16% das recaídas), ou seja, situações envolvendo um conflito associado com qualquer relacionamento interpessoal, como casamento, amizade, relações empregador-

empregado, discussões e confrontações interpessoais; 3) pressão social (20% das recaídas), ou seja, situações nas quais o indivíduo está respondendo à influência de uma outra pessoa ou grupo de pessoas, que exercem pressão para que ele se engaje no comportamento problema (Marlatt, 1993)

O modelo final apresentado por Marlatt (1993) é o modelo compensatório, no qual as pessoas não são consideradas responsáveis pelo desenvolvimento dos problemas, mas são capazes de compensar suas dificuldades, assumindo responsabilidades pela mudança no comportamento – mesmo em face de revezes ou recaída aparentes. Na abordagem de acordo com esse modelo, a pessoa torna-se um agente de mudança e ao mesmo tempo evita tanto a culpa associada com o modelo moral, quanto a impotência e a perda de controle associados com o modelo da doença.

Considerando apenas os fatores condicionantes da procura pela droga, um indivíduo que adquire um hábito adicto não pode ser considerado mais “responsável” por este comportamento, do que os cães de Pavlov seriam por salivarem ao som de uma campainha. Além dos fatores de condicionamento clássico o uso de drogas por humanos também é determinado em grande parte por expectativas e crenças adquiridas sobre as drogas como um antídoto para o estresse e a ansiedade, e como um passaporte para sucesso, a felicidade, a beleza, no caso específico do tabagismo, onde essas crenças são estimulada através da publicidade. Nesse contexto, os fatores de aprendizado social e de modelagem (aprendizado por observação muito usado no cinema para ensinar as pessoas a fumarem) também exercem uma forte influência, assim como os modelos de comportamento na família e grupos de amigos.

Enfim, como podemos perceber as representações sobre dependência de droga, onde hoje o tabagismo é incluído, assim como as estratégias para aborda-la são múltiplas, o que

representa ainda um campo aberto, e sujeito a muitas mudanças, inovações e sobretudo a preconceitos e juízos de valor, o que provavelmente representa um fator dificultador para a abordagem desses problemas na área de saúde.

### **A Evolução das Representações Sociais do Tabagismo.**

Ao analisar a influência da divulgação de dados epidemiológicos nas políticas públicas e na atitude pública em relação à informação para promoção da saúde, Katz (1997) chama a atenção para a emergência de um novo tipo de moralidade, a moralidade secular pública (o termo *secular morality* usado pelo autor se relaciona a uma moralidade leiga, ou seja, não vinculada a religiosidade). Esse novo tipo de moralidade é ligado ao movimento de bem estar e saúde, onde um amplo segmento da população acredita que comportamentos podem ser mudados para se obter os benefícios de uma vida mais saudável. Essa crença é reforçada por dados estatísticos que mostram significativas reduções na mortalidade por doenças cardiovasculares, resultantes da detecção precoce da hipertensão, de mudanças dos hábitos alimentares, da adoção da prática de exercícios físicos e da redução do tabagismo.

O autor considera que esse movimento ligado à saúde compete com os movimentos religiosos, ao considerar que a qualidade de vida não seria necessariamente resultante de moralidade religiosa, mas de uma nova crença em um novo mito: saúde e bem estar.

O autor utiliza o tabagismo como estudo de caso para analisar a emergência dessa nova moralidade. Ele analisa a radical transformação de atitudes e práticas relacionadas ao tabagismo sob influência de diversos fatos sociais. Assim, essas transformações são analisadas considerando a forte influência que as divulgações formais feitas pelo *Surgeon General* dos Estados Unidos em 1964 sobre o tabagismo como fator de adoecimento e mortes

entre fumantes, e principalmente a divulgação feita em 1986 sobre evidências epidemiológicas de que o tabagismo também é prejudicial à não fumantes que compartilham o mesmo ambiente que fumantes. O autor enfatiza principalmente a grande influência resultante da divulgação sobre os riscos do tabagismo passivo, dando um maior impulso a transformação da representação do tabagismo, o qual deixou de ser apenas um incômodo para não fumantes, tornando-se também uma ameaça para a saúde destes.

O estudo mostra como surge uma reação em cadeia a essas divulgações criando um contexto de moralidade secular que se expressa através da formação de grupos sociais de defesa de saúde para combater o tabagismo, leis para controlar o tabagismo especialmente relacionadas à restrição ao consumo de derivados de tabaco fumígenos em ambientes fechados, e uma grande mobilização da mídia na divulgação dessas informações para a sociedade. Por outro lado, são organizados grupos sociais contrários às restrições ao tabagismo, como os grupos de defesa dos direitos dos fumantes, e os grupos que se beneficiam economicamente do consumo de tabaco como as indústrias fumageiras e outros grupos.

Nessa análise, o autor mostra como o elemento moral na resposta social ao tabagismo surge como resposta à evidência de que o mesmo é prejudicial aos inocentes e que esse dano traz riscos de vida. Sob essas circunstâncias passou a ser justificável tanto considerar imoral o fumar em ambientes públicos, como dar apoio a fortes sanções legais para regular o seu uso em áreas onde esse comportamento pode ser lesivo para terceiros. O lado moral do argumento não apenas forneceu meios legais para a regulamentação do comportamento, como também permitiu que fortes sanções sociais fossem instituídas, fazendo o fumante sentir que está prejudicando outras pessoas com o seu comportamento. Esse fato tende a remover um dos

prazeres primários de fumar que é o de compartilhar a presença de outros fumantes, e assim ser um fator de forte influência na decisão de parar de fumar para alguns fumantes.

Considerando os riscos de fumar e o grande investimento emocional no nível social e individual envolvidos nos movimentos de saúde e bem estar, não é surpresa o fortalecimento dos não fumantes, e a forte opinião pública contrária ao tabagismo.

De acordo com Katz (1997) o impacto da nova moralidade secular na redução do tabagismo é enorme, porém suscita muita polêmica. Contrária a perspectiva de saúde pública surgem argumentos de que restrições ao comportamento de fumar podem trazer um elevado custo para a sociedade uma vez que limita nossa tradicional liberdade de escolha. Sob essa ótica, seriam consideradas medidas Draconianas, as regras que impõem mudanças de comportamento aos fumantes, comportamentos esses que lhes propiciam conforto e relaxamento e representando portanto, uma importante invasão de privacidade, particularmente em ambientes onde os efeitos do tabagismo não prejudicam terceiros.

Cabe aqui uma ponderação nossa enquanto profissional da área de saúde pública, que tem assistido pelos bastidores todas as argumentações e tentativas para reduzir a velocidade da transformação negativa das representações sociais do tabagismo. O argumento da “liberdade”, quer seja sob o rótulo de “liberdade de escolha” na pretensa defesa dos direitos dos fumantes, ou o argumento de “liberdade de expressão” na tentativa de impedir restrições a publicidade dos derivados do tabaco, têm sido bastante explorados pelos grupos que compartilham interesses econômicos contrários ao controle do tabagismo.

Seria liberdade de escolha o argumento mais adequado quando se trata de uma dependência, que se inicia na infância ou adolescência? Até que ponto a liberdade de usar ou não uma droga é plena para um dependente de droga?



Por outro lado, o autor também levanta outra questão, os fumantes que decidem deixar de fumar, querem realmente deixar de fumar? A saúde pública defende que se o fumante deseja deixar de fumar e não pode, principalmente devido à dependência de nicotina, é moralmente apropriado assisti-los na cessação.

Mas, e o fumante que não quer deixar de fumar de fato? Nessa circunstância, o autor pondera sobre as fortes restrições para os fumantes como ter que ir fumar na rua, e alerta para o risco da moralidade secular se transformar em moralismo secular.

Nesse ponto abrimos espaço para uma nova reflexão. Hoje temos notícia de que em alguns países, principalmente Estados Unidos, existem restrições tão rigorosas ao consumo de derivados de tabaco fumígenos, que o fumante é obrigado a fumar na rua, mesmo em época de bastante frio.

Cabe aqui outra questão, que vem sendo debatida por nós, envolvendo a utilização ou não de espaços reservados para fumar, dentro dos ambientes de trabalho, e a utilização de outros recursos como a reposição de nicotina para os grandes dependentes, durante situações em que estão impedidos de fumar.

Como já falamos no capítulo anterior, alguns fumantes deixam de fumar, sem problemas maiores, outros têm extrema dificuldade. De acordo com estudo de Pomerleau (1997), o tabagismo não tem mais uma distribuição randômica na população geral, pois a medida em que os fumantes vão deixando de fumar, a sua prevalência vem se concentrando de forma progressiva nesses vários grupos de risco. Esses grupos são freqüentemente constituídos por indivíduos provenientes de grupos socioeconômicos mais baixos, com níveis elevados de dependência de nicotina, para os quais a nicotina age como uma forma de auto-medicação para lidar com os déficits afetivos e comportamentais, e comorbidades psiquiátricas. Esse autor revisou as evidências sugerindo associações entre tabagismo na idade adulta e distúrbios

mentais como depressão, déficit de atenção por hiperatividade, distúrbios de ansiedade e bulimia. Uma hipótese que surgiu dessa revisão é que os indivíduos com esses distúrbios podem apresentar uma sensibilidade inata aos efeitos farmacológicos da nicotina maior do que os que não os apresentam, o que muitas vezes torna a cessação de fumar extremamente difícil.

Considerando que o tabagismo hoje é representado como uma dependência, uma doença crônica, qual seria, sob a ótica da saúde pública, a forma mais adequada de regular o comportamento de fumar em ambientes fechados, principalmente nos ambientes de trabalho, onde as pessoas passam a maior parte do seu tempo, e lidam com situações bastante estressantes? Como conduzir a questão para os fumantes que mesmo querendo deixar de fumar e tendo feito diversas tentativas não conseguem, estando incluído nesse grupo os que têm um elevado grau de dependência física e os que desenvolvem ou agravam comorbidades psiquiátricas como a depressão?

No Brasil, as manifestações da mobilização social contra o tabagismo são evidentes, e se manifestam com frequência cada vez maior na mídia.

O escritor fumante João Ubaldo Ribeiro em uma de suas crônicas intitulada “Reacionários do mundo, uni-vos” (Jornal O Globo 8 de outubro de 2000), faz uma desabafo contra a pressão que vem sendo submetido enquanto fumante :

..”...Chega de acessos de tosse paroxísitcos quando do outro lado da rua, algum antitabagista nos vê fumando”.

Outro exemplo de reação pública ao tabagismo no Brasil é ilustrada nas manifestações dos leitores da revista “Isto É” na seção de cartas em números subseqüentes ao nº 1636 da revista de 2001, onde foi publicada uma reportagem sobretabagismo intitulada “Puro Prazer”:

“É impressionante! Os fumantes se rebelando contra os não fumantes e ainda rotulando-os de tabachatos. Só mesmo na cabeça de pessoas que não demonstram o mínimo de amor e educação em relação ao próximo. A força do vício é muito forte e é difícil parar de fumar. Mas é preciso entender que a vida não é feita só de prazeres e que precisamos renunciar a alguns deles em prol da sociedade em que estamos inseridos” .( Isto É - Seção Cartas, no 1639 de 2001).

“ Acredito que em uma era onde inúmeras pessoas morrem ou sofrem de graves doenças decorrentes do uso do cigarro não se pode falar em prazer de fumar. Que prazer? O de sofrer de um enfisema pulmonar? O de desenvolver um câncer? Fiquei extremamente indignada ao saber que pessoas que querem proteger suas vidas e as de amigos e parentes sejam consideradas tabachatas. Se os fumantes acabassem somente com suas vidas tudo bem! Mas e sua famílias, filhos amigos e tabachatos em geral.... Que delícia é essa que vicia e mata?” .( Isto É - Seção Cartas, no 1637 de 2001).

“ Sou ex-fumante, mais insuportável do que alguém que nunca tenha fumado. Paulistana, moro na cidade do Porto, em Portugal, há quase um ano. E é impressionante como os portugueses ( e quase a Europa toda) adoram fumar. Embora aqui não haja propaganda de cigarros nas ruas, tevê e revistas, eles fumam enquanto comem, nos elevadores ... em qualquer lugar. Não há campanha antitabagista por aqui. Não aceito isso e já tive sérios problemas com esses mal educados... ( Isto É - Seção Cartas, no 1637 de 2001).

“Sou médico psiquiatra de 48 anos de idade, até exato 40 dias atrás eu era um fumante inveterado. Comecei a fumar há 35 anos e estava absolutamente convencido de que os patrulheiros da fumaça venceriam. E venceram. ... E eu que não tinha sintoma nenhum recebo a feliz notícia de que a principal das minhas coronárias estava com 95% de obstrução. Eu ainda quis argumentar.... mas não houve jeito... e hoje tenho duas belas pontes ... que me coloca no seletto grupo dos safenados. De todas as restrições a única que nenhum médico perdoa é a do cigarro. A cada dia fico mais revoltado com esta campanha que não leva em consideração a brutal perda que significa deixar este vício/hábito. Particularmente minha. geração bombardeada com todo o glamour do cigarro que a reportagem aponta....” ( Isto É - Seção Cartas, no 1637 de 2001).

Considerando que a difusão do comportamento de fumar como algo nocivo que prejudica inclusive os que não fumam vem contribuindo para tornar o fumante *persona non grata* na sociedade, pode-se esperar que também impregne o imaginário e a estrutura psíquica do médico, que embora reconhecendo que é seu papel ajudar um fumante a deixar de fumar, muitas vezes mantém uma relação de culpabilização e de pressão moral sobre seus pacientes fumantes.

Para o programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar, que tem como um dos alvos o profissional médico, é importante identificar o que pensa e como age o médico diante de um paciente fumante, se representa o tabagismo sob a ótica do modelo moral, para que se possa inserir na metodologia de capacitação formas de trabalhar entre profissionais de saúde a necessidade de manterem uma postura neutra, sem julgamentos de valor moral para com o fumante.

### **A Metodologia nos Estudos das Representações Sociais.**

A pesquisa qualitativa envolvida no presente estudo foi analisada sob a ótica da Teoria das Representações Sociais (TRS). Em função das mudanças nas representações sociais do tabagismo nas últimas décadas, essa teoria pareceu ser a mais adequada para conhecer como os médicos elaboram o seu conhecimento, atuam ou pretendem atuar em relação ao tabagismo e ao fumante na sua prática, buscando identificar nesse discurso possíveis interações entre elaborações que circulam no imaginário social, e elaborações que circulam no meio científico

Por serem formadores de opinião, e por estarem em maior contato com os fumantes nas suas rotinas de trabalho espera-se que os médicos estejam preparados para ajudá-los a

deixar de fumar. E isso não significa apenas conhecer os males do tabagismo e as melhores técnicas de abordagem do fumante, é preciso que estejam preparados para abordarem o fumante com empatia e de forma acolhedora.

Portanto, através da fase qualitativa da pesquisa procurou-se identificar como os médicos representam o fumante, e o seu próprio papel na ajuda ao fumante. Também se buscou identificar a existência de representações que pudessem dificultar o acolhimento que o fumante espera do profissional que se propõe a ajudá-lo a deixar de fumar.

Spink (1999) discute a respeito dos métodos de estudo das representações sociais, apresentando duas perspectivas de estudos: uma que envolve uma abordagem maior, de muitos, através da linguagem numérica, onde se procura entender a diversidade, e uma outra abordagem, que é o estudo de casos únicos para abordar os mecanismos cognitivos e afetivos envolvidos na elaboração das representações.

A autora mostra as vantagens e desvantagens das duas formas de abordagem analítica. Na abordagem numérica onde importa o número dos sujeitos necessários para efetuar as operações estatísticas, a transformação através da utilização de programas de análise multifatorial freqüentemente oblitera a lógica da construção da representação social, embora por outro lado permite dar uma maior visibilidade do consenso e da diversidade relacionados ao tema em estudo, através da agregação de casos. Na segunda forma de abordar, o estudo de casos únicos por um lado preserva a lógica intrínseca da construção da representação, mas não permite a visão do conjunto.

Por fim, a autora aponta a triangulação metodológica, não só como uma estratégia de validação, mas também como estratégia de enriquecimento, onde a multiplicidade de métodos permite uma compreensão mais ampla do fenômeno estudado.

Para o estudo das representações sociais, segundo a autora, se faz necessária a coleta de dados através de entrevistas semi-estruturadas associadas a levantamentos paralelos sobre o contexto social e sobre os conteúdos históricos que informam o indivíduo enquanto sujeitos sociais.

Embora nas ciências sociais haja uma tendência a uma maior valorização da entrevista não diretiva (Michellat, 1982; Thiollent, 1982), por permitir a obtenção de uma maior riqueza de informações e detalhes sutis, segundo Spink (1999) os estudos que buscam entender as representações sociais na perspectivas dos grupos, buscando aí tanto a diversidade como o que há de comum e compartilhado, têm utilizado formas de coletas de dados mais estruturadas, especialmente os questionários (auto-aplicados ou utilizados como roteiro de entrevista) com perguntas abertas. A estrutura da representação social é neste caso fruto da somatória da análise de associação de idéias de várias perguntas.

Spink (1999) apresenta uma sistematização do trabalho de interpretação envolvido na análise do discurso:

1. Transcrição da entrevista
2. Leitura flutuante do material coletado, no caso de entrevistas gravadas, intercalando a escuta do material gravado com a leitura do material transcrito, para permitir que os temas aflorem, e para que se possa perceber a construção, a retórica e a emergência das manifestações afetivas. Nessa fase é importante está atento para as características do discurso:
  - a. Variação, ou seja, as contradições, ambivalências que se manifestam no discurso, que de certa forma indicam a direção do discurso em relação a atitude/comportamento.

- b. Os detalhes sutis – silêncios, hesitações, lapsos, que podem ser considerados indícios de manifestações afetivas
- c. A retórica, ou a organização do discurso, na sua forma de argumentar contra ou a favor a determinado fato ou tema

3. Retornar aos objetivos da pesquisa e definir de forma mais clara as dimensões internas da representação, uma vez que os discursos são complexos e muitas vezes estão presentes múltiplos aspectos relacionados ao tema. A autora usa como exemplo o caso da AIDS onde há uma superposição da sua representação enquanto saúde/doença e sexualidade. Nessa etapa é importante definir o que é figura e o que é fundo. O mapeamento do discurso deve portanto ser feito a partir das dimensões internas da representação, seus elementos na dimensão cognitiva, a prática do cotidiano e o investimento afetivo.

4. Construir os mapas respeitando a ordem do discurso para essas dimensões. Esses mapas permitem a associação das idéias entre as diferentes dimensões.

5. Por fim, transpor essas associações para um gráfico, demarcando as relações entre elementos cognitivos, as práticas e os investimentos afetivos.

Segundo Jodelet (1989) (citada por Spink,1999), as representações sociais devem ser estudadas “articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm”.

No presente estudo serão utilizadas como dimensões analíticas os modelos de abordagem dependência de droga (Marlatt, 1993), onde se inserem os modelos de abordagem do fumante, a abordagem do tema pela medicina, e os investimentos afetivos do médico em relação ao tabagismo/ fumante e ao seu papel na cessação de fumar.

De uma forma aproximada da abordagem de Moscovici (1976) seu estudo *La Psychanalyse: Son image et son public*, e da abordagem feita por Joffe (1999) no seu estudo sobre a AIDS, foi escolhido para o presente estudo a técnica de questionário semiestruturado para analisar o discurso médico a respeito do tabagismo, assim como a análise do conteúdo das informações que circulam em livros de clínica médica, embora de uma forma bem mais restrita em função do limite de tempo para cumprir o cronograma do mestrado.

O significado das representações sociais é determinado pelo contexto da linguagem, pelo contexto onde o discurso é produzido e pelo seu campo social. O contexto seria a justaposição de dois textos: o texto histórico e social que se relaciona às construções sociais que influenciam a nossa subjetividade; e o texto discurso, versões funcionais constituintes de nossas relações sociais. Estes conteúdos que circulam na sociedade podem ter sua origem tanto em produções culturais mais remotas constituintes do imaginário social, quanto em produções locais e atuais (Spink, 1999).

Segundo Moscovici (1976) a transição do conhecimento proveniente de um círculo científico restrito de especialistas para territórios públicos mais amplos é muitas vezes a mesma transição entre o pensar com conceitos para o pensar com imagens e mitos. No que se refere ao tabagismo, estamos buscando entender um processo inverso, já que há uma mudança progressiva nas representações do tabagismo tanto nos meios médicos como no senso comum. Até bem pouco tempo, o tabagismo era visto no senso comum como opção comportamental, um estilo de vida, que posteriormente veio a se configurar como fator de risco de outras doenças graves.

No círculo científico, o tabagismo vem passando por transformações onde num primeiro estágio deixou de ser apenas um estilo de vida, ganhando o *status* de fator de risco, com a divulgação do primeiro relatório sobre os riscos do tabagismo pelo *Surgeon General*



dos Estados Unidos em 1964. Mais recentemente, com a publicação do relatório do *Surgeon General* dos Estados Unidos em 1988 reconhecendo a capacidade da nicotina causar dependência, o tabagismo ganhou um novo *status*, o de uma doença, uma dependência de droga. Paralelamente, os próprios conceitos, representações e enfoques práticos relacionados a questão da dependência de drogas passaram por transformações históricas, quando o tabagismo ainda não fazia parte desse universo.

No senso comum, sob a influência da divulgação dos efeitos do tabagismo para a saúde do fumante e posteriormente dos efeitos do tabagismo passivo para a saúde do não fumante, a sua representação vem sendo transformada numa agressão aos expostos involuntariamente, além de uma “imoralidade”, uma “fraqueza”.

Nesse contexto, o fumante passa ser visto como um “fraco” que devido a sua falta de “força de vontade” agride inocentes com a fumaça de seus cigarros. Considerando essa complexa evolução do tabagismo, até que ponto o pensar médico sobre o tabagismo é representado por essas imagens do senso comum e até que ponto o pensar médico é representado por conceitos que circulam no meio científico?

### **As Técnicas de Análise de Conteúdo do Material Discursivo como Estratégias para Estudo das Representações Sociais.**

Várias técnicas podem ser usadas para o estudo da construção das representações sociais. Em seu estudo *La Psychanalyse: Son image et son public*, Moscovici utilizou simultaneamente técnicas quantitativas e qualitativas, envolvendo pesquisas com entrevista livre e questionários, além de analisar artigos e jornais da época.

Joffe (1999) em seu estudo sobre representações sociais transculturais da AIDS utilizou a análise de conteúdo qualitativa de entrevistas semi-estruturadas entre jovens sul-africanos e britânicos, e a análise de conteúdo das campanhas oficiais contra a AIDS dos governos da África do Sul e da Grã Bretanha. Para a pesquisadora a escolha de um método multifacetado se liga ao pressuposto de que as representações sociais estão imbricadas na interação entre o pensamento popular e o contexto social em que esse pensamento acontece.

Segundo Rondelli, (1995) o corpo, e o processo saúde-doença são objetos de construção social ou de representações sociais coletivas partilhadas e comungadas por indivíduos. Essas representações por sua vez são difundidas através de diferentes meios e diferentes discursos, envolvendo uma variação de investimentos discursivos para explicar, vivenciar e entender a gênese do processo saúde-doença, assim como para abordá-lo e propor medidas para intervir sobre o mesmo.

Considerando que a linguagem constitui o núcleo central da comunicação e que se pode através dela esclarecer o sentido de contextos simbólicos, o discurso dos médicos e a evolução histórica de como o tabagismo tem sido focado em livros médicos foram escolhidas como as duas dimensões para se estudar as representações sociais do tabagismo entre médicos.

No entanto, reconhecemos que para a obtenção de uma visão mais abrangente de todo o contexto histórico e social das representações do tabagismo no meio médico teria sido mais rica se também tivéssemos desenvolvido paralelamente um estudo sobre as representações sociais circulantes na dimensão midiática e no senso comum, o que não foi possível em função do tempo disponível para o trabalho de campo.

Segundo Orlandi (1988) a produção do discurso sofre influências do contexto histórico, social, ideológico, da situação, dos interlocutores e do objeto do discurso. Dessa forma o

discurso não é a expressão pura de quem fala, pois ele representa o contexto social onde está inserido, ou seja, ele representa a sociedade que o produz e o lugar social dos atores que o reproduz. Também expressa a dimensão ideológica (Pecheaux; 1990).

Para Chauí (1990) a ideologia é um corpo sistemático de representações e de normas que nos “ensinam” a conhecer e a agir e o discurso ideológico é aquele que pretende anular a diferença entre o pensar, o dizer e o ser ou seja unificar pensamento, linguagem e realidade visando identificar todos os sujeitos sociais com uma imagem particular universalizada isto é a imagem da classe dominante. Nesse contexto insere-se o que Chauí identifica como discurso competente. Ou seja o discurso no qual a linguagem sofre uma restrição, onde : “não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância”. Sob essa ótica, o discurso científico insere-se como um dos discursos competentes que circulam no mundo. A condição para o prestígio e para a eficácia do discurso competente enquanto discurso do conhecimento, depende da existência do “sujeito que sabe” e “o que não sabe” ( Chauí, 1990).

Os discursos derivados dos discursos competentes são aqueles que ensinam a cada um como se relacionar com o mundo e com os demais homens. O homem passa a relacionar-se com seu trabalho pela mediação do discurso da tecnologia, a relacionar-se com o desejo pela mediação do discurso da sexologia, a relacionar-se com a alimentação pela mediação do discurso dietético, a relacionar-se com a criança por meio do discurso pedagógico, com a natureza pela mediação do discurso ecológico (Chauí, 1990). Nessa categoria estão os discursos competentes do círculo científico apropriados e transformados pelo senso comum.

Para Boltanski (1989) parte do discurso do senso comum se origina do conhecimento científico, sendo portanto desprovido de autonomia, constituído de fragmentos, palavras mal entendidas e frases em pedaços, apropriadas do discurso médico.

É o que Rondelli (1995) também traz para discussão no seu estudo sobre mídia e saúde ao mostrar que o discurso do senso comum não é constituído só a partir do discurso do médico, mas é uma composição de vários discursos sobre saúde, postos em circulação pela mídia, na qual existe uma sobreposição dos discursos que se expressam nos vários tipos de publicações, especializadas ou não.

A autora categoriza essas publicações em várias dimensões: 1. publicações científicas da área médica e similares, altamente especializadas, cujo grau de linguagem veda o acesso aos leigos, e que dentro do próprio meio acadêmico podem ter graus variados de prestígio conforme sejam veiculadoras de pesquisas de ponta por autores renomados nas suas diversas áreas; 2. publicações de divulgação, não acadêmicas, do campo da saúde, que circulam mais amplamente entre os vários especialistas da área; 3. livros e revistas escritos ou supervisionados por profissionais de saúde e dirigidos ao público leigo e bastante amplo, vendidos em livrarias ou bancas de jornais; publicações produzidas por jornalistas a partir de consultas em fontes especializadas, que traduzem para o grande público leitor as mais diversas informações sobre a saúde; 4. os editoriais de ciência publicados nos jornais diários ou nas revistas semanais, que se apropriam da saúde como tema de notícias e matérias sobre as últimas descobertas científicas; 5. a pauta cotidiana das demais editorias dos jornais que se apropria de fatos ou episódios de saúde classificados como notícias pelos aspectos inusitados, de anormalidade ou de interesse coletivo; as cartas de leitores indagando sobre seus problemas de saúde; o aproveitamento de alguns episódios como acidente ou morte de pessoa famosa para falar sobre a doença dentre outros.

Rondelli (1995) ainda mostra que o nível de complexidade das elaborações discursivas sobre o corpo, saúde e doença depende do “repertório” que se tem para descrevê-lo, que por sua vez está fortemente ligado à cultura. Nesse processo a autora identifica vários níveis

discursivos: 1. o da medicina como discurso lógico, racional, científico, cujos lugares de realização são as pesquisas divulgadas em congressos, encontros ou eventos afins; 2. o dos médicos e o de outros profissionais de saúde, ou seja o discurso de uma “comunidade da saúde”, elaborado a partir da rotina de trabalho cotidiana; 3. o das interpretações, leituras e dos usos e não usos que os pacientes fazem dos diagnósticos e das prescrições médicas, mescladas com noções herdadas do senso comum; 4. o do público leigo que se depara sobretudo com o cruzamento e a interposição de várias lógicas de linguagem e que a partir deste verdadeiro caleidoscópio formado por discursos de origens múltiplas, elabora suas próprias conclusões – cientificamente corretas ou não – reconhece-as como verossímeis e dignas de crédito, validando-as como guias de comportamento, que podem até ser incoerentes, por operarem com lógicas distintas ou mesmo que se defrontam; 4. o dos meios de comunicação.

Nessa complexa rede de níveis de influência discursiva, Camargo Jr (1995) reforça essa idéia ao colocar que a formulação das concepções populares acerca da saúde e da doença está muito mais sujeita ao impacto dos meios de comunicação de massa – em especial a televisão – do que qualquer outra fonte. Para o autor isto é tão verdadeiro para a população em geral como para os próprios médicos. Ele exemplifica essa afirmativa com o fato de que a evolução da informação sobre a AIDS no Brasil, antes de se tornar um fato epidemiológico, já tinha se tornado um fato midiático, o que teve um papel marcante na formação das concepções dos próprios médicos quanto à doença. Além disso, mesmo quando se pode dispor de conhecimentos mais sólidos do que os veiculados pela imprensa, várias idéias persistiram no imaginário de muitos médicos como, por exemplo, a forte ligação ainda persistente entre homossexualidade e AIDS.

O autor sugere que um dos mais importantes fatores para essa dinâmica se deve ao fato de que o processo do conhecimento científico entre médicos é bastante fragmentado,

principalmente porque a formação médica tem como base mais forte a reprodução de técnicas do que a produção de conhecimento. Para ele, essa dinâmica é alimentada pelo fato de que gerações de acadêmicos de medicina têm seu repertório terapêutico moldado por representantes de indústrias farmacêuticas.

Diante desse cenário, fica evidente que na presente pesquisa a análise do discurso dos médicos se configura como uma importante abordagem para apreender como se comportariam diante de um fumante, como o abordariam, se assumiria uma atitude moralista, de acusação e cobrança, ou se assumiria uma atitude técnica neutra, ou compreensiva, de empatia e solidariedade. Como o contexto acadêmico e o contexto mais amplo do senso comum estariam influenciando as atitudes e o comportamento do médico em relação ao tabagismo e a abordagem do fumante? Para isso um das principais estratégias é procurar captar as manifestações da dimensão cognitiva, prática e afetiva no discurso do médico e assim como no discurso do círculo acadêmico.

Segundo Michelat (1982) o que é da ordem afetiva é mais profundo, mais significativo e mais determinante dos comportamentos do que aquilo que é apenas intelectualizado. Ou seja, o que não é assumido afetivamente pela personalidade tem apenas uma significação fraca e uma relação reduzida com os comportamentos do indivíduo. Dessa forma procurou-se no discurso dos médicos identificar manifestações emocionais a respeito do tabagismo que pudessem interferir negativamente ou positivamente com a esperada abordagem do fumante.

Durante entrevistas é de se esperar que os atores sociais procurem diversos meios para expressar suas experiências vividas. A linguagem conotativa assume aí um papel fundamental pois, ao por em relação sentidos explícitos e implícitos, permite aos indivíduos, até certo ponto, transmitir valores sociais, afetivos como sofrimento, aflição, preconceitos, para cuja

expressão a linguagem denotativa torna-se muitas vezes inadequada. (Alves & Rabelo, 1995; Cereja & Magalhães, 2000)

Alves & Rabelo (1995) chamam a atenção para a utilização de metáforas enquanto elementos chave da linguagem conotativa, o que permite do ponto de vista antropológico compreender os processos pelos quais os indivíduos representam e explicam suas experiências. Segundo os autores a metáfora expressa uma “imagem mental”, que traz significação emocional, pois está carregada de sensações e vivências e tem raízes afetivas e a relação entre seus termos expressa fundamentalmente um conteúdo emotivo.

O tratamento do material discursivo pode ser feito através de 3 linhas metodológicas: a análise de conteúdo, a análise de discurso e a hermenêutica dialética.

Teceremos aqui algumas considerações a respeito da análise de conteúdo, técnica utilizada para o tratamento do material discursivo da presente pesquisa.

Segundo Bardin (1977) “a análise de conteúdo poderia ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”. Para a autora, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. É um instrumento marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

Bardin (1977) faz uma interessante distinção entre a análise de conteúdo e a lingüística. A lingüística se ocupa das formas e de distribuição da linguagem; a análise de conteúdo leva em consideração as significações (conteúdo) e eventualmente a sua forma, assim como a distribuição destes conteúdos e formas ( índices formais e análise de co-ocorrência). Enquanto a lingüística estuda a língua para entender o seu funcionamento, a análise de conteúdo procura

conhecer aquilo que está por trás das palavras. Ou seja, a lingüística é o estudo da linguagem, a análise de conteúdo é uma busca de outras realidades através das mensagens.

A análise de conteúdo também envolve as condições de produção do discurso, variáveis históricas, sociológicas, políticas, psicológica inferidas a partir dele, procurando identificar a influência entre o texto e os fatores que o determinaram. (Bardin, 1977)

Na prática, as técnicas de análise de conteúdo tanto podem focalizar aspectos objetivos, sistemáticos e quantitativos no tratamento do material discursivo, sem aprofundarem-se no campo do relacionamento entre o texto e o contexto, como podem focalizar além das perspectivas descritivas do conteúdo da mensagem e inferir interpretações mais aprofundadas. (Minayo, 1998).

Diversas técnicas são incluídas no âmbito da análise de conteúdo como a análise de expressão, a análise de relações, a análise formal, a análise temática, análise de avaliação e análise de enunciação. Dentre elas a análise temática foi a escolhida para o tratamento do material discursivo obtido através das questões abertas do questionário semi-estruturado aplicado entre os médicos, assim como do material obtido dos textos médicos.

Tema representa uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer uma frase simples ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, a partir da qual pode ser obtida uma gama de formulações singulares. O tema é uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; o seu valor não é de ordem lingüística mas de ordem psicológica. O tema surge naturalmente de um texto que será analisado segundo critérios relativos a teoria que serve de guia a leitura (Bardin, 1977).

Um dos objetivos da análise temática é descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem oferecer algum significado para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 1977).



O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências. No caso da presente pesquisa as unidades temáticas já forma pré-definidas através das perguntas abertas e são: tabagismo, fumante e cessação de fumar, servindo como guia para a sua leitura as representações dos modelos de abordagem de drogas explicitados por Marlatt (1993).

## CAPÍTULO V

### A PESQUISA

A presente pesquisa nasceu a partir de várias indagações relacionadas ao processo de capacitação profissional envolvido no Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar.

Qual o conhecimento atual dos médicos sobre o tabagismo, dependência de nicotina, e sobre as técnicas atualmente consideradas eficazes para abordagem e tratamento para deixar de fumar? Como o médico representa o tabagismo, o fumante e o seu próprio papel na abordagem e tratamento do fumante? Qual a atitude do médico diante de um fumante que pede ajuda para deixar de fumar? Há interesse em adquirir conhecimentos sobre tabagismo e sobre técnicas para cessação de fumar? Há interesse dos médicos em inserirem a abordagem e o tratamento do fumante de forma sistemática nas suas rotinas de atendimento? Considerando os livros de clínica médica como um dos principais meios de informação do médico, principalmente durante o curso de graduação, como o assunto tabagismo e o tema cessação de fumar são abordados nesses livros?

Buscando obter respostas para essas questões a pesquisa envolveu duas dimensões: uma relacionada à representação do tabagismo circulante em livros de clínica médica, considerando-os como importantes fontes de informação técnica para o médico, e outra relacionada diretamente ao médico, suas representações, atitudes e práticas.

Dessa forma, levando em conta a complexidade do tabagismo, sua inserção social e a interação do médico com esse “velho”, porém “novo” problema de saúde, a proposta do presente estudo foi descrever como esse tema é abordado nos livros de clínica médica e como se manifestam as representações do médico em relação ao tabagismo, ao fumante e a inserção de práticas para apoiar a cessação de fumar na sua rotina de atendimento.

Essas informações serão úteis para a construção de um instrumento visando obter de indicadores de *baseline* para avaliação do Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar.

## Os Objetivos

A pesquisa teve como objetivo geral descrever o conhecimento, as representações e atitudes de médicos da rede pública do estado do Rio de Janeiro, em relação ao tabagismo, ao fumante e a cessação de fumar.

Para esse fim, procurou-se na primeira dimensão da pesquisa identificar como o tabagismo é abordado e como se insere no contexto das informações técnicas veiculadas nos principais compêndios de clínica médica, considerando estes como importantes referências para a prática médica. A inserção do tema e o discurso sobre tabagismo nesses livros foram analisados, buscando-se comparar historicamente esses aspectos e usando como marcos temporais a publicação do relatório *The Health Consequences of Smoking. Nicotine Addiction* pelo *Surgeon General* dos Estados Unidos e a inserção do tabagismo como dependência no Código Internacional de Doença (CID 10).

Na segunda dimensão da pesquisa procurou-se identificar o conhecimento do médico sobre doenças relacionadas ao tabagismo, à dependência de nicotina e técnicas para cessação de fumar. Buscou-se também captar como representam o tabagismo, o fumante e o seu próprio papel na abordagem da cessação de fumar; a existência ou não de atitudes favoráveis à incorporação da abordagem do fumante para a cessação de fumar na prática clínica; e a existência de fatores facilitadores e limitantes referentes à inclusão dos métodos para cessação de fumar na prática médica.

## A Metodologia

### Primeira Dimensão: Os Livros de Clínica Médica

O objetivo dessa fase da pesquisa foi caracterizar as informações técnicas sobre tabagismo nos principais livros de clínica médica, assumindo-os como uma das principais fontes de informação escrita para o médico, na dimensão acadêmica.

Um dos aspectos a ser observado é como se insere o tema tabagismo nesses livros, qual o valor dado ao assunto, e como essa valorização evoluiu no tempo, levando em conta os

períodos próximos ao reconhecimento do tabagismo como uma dependência no meio acadêmico.

### **A seleção dos livros**

Para identificar e analisar o discurso sobre tabagismo, dependência de nicotina e cessação de fumar incluído em textos de clínica médica, foram selecionados dois livros clássicos de Medicina Interna, o “Cecil” e o “Harrison”.

Os livros foram escolhidos de acordo com a informação obtida através dos preceptores dos médicos residentes do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), como os dois livros de clínica médica mais utilizados entre os mesmos. Foram analisadas apenas as edições traduzidas para o Português.

A opção por fazer a análise em edições encontradas na biblioteca da Faculdade de Ciências Médica da UERJ da qual o HUPE faz parte, foi devido ao fato de que o HUPE seria o campo da fase quantitativa da pesquisa.

A idéia foi comparar historicamente esses aspectos usando como marcos temporais o ano de 1988 e o ano de 1993. Esses marcos foram escolhidos devido ao fato de que no ano de 1988 o *Surgeon General* dos Estados Unidos publicou o relatório *The Health Consequences of Smoking. Nicotine Addiction*, e de 1993 ter sido o ano da inserção do tabagismo no CID 10, como parte do grupo de transtorno de comportamento devido ao uso de fumo .

Por conta disso, a seleção dos livros teve como objetivo inicial procurar identificar 3 edições de cada um deles : a mais antiga encontrada, a mais recente (procurando por edições que tivessem sido publicadas pelo menos 3 anos após 1993) e uma intermediária próxima a meados da década de 80. No entanto, não foi possível seguir a risca esse planejamento inicial pois foram encontrados na biblioteca do HUPE apenas os seguintes exemplares completos:

**Cecil – Medicina Interna Básica:** 1<sup>a</sup> edição traduzida em 1989 do original em inglês de 1986; 2<sup>a</sup> edição traduzida em 1991 do original em inglês de 1990; 3<sup>a</sup> edição traduzida em 1994 do original em inglês de 1993; e a 4<sup>a</sup> edição, traduzido em 1998 do original em inglês de 1997.

**Cecil – Tratado de Medicina Interna:** 16<sup>a</sup> edição traduzida em 1984 a partir do original em inglês de 1982; 19<sup>a</sup> edição, traduzida em 1993 a partir do original em inglês de 1992.

**Harrison - Medicina Interna:** 11<sup>a</sup> edição, traduzida em 1989 do original de 1988 e 13<sup>a</sup> edição, traduzida em 1995 a partir do original em inglês de 1994.

Foram ainda encontrados os livros Harrison Medicina Interna–7ª edição/ 1977 traduzido do original em inglês de 1982 (original) e o Cecil – Tratado de Medicina Interna 13ª edição– tradução de 1973 (original)/ 1973(tradução) - que foram analisados apenas parcialmente por não ter sido localizado o volume II de ambos.

### **A sistemática de análise.**

Para sistematizar a análise procurou-se nos exemplares dos livros que contam com o índice remissivo, identificar a inserção da abordagem do tabagismo, procurando pela palavra, fumo, tabagismo e nicotina .

A análise buscou identificar: a inserção do tabagismo no livro, ou seja, se havia uma abordagem específica onde os aspectos mais relevantes do tabagismo fossem discutidos de forma estruturada em um mesmo capítulo ou sub capítulo ou se era abordado de forma fragmentada, apenas como fator de risco de doenças. Buscou-se ainda pesquisar os termos usados para descrever o tabagismo; a existência ou não da abordagem do tabagismo como doença; a existência ou não da abordagem do tabagismo como dependência; a valorização do tratamento do tabagismo e o nível de detalhamento dado à técnica de abordagem para cessação de fumar; a existência ou não da abordagem de questões psicossociais relativas ao tabagismo; a existência ou não da abordagem do tabagismo passivo.

Embora a questão do reconhecimento do tabagismo passivo como um problema de saúde inicialmente não fizesse parte dessa avaliação, foi posteriormente incorporado, pois é uma questão que atualmente tem contribuído para criar uma pressão social sobre os fumantes.

## Segunda Dimensão: os Médicos

### A seleção dos entrevistados

Para esse estudo, elegemos inicialmente como campo um hospital do município do Rio de Janeiro, o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Influenciaram nessa escolha o seu perfil, por ser um hospital geral e hospital escola, onde forma não só profissionais do estado do Rio como de outros estados, assim como por haver um contato com possíveis facilitadores da entrada no campo.

Também partimos do pressuposto de que se num hospital desse porte não encontrarmos na área médica um nível de interesse pelo assunto maior ou igual ao que esperamos encontrar, seria pouco provável que pudéssemos observá-lo em outras unidades de saúde. Por isso, optamos por identificar como seria a receptividade dos médicos e como a dinâmica da unidade de saúde poderia favorecer ou interferir no interesse dos mesmos pelo tema.

No entanto, algumas dificuldades que serão relatadas adiante, impediram a utilização do HUPE como campo único da presente pesquisa.

Para entendermos um pouco da dinâmica do HUPE, procurou-se obter informações que poderiam de alguma forma interferir no interesse de seus profissionais médicos por novas propostas a serem inseridas na prática diária.

A descrição que se segue foi obtida pela *internet* em setembro de 2000 no endereço <http://www2.uerj.br/hupe/>, mas curiosamente, em novembro de 2000 não foi mais possível acessar essa *homepage*. Nesse texto encontramos evidências de que embora o hospital seja bastante respeitado, reconhecido e bem conceituado, ele vem passando por sérias dificuldades como a maioria dos hospitais universitários no Brasil (Cremerj, 1999):

*“O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) situa-se na zona Norte do Município do Rio de Janeiro, em Vila Isabel, fazendo parte da rede de serviços de saúde municipal da Área Programática 2.2 (AP 2.2), que abrange os bairros de Vila Isabel, Grajaú, Andaraí, Maracanã, Tijuca e Rio Comprido, Praça da Bandeira, Usina e Muda. É o maior hospital geral da região, com cerca de 600 leitos em atividade (no momento é o hospital geral com o maior número de leitos em atividade no Rio de Janeiro) e onde são efetuadas quase 300 mil consultas ambulatoriais por ano e realizadas cerca de 8 mil cirurgias por ano. Participa do Conselho Distrital de Saúde desta região e do Conselho Municipal de Saúde .*

*...É um hospital de nível terciário, com funções quaternárias, realizando cirurgias cardíacas (quase três quartos das cirurgias cardíacas realizadas em hospitais públicos no Rio de Janeiro). Ainda como funções quaternárias detém o maior número de transplantes renais efetuados em*

hospitais públicos do Rio de Janeiro, sediando o RIO TRANSPLANTE. Realiza ainda numerosos procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade, constituindo-se em referência para todo o Estado do Rio de Janeiro e, em algumas áreas, também para outras regiões do país.

...Cabe ainda ressaltar que tem sido pioneiro em várias áreas assistenciais de relevância social como: o Núcleo de Estudos em Saúde do Adolescente; o Núcleo de Atenção ao Idoso; o "Hospital-dia Ricardo Montalban", para doentes psiquiátricos; a assistência ambulatorial e de internação a pacientes aidéticos. Todos eles programas de abordagem multidisciplinar, garantindo uma assistência integral a pacientes e suporte familiar.

*... O Hospital Universitário Pedro Ernesto teve sua construção iniciada no início dos anos 30, mas só concluída cerca de 20 anos após. Com mais de sessenta anos de idade e mais de quarenta anos de trabalho ininterrupto e desgastante apresenta, como muitos de seus usuários pacientes, sinais de graves disfunções...*

... Sua estrutura física deteriorada, conseqüência da inexistência dos cuidados preventivos da manutenção predial, com suas artérias hidráulicas entupidas ou rotas, com seu sistema elétrico com "bloqueios ou em curto" e sua "anemia" financeira acarretada por insuficiente e crônico suprimento de recursos. Enfim, como muitos seres humanos em nosso país, mantido no limite da capacidade de sobrevivência.”

Por outro lado, observa-se um interesse em mudar, reerguer a instituição através de mudanças na sua administração e na sua política. Em 2000, também houve mudança de direção, mas esse discurso é assinado pela gestão anterior.

“O projeto da atual administração do HUPE, em franca sintonia com a administração central da UERJ, busca atuar nestas três frentes:

A recuperação e adequação da estrutura física do HUPE, projeto desenvolvido em parceria com a Faculdade de Engenharia da UERJ, com a Prefeitura da UERJ e apoio logístico da Diretoria de Planejamento (DIPLAN/UERJ);

... E por último, como eixo estratégico do processo de transformação do HUPE em hospital de excelência, a implementação de política de desenvolvimento de recursos humanos. Como estratégia central, o processo de melhoria contínua da qualidade em saúde, buscando uma melhor qualidade de vida dos trabalhadores do HUPE, tendo como fatores críticos de sucesso a motivação, o compromisso e engajamento de cada trabalhador em um ambiente de trabalho agradável, construído coletivamente...

...Nosso Hospital está em crise! Aliás, vive, ou melhor, sobrevive a uma prolongada crise!”

Portanto, pelo discurso acima podemos perceber a grande crise que o HUPE vem passando, gerando um clima de desestímulo e desânimo por parte dos que ali trabalham, e ao mesmo tempo uma procura por novos caminhos.

A entrada no HUPE foi possível através de profissionais, com quem já era mantido contato por terem interesse sobre tema tabagismo. Esses profissionais nos introduziram a um segundo ator que poderia ajudar na aplicação da pesquisa. Dessa forma, entramos em contato com uma médica responsável pela unidade de atendimento ambulatorial do HUPE que foi inicialmente entrevistada. Juntamente com essa profissional, buscou-se identificar estratégias que permitissem a realização da pesquisa entre médicos de especialidades clínicas do HUPE, de forma a não interferir nas suas rotinas, o que poderia prejudicar a adesão à pesquisa.

A estratégia utilizada para captar o interesse dos médicos para a pesquisa foi a realização de uma reunião convocada pela chefia do setor ambulatorial (Unidade de Pacientes Externos- UPE). A idéia era que se pudesse aplicar o questionário qualitativo antes de uma apresentação dos objetivos do programa, e de uma proposta de treinamento sobre cessação de fumar para médicos do HUPE.

No entanto, apesar do convite formal, encaminhado pela chefia da UPE do Pedro Ernesto, para 15 outras chefias de clínica, apenas 4 compareceram, embora grande parte tivesse confirmado presença. Assim, a aplicação dos 4 primeiros questionários qualitativos aconteceu em 18/05 de 2000 no Hospital Pedro Ernesto.

Vários fatores podem ter influenciado a baixa adesão ao convite: pouco interesse pelo tema, o horário dedicado à reunião (13 horas) que pareceu pouco propício por ser hora de almoço ou de saída dos médicos que têm outra atividade fora da instituição. Uma outra hipótese a ser considerada pode estar ligada ao fato de que o convite tendo sido feito via chefia de outro setor pudesse ter gerado resistência caso houvesse algum tipo de dificuldade de relacionamento entre essa chefia e os profissionais convidados.

Posteriormente, foi tentada uma outra alternativa, a de ir ao setor de cada um dos que não compareceram à reunião e pedir para que preenchessem o questionário. No entanto, a instituição entrou em greve a partir da primeira semana de junho, sem data para término, (até 07 de julho de 2000 continuava em greve) o que permitiu a aplicação de apenas mais 3 questionários. Isso também inviabilizou os planos de continuar a pesquisa através de busca ativa dos que não compareceram à primeira reunião.



Portanto, considerando-se o prazo para a finalização da dissertação, buscamos médicos de outras unidades de saúde para serem entrevistados, de forma que fossem mantidos os critérios de envolver médicos que realizassem atividades de atendimento ao público externo em unidades públicas.

Assim, optamos por aproveitar outras oportunidades para aplicar o questionário. Uma delas foi a possibilidade de aplicá-lo entre médicos da rede municipal de saúde durante treinamento para manejo de hipertensão arterial. Achamos que esse grupo nos permitiria obter informações da visão sobre tabagismo, fumante e tratamento do fumante do médico que atende na rede básica de saúde do município. Um outro fator que no fez considerar esse universo importante é fato de que o Programa Ajudando seu Paciente a Deixar e Fumar tem como principal grupo alvo o médico que atende na “ponta”.

Assim, além dos 7 médicos entrevistados no grupo do HUPE, foram realizadas mais 19 entrevistas do grupo da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, com o apoio da Coordenação Municipal de Controle do Tabagismo. Segundo as profissionais da Coordenadoria do Programa de Controle do Tabagismo no município do Rio de Janeiro que aplicaram os questionários nesse grupo, houve uma boa receptividade para o seu preenchimento e inclusive houve procura por parte dos que chegaram atrasados para um posterior preenchimento.

Outra oportunidade de entrevista aconteceu durante um treinamento sobre Cessação de Fumar para médicos da rede municipal de saúde de Itaperuna, realizado com o apoio da Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo do Estado do Rio, que possibilitou a obtenção de mais 12 questionários preenchidos. Segundo a Coordenadora Estadual do Programa, nesse grupo houve reclamação relativa ao tamanho do questionário e ao fato de terem que escrever.

Em resumo, os sujeitos entrevistados na fase qualitativa foram 35 médicos e 3 estudantes de medicina, pertencentes a diferentes unidades de saúde. O primeiro grupo foi composto por 7 médicos do *staff* do HUPE, dos quais um era pneumologista, dois da área de medicina integral, um intensivista, um da área de medicina do trabalho, um endocrinologista e apenas um da área de cirurgia geral. O segundo grupo foi composto por 19 médicos da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro que tinham as seguintes especialidades: clínica médica

(12), endocrinologia (3), cardiologia (1), pneumologia (1) nefrologia (1), clínica do adolescente (1). O terceiro grupo foi composto por médicos do município de Itaperuna, das seguintes especialidade clínica médica (2), cardiologia (2), geriatria (1), gastroenterologia (1), urologia (1), radiologia (2), além de 3 estudantes de medicina.

Além da especialidade do médico, esses três grupos se diferenciavam quanto ao grau de complexidade da unidade de saúde em que atuavam. O primeiro grupo pertencente a uma unidade de saúde de alto grau de complexidade, o Hospital Universitário Pedro Ernesto, o segundo grupo onde predominavam profissionais que atuavam em Postos ou Centros de Saúde da rede do município, e o terceiro grupo em que predominavam profissionais que atuavam em um Hospital Escola da rede municipal de Itaperuna.

A inserção dos profissionais entrevistados em unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade de alguma forma poderia influenciar o grau de interesse e a abordagem do tema pelo médico. É provável que os profissionais que lidam com pacientes mais graves, sofram uma maior demanda e uma maior pressão para atualização em tecnologias de crescente complexidade presentes nas suas rotinas.

Além disso, profissionais que trabalham em unidades de saúde de alta complexidade são mais exigidos em termos de dividir seu tempo no atendimento de pacientes graves internados, com o atendimento de pacientes ambulatoriais. Já os profissionais que atendem nas unidades básicas de saúde dedicam-se exclusivamente ao atendimento ambulatorial de pacientes teoricamente menos graves do que os encaminhados para atendimento em hospitais de alta complexidade. Claro que essa diferenciação na prática não ocorre de forma tão clara e linear, pois a realidade médica atual mostra que de forma geral os médicos têm que se dividir em diversos empregos, o que pode fazer com que atuem simultaneamente na atenção básica e em unidades de saúde de alta complexidade.

Dessa forma, é provável que num hospital de alta complexidade, o médico, por um lado, se veja pressionado pela gravidade dos pacientes que tem que atender, e por outro pelos apelos da complexidade tecnológica para o atendimento desses tipos de pacientes. Portanto, nesse contexto, por terem que dividir sua atenção entre a tecnologia e por se sentirem pressionados e cobrados para dar conta de um processo de sofisticação de atendimento cada vez maior do que o observado na atenção primária, os profissionais

provavelmente terão uma maior dificuldade de desviar sua atenção do foco paciente grave/ tecnologia assistencial, para questões cada vez menos valorizadas na medicina atual como a educação em saúde, a prevenção e a relação médico - paciente.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, os entrevistados foram escolhidos por critérios não probabilísticos. De acordo com Thiollent (1982), os indivíduos detêm uma imagem da cultura (ou culturas) a qual pertencem. Dessa forma, na pesquisa qualitativa a representatividade cultural é fundamental e os entrevistados podem ser escolhidos por critérios não probabilísticos. Portanto, o fato dos entrevistados não terem sido escolhidos através de técnica de amostragem e o fato do campo da presente pesquisa não ter sido apenas o HUPE como planejado inicialmente não parecem trazer prejuízo para o propósito da presente pesquisa.

De acordo com Thiollent (1982), o critério de diversificação dos entrevistados deve considerar as variáveis estratégicas que permitam obter diversos exemplos das atitudes a respeito de um tema. As variáveis estratégicas são de dois tipos: variáveis utilizadas na análise quantitativa (sexo, idade, profissão, etc) que são indicadores de filiação de grupos sociais nos quais os fenômenos de socialização se dão de forma diferente em função de diferentes realidades, e as variáveis relativas ao tema que se quer estudar.

No presente estudo, embora os entrevistados tenham uma certa homogeneidade no que se refere a profissão, houve uma diversidade no que se refere a especialidade, a idade, ao sexo, ao comportamento de fumar e aos diferentes contextos de atuação

Quanto ao número total de pessoas a serem entrevistadas, Michelat (1982) coloca que em geral acima de 30 ou 40 entrevistas, as entrevistas suplementares não acrescentam informações, o suficiente para justificar o aumento do conjunto das entrevistas.

Dessa forma, entendemos que o número, a forma de seleção e a diversidade dos entrevistados contemplam os pressupostos de seleção de entrevistados para uma pesquisa qualitativa.

## **A entrevista**

Dentre as diversas técnicas que podem ser utilizadas na fase de campo de uma pesquisa qualitativa, a entrevista permite obter informações através da fala dos atores sociais, com o objetivo de explorar questões ou temas bem definidos.

Michelat (1982) enfatiza que através de técnicas de entrevista pode-se captar uma informação mais profunda ou menos censurada do que através de outros procedimentos.

O indivíduo é portador de cultura (ou sub-cultura) que a entrevista pode explorar a partir das verbalizações, inclusive as de conteúdo afetivo. Nelas são procurados sintomas dos modelos culturais que se manifestam na vivência dos indivíduos ou grupos considerados. Os modelos culturais são progressivamente evidenciados a partir da revelação de uso de estereótipos e da influência dos grupos aos quais os indivíduos pertencem ou se referem em função de sua socialização (Thiollent, 1982).

Honningmann (1954) citado por Minayo (1992) apresenta diversos tipos de entrevistas como: sondagem de opinião ou entrevista estruturada; entrevista semi-estruturada; entrevista projetiva isto é centrada em técnicas visuais (quadros, pinturas, fotos, completar frases) usada quase sempre para aprofundar informações sobre determinado grupo; entrevista aberta; entrevista não diretiva “centrada” ou “entrevista focalizada” onde determinado tema é aprofundado sem prévio roteiro.

Existe ainda a técnica de entrevistas em grupo ou grupo focal que utiliza a interação do grupo para gerar dados, onde o pesquisador atua como uma espécie de animador e de coordenador da discussão (Greenahlg & Taylor, 1997).

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador ou podem ter uma definição inicial do tema deixando o entrevistado livre para falar sobre o mesmo (Britten, 1997).

Num primeiro momento, pensou-se em utilizar a técnica de grupo focal para a entrevista com médicos. Mas a experiência no HUPE mostrou que seria bastante complicado por ser um grupo difícil de reunir, em função das condições próprias da profissão. Por isso, mesmo tendo consciência da riqueza de informações que entrevistas não diretivas podem fornecer, optou-se pela utilização de um instrumento auto-aplicável que continha questões fechadas, semi-abertas e abertas. Através das questões abertas esperava-se estimular a

manifestação de um discurso escrito sobre os eixos temáticos: tabagismo, fumante e cessação de fumar.

As questões fechadas buscaram identificar variáveis independentes ou variáveis estratégicas como gênero, idade, especialidade, características da instituição em que trabalha, situação que ocupa na instituição, relato de já ter recebido algum tipo de informação sobre tratamento de fumantes, interesse sobre o assunto, e *status* quanto ao consumo de derivados de tabaco (fumante, nunca fumante ou ex-fumante).

Havia apenas uma questão semi-aberta onde era perguntado ao médico se na opinião dele seria possível inserir a abordagem e tratamento dos fumantes na sua rotina de atendimento e pedia que as respostas negativas fossem justificadas.

Além dessas questões, quatro questões abertas pediam que o entrevistado relatasse que doenças ou condições ele associava ao tabagismo; descrevesse sua concepção sobre tabagismo, sobre fumante e as estratégias que usa na sua prática clínica para ajudar um fumante a deixar de fumar.

### **A sistemática de análise**

Para a análise do material discursivo obtido a partir das entrevistas semiestruturadas entre médicos recorreremos a técnicas de análise de conteúdo.

Para sistematizar a análise foram utilizadas como unidades temáticas: tabagismo, fumante e cessação de fumar.

Procurou-se também apreender no discurso manifestações das dimensões cognitiva e técnica (onde é incluído o modelo bio-médico) e as manifestações da dimensão dos investimentos emocionais e morais.

Segundo a sistematização apresentada por Spink (1995), após a coleta do material que no caso do presente estudo foi o discurso escrito, procurou-se num primeiro momento sistematizar o material discursivo em tabelas verticais.

Nessa tabelas buscou-se mapear os discursos que cada entrevistado usou para descrever a sua concepção e atitude frente às unidades temáticas (tabagismo, fumante e cessação de fumar), emparelhando-os com suas características sócio-profissionais, com o seu relato de contato técnico anterior ou não com o tema, com a unidade temática “cessação de fumar”, e com o seu próprio *status* de fumante.

O objetivo dessa etapa foi obter uma visão global das representações sobre cada

unidade temática, assim como identificar as contradições e as ambivalências, para cada entrevistado.

Num segundo momento, foi feita uma análise horizontal para cada eixo temático, onde se procurou identificar algum tipo de relação das manifestações principalmente das dimensões emocionais, com variáveis independentes, principalmente com o *status* de fumante. Essas duas etapas geraram os Quadros 7, 8 e 9 e as Figuras 5 e 6, apresentadas nos resultados.

## **Os Resultados**

### **Os Livros de Clínica Médica e o Tabagismo**

Do livro “Cecil” foram analisadas quatro edições da sua forma mais resumida que é o “Cecil – Medicina Interna Básica” e três edições da forma mais completa que é o “Cecil – Tratado de Medicina Interna” .

#### **Cecil – Medicina Interna Básica - 1ª edição - 1989**

A análise da inserção do tabagismo pelo índice remissivo da 1ª edição do Cecil – Medicina Interna Básica, de 1989, traduzida do original inglês de 1986, mostra que o tabagismo é abordado através da palavra chave fumo. Essa palavra aparece correlacionada a abandono do fumo, e a algumas doenças ou condições relacionadas ao tabagismo como acidente vascular cerebral, angina de peito, arteriosclerose obliterante, bronquite crônica, câncer de esôfago, câncer de pâncreas, câncer de pulmão, coronariopatia, enfisema, fenômeno de Raynaud, hipertensão, policitemia, refluxo gastroesofágico, tromboangeíte obliterante e úlcera péptica.

O tabagismo aparece de maneira fragmentada, sendo descrito como fator de risco ou associado das doenças ou condições acima mencionadas, e o discurso que predomina é o de que o tabagismo precisa ser controlado como parte da abordagem clínica dessas condições. Não foi encontrado nenhum capítulo onde o tabagismo fosse abordado como uma condição ou doença, nem o seu reconhecimento como dependência de nicotina.

“Medidas preventivas – Os estudos epidemiológicos indicam que o tratamento da hipertensão e a interrupção do fumo reduzem o risco de recidiva após o 1º AVC”. p. 608

“Tratamento Clínico da Angina. ... A angina é tratada com redução da demanda miocárdica ou aumento do suprimento de oxigênio... O controle da hipertensão arterial e a correção de outras condições, exarcebadoras como anemia, infecções... o tabagismo deve ser abandonado”. p 55

“Arteriosclerose obliterante. O paciente deve evitar o fumo e as drogas que provocam redução do fluxo sanguíneo periférico...” p.96

“Nos EUA, 30% dos cânceres e cerca de 350.000 mortes prematuras e 27 bilhões de dólares gastos por ano em cuidados médicos poderiam ser evitados se os norte americanos simplesmente parassem de fumar”. p. 330

“A incidência de carcinoma de esôfago é mais elevada naqueles pacientes que fumam ou bebem em demasia...” p . 246

“A causa do carcinoma de pâncreas é desconhecida. Os estudos epidemiológicos sugerem os seguintes fatores de risco: idade avançada, tabagismo, diabete mellitus...” . p. 254

“O tabagismo representa o principal fator de risco independente da coronariopatia, a qual é proporcional ao número de cigarros fumados por dia e aplica-se igualmente a homens e mulheres. As pessoas que param de fumar apresentam um menor risco após um ano de abstinência...” p. 53

“Enfisema... Demonstrou-se que o consumo de cigarros, o fator etiológico mais importante no desenvolvimento de enfisema, aumenta o número de macrófagos e neutrófilos alveolares, aumenta a liberação de proteases...” p. 116

“Tromboangeíte obliterante. Sua etiologia não é completamente conhecida.... mas suspeita-se de uma relação com o tabagismo” p. 97

Embora num primeiro momento a associação da palavra “fumo” com “abandono do fumo” no nos dê a impressão de que se refere a informações sobre cessação de fumar, na verdade é abordada de forma muito superficial, em um tópico do capítulo sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Nesse capítulo, o fumo é representado como um dos fatores mais importantes na condução dessa patologia, chegando a falar, embora de forma superficial, sobre o uso de drogas para reduzir “a avidez” por cigarros juntamente com modificações comportamentais. Porém não fornece maiores detalhes sobre essa abordagem:

“Importante na condução de pacientes com DPOC é a suspensão do tabagismo. Os tabagistas suscetíveis que desenvolvem DPOC apresentam uma taxa de declínio aumentada da função pulmonar, medida pelo volume expirado em um segundo (VEF1 980ml/ano), comparado com fumantes não suscetíveis e não fumantes (VEF1, 30ml/ano). Seguindo-se a suspensão do tabagismo, a taxa de declínio em fumantes não suscetíveis fica reduzida àquela do não fumante (30ml/ano). Drogas que reduzam a avidez por cigarros como a clonidina e discos transdérmicos de nicotina juntamente com modificações comportamentais aumentam o sucesso das tentativas de abandono do tabagismo.” p. 119

Não foram encontradas manifestações de valorização das questões psicossociais relacionadas ao tabagismo nem menção aos riscos do tabagismo passivo.

### **Cecil – Medicina Interna Básica - 2ª edição- 1991**

Na 2ª edição Cecil – Medicina Interna Básica, do ano de 1991, traduzida do original em inglês de 1990, assim como na 3ª edição do ano de 1994 cujo original é de 1993, o enfoque dado ao tabagismo continua fragmentado e sua abordagem continua sendo apenas de fator de risco de outras doenças.

A única diferença entre a 2ª e 3ª edições na abordagem do tabagismo refere-se a palavra chave do índice remissivo, que na 3ª edição deixa de ser fumo para ser tabagismo, o que parece ter mais correlação com a preferência do tradutor.

Curiosamente, tanto na 2ª como na 3ª edição, a palavra chave aparece no índice remissivo com menos correlações do que na 1ª edição, estando vinculada apenas a abandono de fumo e a câncer de pulmão. No entanto, já introduz na correlação tabagismo e câncer de pulmão a questão dos riscos do tabagismo passivo, que não havia ainda sido abordada na 1ª edição.



“Suspensão do tabagismo. Um dos fatores mais importantes na condução de pacientes com DPOC é a suspensão do tabagismo. Os tabagistas suscetíveis que desenvolvem DPOC apresentam uma taxa de declínio aumentado da função pulmonar, medida pelo volume expirado em um segundo (VEF1) 980ml/ano), comparado com fumantes não suscetíveis e não fumantes (VEF1, 30nl/ano). Seguindo-se a suspensão do tabagismo, a taxa de declínio em fumantes não suscetíveis fica reduzida àquela do não fumante (30ml/ano). Drogas que reduzam a avidez por cigarros como a clonidina e discos transdérmicos de nicotina juntamente com modificações comportamentais aumentam o sucesso das tentativas de abandono do tabagismo.” p.125

“O fumo constitui o fator causal mais importante, e o câncer de pulmão é 10 a 30 vezes mais comum entre os fumantes; aproximadamente 4% dos indivíduos que fumam por 40 anos desenvolve câncer pulmonar. A maioria dos estudos demonstra um risco pequeno, porém significativo de câncer pulmonar em decorrência da exposição à fumaça de cigarro no meio ambiente” p. 138.

#### **Cecil – Medicina Interna Básica - 4ª edição - 1998**

Já na 4ª edição desse livro, ano de 1998, traduzida do original em inglês de 1997, observa-se que a abordagem do tabagismo torna-se mais específica e mais intensa do que nas edições anteriores. No índice remissivo foram encontradas a palavra “tabaco,” correlacionada com a expressão “ exposição ao” , a palavra “tabagismo”, a palavra “nicotina” e a palavra “fumo” correlacionadas com a expressão “abuso de”.

Nessa edição observa-se que além da abordagem do tabagismo como fator de risco ou fator causal de doenças como câncer, doenças cardiovasculares e outras, existe uma abordagem mais específica do tabagismo como dependência de nicotina. Essa abordagem se insere no Capítulo 125 – “Abuso de álcool e de substâncias”, onde chega a entrar no subcapítulo “Abuso de fumo e álcool”, sob a forma de um tópico com o título “Nicotina” . Embora não sejam enfocadas técnicas para abordar o fumante na cessação de fumar, nesse tópico a dependência de nicotina é claramente referida, o que não foi observado nas edições anteriores analisadas:

“O tabagismo é o maior ônus à saúde da sociedade e a mais importante causa de morte nos Estados Unidos”

“Foi relacionada etiopatologicamente ao câncer de pulmão e a outras neoplasias malignas, a doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica...”

“O fumo passivo está implicado no câncer pulmonar, doenças cardiovasculares e outras doenças pulmonares”

“A nicotina é um estimulante altamente viciador que pode levar a dependência, tolerância e abstinência”

“A síndrome de abstinência é altamente variável...irritabilidade, impaciência, ansiedade...”

“O estabelecimento do vício precoce é o fator chave para o consumo continuado de cigarros” p 905.

No discurso acima usado para descrever a dependência de nicotina chama a atenção o emprego do termo vício e viciador, o que na verdade pode ser atribuído ao tradutor.

Como nas demais edições analisadas o tabagismo também aparece de forma pulverizada em capítulos que abordam as principais doenças para as quais é tido como fator de risco ou fator causal. Por exemplo, no capítulo “Considerações gerais em oncologia”, o tabagismo é abordado como carcinógeno ambiental, e no capítulo “Neoplasias Pulmonares” é abordado como um importante fator causal, onde o seu peso como fator de risco é fortemente representado pela ênfase nos dados epidemiológicos que acompanham o discurso:

“Carcinógenos Ambientais:

O fumo é o principal carcinógeno ambiental, sendo responsável por 25% de todas as mortes por câncer”. p 410

“Neoplasias Pulmonares:

...O fumo é o fator causal mais importante – estima-se que seja responsável por até 90% dos casos. O Câncer de pulmão é 10 a 30 vezes mais comum entre os fumantes; aproximadamente 4% dos indivíduos que fumaram por 40 anos desenvolvem câncer pulmonar”

“A maioria dos estudos demonstra um risco pequeno, porém significativo de câncer pulmonar em decorrência da exposição à fumaça de cigarro no meio ambiente”. p 150

Já em relação a outras doenças, o tabagismo aparece ao lado de outros fatores de risco ou predisponentes, como um fator que precisa ser controlado como parte da abordagem da doença:

“Cardiopatia Coronariana. Tratamento Clínico da Angina.

O controle dos fatores de risco, incluindo hipertensão arterial e fumo é importante, bem como o alívio dos fatores agravantes como anemia e insuficiência cardíaca congestiva” p56

“Doença ulcerosa péptica do estômago e duodeno. Epidemiologia. Outros fatores predisponentes ao desenvolvimento de úlcera incluem o fumo (possivelmente devido à secreção diminuída de bicarbonato pelo pâncreas).” p 280

“ Carcinoma de Pâncreas  
Estudos epidemiológicos sugerem os seguintes fatores de risco: idade avançada, fumo, diabetes mellitus”... p 306

Um fato que chamou atenção é que nas 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> edição do Cecil – Medicina Interna Básica, não foi encontrado capítulo ou subcapítulo sobre dependência de drogas, o que sugere a pouca inserção que o tema tem na prática médica.

A seguir apresentaremos a análise das 3 edições traduzidas do Cecil – Tratado de Medicina Interna encontradas na biblioteca do HUPE.

### **Cecil – Tratado de Medicina Interna - 13<sup>a</sup> edição - 1973**

A mais antiga das três edições encontradas do Cecil – Tratado de Medicina Interna foi a 13<sup>a</sup> edição do ano de 1973, tradução da versão em inglês de 1972.

Embora a análise do índice remissivo dessa edição tenha sido prejudicada devido a não localização do volume II, optou-se por descrever essa análise mesmo parcialmente, pois no volume I desse livro foi encontrado um capítulo onde a questão de dependência de drogas é abordada como subcapítulo “Dependência, Vício e Intoxicação Medicamentosa” inserido no capítulo Distúrbio do Sistema Nervoso e do Comportamento. Nesse capítulo, chama a atenção o uso da palavra vício no título do capítulo (provavelmente vinculada a tradução) e o fato de que não há menção ao tabagismo ou à dependência de nicotina, embora sejam abordados os seguintes tópicos: dependência medicamentosa; problemas do álcool e do alcoolismo; dependência do tipo anfetamina; dependência de cocaína; dependência alucinogênica; dependência de Cannabis; brometos; intoxicação do tipo atropina; tratamento da intoxicação aguda por medicamentos; depressões; toxidez fenotiazínica.

Ainda no volume I dessa edição foi encontrada no capítulo “Obstrução das Vias Aéreas” uma rápida referência à cessação de fumar inserida no tópico Tratamento da

Obstrução das Vias Respiratórias, apenas como uma das abordagens que devem estar contidas nesse tratamento:

“Remoção dos irritantes e Tratamento da Infecção.  
A remoção dos irritantes atmosféricos e a abolição do hábito de fumar poderá causar uma redução gradual no volume do muco...”  
p. 893

Já no capítulo “Neoplasias Pulmonares” entra como fator de risco, inserido no subcapítulo “ Etiologia e profilaxia” :

“Não foi identificada uma causa única para os tumores pulmonares. A maioria das autoridades de saúde pública está atualmente convencida que o hábito de fumar é o fator principal particularmente com relação aos tumores de células escamosas...”  
“..Embora ainda não esteja estabelecida a disputa estatística, a redução ou interrupção do hábito de fumar cigarros pode ajudar a evitar certas formas do câncer pulmonar e ser benéfica em diversas doenças pulmonares ou cardíacas”. p 920

### **Cecil – Tratado de Medicina Interna - 16ª edição - 1982**

No índice remissivo da 16ª edição do Cecil – Tratado de Medicina Interna do ano de 1984, traduzida do original inglês de 1982, o tabagismo é referido através da palavra tabagismo e correlacionado com as expressões câncer, diabetes mellitus, na policitemia de estresse, na úlcera péptica; também é referido através da palavra fumo a qual se relaciona a expressão “veja também câncer” e com a palavra nicotina correlacionada com a expressão “efeitos adversos na angina pectoris”.

Da mesma forma que na 13ª edição, embora a dependência de drogas seja abordada no capítulo sobre, Drogas, Dependência e Intoxicação onde são estudados os opiáceos, os depressores do sistema nervoso central, (o álcool, os hipnóticos e os tranqüilizantes); os estimulantes do sistema nervoso central, (o grupo anfetamínico e a cocaína); a cannabis; e drogas alucinógenas ; diversos inalantes, e até tenha um subcapítulo só sobre alcoolismo, em nenhum momento a nicotina é citada .

Também podemos perceber que predomina a abordagem fragmentada do tabagismo como fator de risco, ou fator causal de doenças.

“As causas do câncer .....

Fumo: O principal risco carcinogênico é o hábito de fumar que produz cânceres do pulmão, da laringe, da boca, da faringe, do esôfago, da bexiga, do pâncreas e do rim. Estima-se que o fumo, especialmente de cigarros, contribui para cerca de 25 a 30% de todos os cânceres no homem e para 5 a 10% nas mulheres. O maior impacto recai sobre o câncer de pulmão, sendo o risco para os homens fumantes de dois ou mais maços por dia de cerca de 20 vezes a dos não fumantes. Contudo as taxas para o câncer de pulmão estão atualmente subindo mais marcantemente nas mulheres do que nos homens, refletindo a popularidade crescente dos cigarros entre as mulheres desde os últimos 20 ou 30 anos. Os estudos recentes indicam que os fumantes de cigarros de filtro como menos alcatrão e nicotina têm um risco de câncer de pulmão menor do que os de fumantes de cigarros sem filtro, mas com um risco ainda muito maior do que os não fumantes. Os produtos do tabaco não fumados são também alvo de preocupação, visto que o câncer da boca foi atribuído ao uso de rapé, uma prática comum nas áreas rurais do sul dos Estados Unidos. Em partes da Ásia, o câncer oral é muito comum em pessoas expostas a vários fumos de mascar, que freqüentemente são misturados com o betel, o limão e outros agentes que podem aumentar os riscos.” p 1062 e p 1063

“...o grande risco de saúde pública relativo ao câncer nos EUA advém do uso de produtos do fumo. A incidência o tempo de ocorrência e a localização do câncer dependem da freqüência e do modo de uso ( fumar, mascar), assim como da exposição a fatores de potencialização como o álcool ou o asbesto”. p 1024

Além desses aspectos, são encontradas em alguns momentos descrições mais detalhadas onde é destacado o papel dos componentes da fumaça do tabaco na fisiopatologia de condições patológicas:

“Policitemia de estresse. .... O monóxido de carbono contido na fumaça inalada transforma certa proporção da hemoglobina em carboxihemoglobina e desvia para a esquerda a curva de dissociação do oxigênio, da hemoglobina restante, levando a uma diminuição do transporte de oxigênio e à hipóxia tecidual. Isso por sua vez causa uma leve policitemia secundária.... Além disso o monóxido de carbono ou talvez a nicotina tem leve efeito diurético, reduzindo o volume plasmático ...agravando o aumento do hematócrito. Além disso, a interrupção do fumo pode curar a “policitemia de estresse”. p 948

“Defeito da hemoglobina: O envenenamento crônico pelo monóxido de carbono pode estar associado a uma policitemia secundária, resultante tanto da carboxihemoglobina quanto do aumento da afinidade pelo oxigênio... Ainda que tal envenenamento haja sido ocasionalmente observado em trabalhadores expostos a excessiva quantidade de fumaça de monóxido de carbono, tem sido reconhecido recentemente que ele envolve também alguns fumantes. Nesses indivíduos, o monóxido de carbono pode causar um leve aumento do volume hemático..” p 953

“Úlcera Péptica...Fatores ambientais. Dos muitos fatores ambientais que foram suspeitados como possíveis causas contribuintes da úlcera péptica, os dois únicos que foram adequadamente estudados são o fumo e o uso da aspirina. Os fumantes têm mais úlceras gástricas e duodenais, índices de morbidade e mortalidade maiores devido as suas úlceras e uma cicatrização mais lenta das úlceras do que os não fumantes. Não se conhece a natureza da relação entre o fumo e a úlcera. O fumo não estimula nem inibe a secreção de ácido gástrico, porém inibe a secreção pancreática de bicarbonato e promove o refluxo duodeno-gástrico. Sugeriu-se que esses fatores estão relacionados com sua ação ulcerogênica.” p 644.

A única correlação da palavra nicotina encontrada no índice remissivo é feita com *angina pectoris*. A breve abordagem do tabagismo nessa referência é inserida na conduta terapêutica preconizada para essa patologia, e o discurso enfatiza uma posição radical do médico, o qual é aconselhado a “exigir” de seu paciente que deixe de fumar, para logo a seguir abordar a fisiopatologia da nicotina no desencadeamento ou agravamento da *angina pectoris*.

Essa seqüência de informações para o clínico parece usar a força do efeito biológico do tabagismo na doença coronariana como forma de reforçar a recomendação dada aos médicos para que exijam a cessação de fumar do paciente que apresenta essa patologia. No entanto nenhuma outra informação sobre técnicas de abordagem para cessação de fumar é dada.

“Angina pectoris. .... Conduta terapêutica .....A abstenção do uso de cigarros deve ser exigida do paciente anginoso. A nicotina, nos cigarros, aumenta a frequência cardíaca e a pressão arterial e o monóxido de carbono, quando inalado, desloca a curva de dissociação de oxihemoglobina, tornando o oxigênio menos disponível A nicotina

também provoca diretamente a constrição dos vasos coronários.” p 249.

Não se observa nessa edição manifestações relativas às questões psicossociais envolvidas no tabagismo. Também não o descreve como uma condição clínica nem há menção a dependência de nicotina, nem tampouco as técnicas sobre cessação de fumar. Os riscos do tabagismo passivo também não são abordados nessa edição.

### **Cecil – Tratado de Medicina Interna - 19ª edição - 1993**

A 19ª edição do Cecil – Tratado de Medicina Interna de 1993 foi traduzida do original inglês de 1992.

Nela é encontrado um índice remissivo muito mais rico do que o da 16ª edição, onde as palavras chave “ tabagismo” e “nicotina” aparecem correlacionadas à diversas outras expressões como pode ser visto abaixo:

- “Tabagismo
  - A mulher e o, 38
  - Aneurisma da aorta e, 357
  - Arteriosclerose obliterante e, pág 367
  - Arteriosclerose e, pág 300, 301
  - AVC associado ao pág 2206
  - Bronquite crônica simples e 394
  - Câncer associado ap pág 37, 442, 443, 1038, 1048
    - De células de transição, 628
    - De pâncreas, pág 742
  - Cigarros com baixo teor de alcatrão e nicotina, pág 39
  - Colite ulcerativa associada ao, pág 719
  - Comportamento do fumante, pág 39
  - Doença
    - Cardiovascular e, pág 37, 159
    - De Crohn, associada ao, 719
    - Pulmonar obstrutiva crônica e, pág 38
  - e metabolização de drogas pelo fígado, 97
  - e uso de anticoncepcional, 1401
  - entre adolescentes, 20
  - hipercolesterolemia e, 1105
  - hipertensão e, 264
  - histiocitose X e, 410
  - infecção pneumocócica associada a, 1645
  - infertilidade masculina causada por, 1399
  - interrupção do uso, 38,39
  - níveis séricos do ácido ascórbico no, pág 1198

- passivo, pág 38
- riscos elevados associado ao pág 36, 37
- tosse associada a 376
- tromboangeíte obliterante e pag 368
- úlcera péptica associada a, pág 667, 672”
- “Nicotina
  - Alterações na ação do hormônio antidiurético causadas por, pág 1265
  - Dependência a, 39, 57”

Chama a atenção nesse livro o fato de que no volume 1, página 36 a 40, é encontrado um sub-capítulo dedicado ao tabagismo sob o título “Tabaco e Saúde”, que por sua vez se insere no Capítulo ‘Atendimento de Saúde Pessoal e Medicina Preventiva’. Esse sub-capítulo é dividido em itens onde o tabagismo é discutido sob diversos ângulos:

- A fumaça do cigarro
- Fatores de risco
- Doenças cardiovasculares
- Cânceres
- Doença Pulmonar obstrutiva Crônica
- Riscos nas mulheres
- Tabagismo passivo (involuntário)
- Cigarro com baixo teor de alcatrão e nicotina
- Outros efeitos
- O comportamento tabagista e sua interrupção

Nessa edição, o tabagismo parece ganhar um novo *status*. Agora não é mais apenas um fator de risco ou fator causal de outras doenças, passando também a ser reconhecido como uma condição patológica, onde não só a questão da dependência de nicotina passa a ter uma abordagem mais aprofundada do que nas edições anteriores analisadas, como também são mencionadas questões sociais que têm influencia na iniciação do tabagismo e no controle do mesmo:

“A dependência do cigarro está ligada à nicotina. Contudo além do estímulo farmacológico da nicotina o fumante em geral cria uma série de respostas aprendidas para redução da tensão e alteração do humor. O padrão do uso do tabaco, portanto, confunde-se com a forma com a qual o fumante lida com o mundo. A interrupção do tabagismo exige que o fumante abra mão de um importante mecanismo de adaptação à vida”



“O consumo regular inicia-se quase que exclusivamente durante a adolescência; 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 20 anos de idade...O fácil acesso a cigarros e seu custo relativamente baixo, associados à pressão do grupo ao desejo de assumir um comportamento adulto, são determinantes do tabagismo entre adolescentes ... as propagandas de cigarros também influenciam a adoção de um tabagismo regular...”

“As estratégias atuais para o controle do tabagismo enfatizam a modificação do ambiente no qual o fumante vive, tornando o tabagismo socialmente inaceitável, aumentando o preço dos cigarros e limitando os locais onde é permitido fumar”.

Também se observa que os médicos passam a ser estimulados a enxergar o tabagismo como uma doença e a intervir sobre o mesmo na prática:

“Os médicos têm a possibilidade de causar um abandono permanente do fumo em um número substancial de pacientes quando se dispõem a encarar o tabagismo como um problema clínico potencialmente grave. Isto exige a obtenção de informações, a definição de um plano terapêutico e o acompanhamento dos resultados desse tratamento”.

“Em seus consultórios os médicos podem recomendar aos pacientes que abandonem o tabagismo, podem motivar tentativas neste sentido e estabelecer junto com o paciente prazos para que este largue o fumo”

“Nenhum paciente fumante deve deixar o consultório sem compreender que seu tabagismo é um grande problema de saúde”.

“A responsabilidade do médico não é fazer com que todos os pacientes larguem o cigarro com uma única consulta e sim direcionar todo o paciente fumante cada vez mais neste sentido a cada consulta.”

Informações sobre resultados de tratamento para deixar de fumar e orientações sobre como conduzir a cessação de fumar aparecem de forma mais objetiva e concreta do que nas edições anteriores.

“As clínicas para abandono do tabagismo apresentam índices de êxito em longo prazo em 30 a 40% dos fumantes que perseveraram nos programas, mas um número comparativamente pequeno de fumantes se dispõe a participar dessas clínicas.”

“As informações a serem obtidas incluem a situação tabágica, o relato de tentativas pregressas de abandono do tabagismo e os métodos empregados, bem como o interesse atual em abandonar o hábito. Além disso o tempo decorrido entre o despertar e o primeiro cigarro é uma medida de intensidade da dependência e pode ser útil para que se decida a conveniência da prescrição de auxílios farmacológicos na tentativa de abandono do tabagismo.”

“Os fumantes devem ser estimulados a largar de uma só vez ao invés de reduzir o consumo.”

“O acompanhamento do abandono também é fundamental, não só para reforçar a importância dessa iniciativa para o paciente como também para aumentar a probabilidade de êxito da tentativa”.

“O emprego da goma de mascar aumenta a chance de uma abandono do hábito a curto prazo quando associado a um programa de intervenção comportamental. A nicotina principalmente transcutânea também tem se mostrado promissora na redução da abstinência, mas seu uso com este intuito ainda é experimental.”

“A intervenção eficaz no tabagismo por parte do médico pode ser executada em 3 a 5 minutos empregando-se a abordagem acima. Os clínicos devem encaminhar os paciente que necessitam de uma assistência mais ampla a programas que ofereçam esta assistência”.

A idéia de que a cessação de fumar é um processo de mudança de comportamento e que o médico deve estimular essa mudança e reconhecê-la como um avanço parece se manifestar no discurso abaixo:

”Aqueles que nunca pensaram em largar o fumo devem começar a fazê-lo; aqueles que estão pensando devem tentar e aqueles que já tentaram e fracassaram devem ser motivados a tentar novamente.”

### **Harrison – Medicina Interna**

Do livro “Harrison – Medicina Interna” foram analisadas a 11<sup>a</sup> edição de 1989, traduzida do original em inglês de 1988, a 13<sup>a</sup> edição de 1995 traduzida do original em inglês de 1994, e analisada parcialmente a 7<sup>a</sup> edição de 1977, tradução do original em inglês de 1974, uma vez que não foi localizado o volume II desta última, prejudicando a análise do índice remissivo.

### **Harrison – Medicina Interna – 7ª edição - 1977**

No volume I da 7ª edição foi encontrado um tópico sobre nicotina inserida no capítulo “Distúrbios devidos a agentes químicos e físicos”. Esse tópico se limita a falar sobre os efeitos da intoxicação aguda pela nicotina, como convulsões, arritmias etc, e o seu tratamento através lavagens gástricas e sobre sua ação neuroquímica, mas não menciona seu potencial de causar dependência química.

“Esse alcalóide é um veneno notavelmente poderoso e de ação rápida. É componente de muitos inseticidas. A nicotina é logo absorvida pela mucosa oral e gastrintestinal, pelas vias aéreas e por meio da pele. A dose letal para um adulto é de mais ou menos 50 mg, a quantidade contida em dois cigarros. Entretanto, o tabaco é muito menos tóxico do que se poderia supor, considerando seu conteúdo de nicotina. A nicotina é pouco absorvida a partir do tabaco ingerido e ao fumar, a maior parte dela é queimada. A nicotina age sobre os quimiorreceptores, sobre as sinapses do sistema nervoso central e dos gânglios autônomo, sobre a medula supra renal e sobre as ligações neuroefetoras. Além disso... os seus efeitos estimulantes....”

### **Harrison – Medicina Interna – 11ª edição - 1988**

A 11ª edição do “Harrison Medicina Interna” do ano de 1988, traduzido do original em inglês de 1987 apresenta no índice remissivo as palavras chave “fumo” e “nicotina”. A palavra fumo aparece vinculada a uma grande variedade de doenças e condições clínicas como: acidente vascular cerebral, aterosclerose, bronquite crônica, hipertensão, câncer do pâncreas, câncer oral, carcinoma do esôfago, pneumonia, tosse, palpitações. Também aparece vinculada a expressões como componentes selecionados do cigarro, tabagismo passivo, tipos de fumo. A palavra chave nicotina aparece vinculada a uma menor variedade de assuntos: liberação de vasopressina; intoxicação pela pele.

Nessa edição o tabagismo também aparece como fator de risco e fator causal de outras doenças, no entanto é abordado de forma relativamente extensa no Capítulo 173 - “Fumo”, onde já ganha um contorno de condição clínica que causa danos e que necessita ser abordada pelo médico.

Esse capítulo é dividido em subitens que abordam os diferentes ângulos do tabagismo: introdução; fumaça do cigarro; farmacologia; epidemiologia; características dos fumantes; correlações clínicas; tipos de fumo; e suspensão do fumo. Chama a atenção que no sub-item correlações clínicas diversas doenças relacionadas ao tabagismo são abordadas como

conseqüência do tabagismo, de forma inversa ao que se observou em algumas edições analisadas do Cecil, onde o tabagismo aparece de forma fragmentada nos capítulos que abordam as doenças das quais é tido como fator causal ou de risco.

No discurso já há o reconhecimento do tabagismo como a principal causa de adoecimento, morte prematura:

“A fumaça do tabaco representa um poluente pessoal e do meio ambiente” p 795

“Nos países industrializados o hábito de fumar constitui a principal causa de doença passível de prevenção, de incapacidade e morte prematura.” p 795

A natureza tóxica da fumaça do tabaco também é reconhecida e enfatizada:

“Fumaça de cigarro...Mais de 4000 substâncias foram identificadas na fumaça do cigarro, incluindo algumas que são farmacologicamente ativas, antigênicas, citotóxicas, mutagênicas e carcinogênicas...” p 795

“Farmacologia...A maioria dos estudos em seres humanos tem tratado sobre a exposição a toda a fumaça ou a componentes selecionados aos quais se atribuem o maior risco à saúde, tais como a nicotinas e o monóxido de carbono” p 795

“..As membranas da boca, nariz, faringe e árvore traqueobrônquica são expostas repetidamente à fumaça do cigarro..” p 795.

“O monóxido de carbono é um gás tóxico que interfere com o transporte e a utilização do oxigênio” p 795

“Os fumantes inalam concentrações tão elevadas quanto 400 partes por milhão e desenvolvem níveis elevados de carboxihemoglobina “p 795

“A fumaça do cigarro e seus condensados são carcinogênicos em várias espécies animais” p 795

A questão do tabagismo passivo também já é abordada:

“Aspiração involuntária da fumaça. O fumo dos pais em casa está associado com um risco aumentado de doenças respiratórias em lactentes e prejuízo no desenvolvimento da função pulmonar em crianças.”

“Vários estudos sugerem que o fumante passivo aumente o risco de câncer de pulmão, além disso, pacientes com coronariopatia ou DPOC sintomática podem experimentar uma exacerbação dos sintomas quando exposto a ar contaminado com fumaça” p 992.

No tópico “Correlações Clínicas”, observa-se a abordagem do intrincado mecanismo fisiopatológico do tabagismo na determinação de doenças, onde a questão da suscetibilidade individual e o efeito dose resposta da exposição são mencionados:

“Os fatores que influenciam estes riscos incluem duração intensidade e tipo de exposição ao fumo; suscetibilidade mediada geneticamente, exposição ambiental e ocupacional; uso de medicação e coexistência de fatores de riscos e doenças” p 796.

Observa-se também de forma nítida a valorização dada ao potencial de modificação do risco atribuível ao tabagismo no discurso da relação do tabagismo com doença cardiovascular, com o câncer e com a DPOC.

”Doença cardiovascular. A coronariopatia prematura é a consequência clínica mais importante do fumo (ver o Cap. 189)...O fumo é o fator de risco modificável para coronariopatia mais importante. Aproximadamente 25% de mais de 500 000 mortes por coronariopatia ocorridas a cada ano nos EUA são atribuídos ao fumo...

“O risco de CHD é 60 a 70% maior nos fumantes do sexo masculino do que nos não fumante. “... As mulheres que fumam cigarro também possuem um maior risco de desenvolver coronariopatia do que as não fumantes, e tanto o uso de cigarro como de anticoncepcionais orais aumentam esse risco em aproximadamente 10 vezes.” p 796

“..A interrupção do fumo está associada a uma diminuição na mortalidade por coronariopatia...” p 796

”O fumo é o fator de risco mais potente para arteriosclerose obliterante (ver cap. 195) e para a tromboangiíte obliterante (ver o capítulo 198) . p 796

“Câncer . O fumo é a mais importante causa de mortalidade por câncer nos EUA, respondendo por 30% de todas as mortes por câncer.” p 796

“...Os homens que fumam um maço por dia aumenta 10 vezes esse risco ( de câncer de pulmão)

“Problemas Respiratórios

O fumo é a principal causa de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) como a bronquite crônica e o enfisema (ver o Cap 208)

Das 60 000 mortes estimadas por DPOC ocorridas nos EUA em 1983, aproximadamente 85% forma atribuídas ao fumo. Os ex-fumantes experimentam uma redução na mortalidade por DPOC e uma diminuição na prevalência de sintomas pulmonares...” p 796

Nessa edição se por um lado a fisiopatologia da nicotina é abordada de forma relativamente extensa, por outro, o aspecto dependência ainda é abordado de forma superficial, e utilizando o conceito de hábito:

“A nicotina, o componente mais característico do tabaco, é um alcalóide altamente tóxico, que é tanto um estimulante quanto depressor ganglionar...”

“As respostas cardiovasculares agudas à nicotina incluem elevação da pressão arterial diastólica e sistólica, frequência cardíaca, força de contração miocárdica, consumo de oxigênio no miocárdio, fluxo sanguíneo arterial coronariano, excitabilidade miocárdica e vasoconstrição periférica...”

“Observou-se também que a nicotina eleva as concentrações séricas de glicose, cortisol e ácidos graxos livres e aumenta a agregação plaquetária..”

“A nicotina desempenha um papel importante mas não exclusivo na manutenção do hábito de fumar...”

Apesar da dependência ser discutida de forma superficial, já se observa uma maior preocupação em fornecer detalhes sobre as técnicas de abordagem do fumante e sobre os resultados:

“Suspensão do fumo. As forças psicossociais levam ao início do hábito de fumar, especialmente entre adolescentes. Mais tarde, a toxicomania e fatores psicológicos ajudam a manter a dependência do fumo”. p 797

“Todos os fumantes deveriam ser encorajados a interromper o hábito, especialmente aqueles grupos de alto risco com pneumopatia crônica, arteriopatia coronariana e gravidez.

“Os programas organizados empregam várias técnicas, incluindo instrução, aconselhamentos, clínicas de abstinência,

modificação comportamental, hipnose, condicionamento aversivo, auto-controle e terapia medicamentosa.”

“Os médicos podem ajudar seus pacientes fumantes da seguinte maneira:

- Obter uma história quantitativa do fumo
- Explicar os riscos à saúde de uma maneira pessoalmente relevante
- Enfatizar os benefícios em relação a suspensão do fumo
- Aconselhar e ajudar o paciente fumante a parar de fumar
- Fornecer materiais de leitura para auto socorro
- Ponderar encaminhando o paciente para um programa de tratamento formal
- Apoiar o paciente em programa de manutenção”

“Uma goma de mascar contendo nicotina que pode aliviar os sintomas de suspensão, pode ser um adjunto útil nos programas supervisionados clinicamente.” p 797

Embora dificilmente os fumantes consigam manter um padrão reduzido de consumo, em função da sua necessidade de nicotina relacionada ao fenômeno tolerância que acompanha a dependência de nicotina e de outras drogas, observa-se que no discurso abaixo o médico é orientado a estimular seus pacientes a reduzirem o consumo, sugerindo que esse fenômeno ainda não era bem compreendido nem valorizado na prática clínica por ocasião da sua publicação:

“Os paciente que são incapazes ou não desejam parar de fumar cigarros devem ser auxiliados a reduzir sua exposição ao fumo, fumando menos cigarros, tragando menos, dando poucas baforadas e deixando uma ponta de cigarro maior.”

É interessante observar uma preocupação com a baixa intervenção do médico sobre o tabagismo de seu paciente e em incentivá-los a valorizarem e a adotarem o tratamento do fumante na prática clínica:

“Embora somente 10% dos médicos fumem, uma minoria de pacientes relataram receber conselhos de seus médicos visando a suspensão do fumo”

“Ensaio controlados mostraram que o aconselhamento médico aumenta os índices de renúncia ao fumo por tempo prolongado.”

“Pesquisas mostram que os pacientes são informados inadequadamente sobre os riscos do fumo”

Ao mesmo tempo observa-se uma preocupação em apresentar questões sociais que influenciam na iniciação do tabagismo, consideradas também importantes para o seu controle, assim como em estimular os médicos a apoiarem e a liderarem essas ações:

“Os jovens que foram treinados para resistir às pressões sociais, que compreendem as conseqüências do fumo para sua saúde e que avaliam as dificuldades de suspensão são menos passíveis a iniciar o hábito de fumar.”

“Os médicos devem liderar e apoiar os esforços para aumentar as obrigações de pagar impostos sobre o fumo, para eliminar todas as atividades promocionais e anúncios e para proibir o fumo em lugares públicos.”

### **Harrison – Medicina Interna – 13ª edição - 1995**

Na 13ª edição do “Harrison Medicina Interna” do ano de 1995, traduzido do original em inglês de 1994, a palavra chave que aparece no índice remissivo é tabagismo. As referências vinculadas a essa palavra tanto aparecem de forma fragmentada vinculada a uma grande variedade de condições clínicas, como também aparece concentrada em um volume expressivo de páginas (2558-2562), o que parece demonstrar que nessa edição o tabagismo consolidou seu espaço como uma condição clínica, merecendo uma abordagem especial:

- “Tabagismo 2558 –2562
  - Aterosclerose e , 1167
  - Bronquite crônica e, 1257, 1261
  - Características dos fumantes 2559
  - Cessação do , 2560
    - Benefícios 2561
    - Métodos de 2561
    - Orientação médica 2561
    - Processo, 2561
  - Correlações clínicas 2559
    - Câncer 2559
    - Depressão, 2560
    - Distúrbios gastrointestinais 2560
    - Doença respiratória 2560
    - Efeitos das drogas 2560
    - Inalação involuntária da fumaça 2560



- Doença pulmonar obstrutiva crônica e, 1140
- E acidente vascular cerebral 2346
- E câncer 1908
  - De pulmão, 1292
  - Oral 213
- E hipertensão, 1173
- e histoplasma pulmonar 897
- e uso de teofilina 1229
- epidemiologia 2559
- extrassístole precipitada pelo, 1067
- fumaça do cigarro
  - constituintes selecionados da 2558
  - farmacologia da 2558
  - propriedades físico-química da 2558
  - impotência associada a 227
  - lesões da mucosa oral no 213
    - evolução das 213
    - manifestações clínicas 213
  - Osteoporose 2127
  - Palpitação e 65
  - Passivo 1241
  - Prevalência de nos EUA, 14
  - Prevenção do, 2562
  - Tipo de fumo, 2560
  - Tromboangeíte obliterante e 1193~

Nesse livro chama a atenção o fato de que o tabagismo entra no capítulo “Riscos Ambientais e Ocupacionais” como um sub-capítulo “Dependência de Nicotina”.

Observa-se que no discurso de introdução nesse sub-capítulo o aspecto tabagismo como dependência é mais bem discutido, valorizado e mais bem detalhado do que na 11<sup>a</sup> edição:

“O reconhecimento do uso do tabaco como uma dependência e da nicotina como uma droga indutora da dependência é essencial para a abordagem eficaz do fumante”

“Os critérios para definir dependência química são: uso compulsivo, efeitos psicoativos e comportamento reforçado pela droga.”

“O uso da nicotina preenche esses critérios porque ele produz uma urgência impulsionando para fumar...”

”A tolerância e a dependência física, manifestadas por uma síndrome de abstinência mediada pela supressão, contribuem para o forte controle exercido pela nicotina no comportamento de fumar.”

“ Os fumantes regulam sua dose de nicotina para obter os efeitos desejados”

“Esta síndrome (a de abstinência) é caracterizada por raiva, ansiedade, desejo de obter derivados do tabaco, dificuldade de concentração, fome...

A maioria desses sintomas atinge seu ponto máximo em um a dois dias”

Os componentes psicossociais da dependência são também enfatizados:

“O uso dos de produtos de tabaco é um comportamento complexo aprendido, que é organizado entre as fibras da vida diária e está ligado a como o fumante lida com o mundo”

“Numerosas atividades diárias, pensamentos e emoções servem como indícios poderosos para fumar. Essas ligações condicionadas acompanhadas de efeitos neuroreguladores positivos da nicotina para reforçar o processo adictivo”

“As características pessoais como o nível de instrução, a crença na capacidade do indivíduo de mudar e a capacidade de lidar com as situações são determinantes do uso do tabaco. De maneira similar, os fatores ambientais como o nível de aceitação do fumo em casa, no grupo social, no local de trabalho e as normas da comunidade influenciam o comportamento do fumante.”

Também chama a atenção o reconhecimento do tabagismo não só como dependência de nicotina mas como uma doença crônica para a qual o clínico deve adquirir habilidade no seu manejo:

“A dependência de nicotina deve ser considerada como um problema clínico crônico que exige intervenção por um período prolongado e habilidade no manuseio”

O tópico que aborda a cessação de fumar já a apresenta como um processo cíclico de mudança de comportamento, onde são reconhecidos estágios intermediários antes da cessação completa:

“Cessação do tabagismo. O processo de cessação. A cessação de fumar é um processo dinâmico e cíclico que leva a suspensão de uma comportamento dependente

Os fumantes movem-se através de uma série de estágios nas suas tentativas para interromper o hábito, inclusive ao pensara me parar, decidir parar, tentar parar e manter o estado de ex-fumante.”

“A recaída não deve ser considerada como falha, porém como parte do processo cíclico que leva a cessação.”

Observa-se também nessa edição que as informações técnicas sobre a abordagem da cessação de fumar aparecem mais detalhadas que na 11<sup>a</sup> edição:

”Métodos de cessação. Mais de 90% dos ex-fumantes confirmados interrompem sem assistência formal

Parar a “seco” é o método utilizado por mais de 80% dos ex-fumantes bem sucedidos

Os programas organizados empregam uma variedade de abordagem incluindo auto-ajuda, orientação e aconselhamento médico, uso de medicação, terapia de grupo, treinamento comportamental, hipnose e acupuntura

Com esses métodos, 20 a 30% das taxas de abstinência por 1 ano são comumente relatadas”

Outro aspecto bastante relevante no discurso dessa edição é que a ênfase que dá ao papel do clínico para promoção da cessação de fumar de seus pacientes:

“Orientação médica:

Os médicos apresentam oportunidades únicas e instrumentos eficazes para promover a cessação do hábito de fumar

O tratamento da dependência nicotínica   no mínimo tão eficaz no custo quanto o tratamento de outros problemas clínicos comuns como a hipertensão e a hipercolesterolemia”

Nessa edição é oferecido para o clínico um roteiro mais sistemático da abordagem do paciente fumante, porém ainda superficial e resumido:

“As três fases essenciais para o manuseio clínico incluem avaliação intervenção e seguimento

Quadro 393-2 - oientaç o do médico para manipular a dependência   nicotina

**Avaliação**

História do tabagismo

Nível de dependência   nicotina

Estado de saúde  
Experiência de interrupção do hábito  
Interesse em interromper

### **Intervenção**

Ensinar  
Benefícios da cessação  
Processo de cessação  
Síndrome de abstinência  
Conselho para interromper  
Mensagem personalizada  
Data para interromper\  
A seco  
Métodos de cessação selecionados  
Auto-ajuda  
Ajudado pelo médico  
Suplementação de nicotina  
Treinamento comportamental  
Terapia de grupo  
Método de implementar  
Atingir as necessidades específicas

### **Seguimento**

Medição do progresso  
Proporcionar apoio  
Lidar com a recaída  
Considerar métodos alternativos  
Considerar encaminhamento”

Observa-se nesse discurso a valorização da abordagem comportamental e o reforço do papel do medicamento como coadjuvante no contexto da cessação de fumar.

“Tanto a goma de mascar quanto os fragmentos transdérmicos de nicotina melhoram as taxas de cessação quando utilizadas em combinação com outras intervenções”

Em resumo, pode-se observar nos livros analisados que de forma geral há uma tendência histórica a valorização do tabagismo na prática clínica. Nas edições anteriores ao ano de 1988, ou seja antes da divulgação do relatório do *Surgeon General* dos Estados Unidos reconhecendo a nicotina como causa de dependência, observa-se que a principal representação dada ao tabagismo era a de fator de risco de outras patologias (Figura 4). A cessação de fumar no máximo era mencionada como parte do manejo da condição clínica a qual estava vinculada, sem dar maiores detalhes sobre como fazê-lo.

No fim da década de 80, observa-se que tabagismo ganha o *status* de condição clínica, ganha mais consistência ao aparecer concentrado em capítulos ou sub-capítulos, e observa-se uma maior valorização da cessação de fumar que aparece com contornos mais definidos quanto a sua sistematização na prática médica.

Por outro lado, apesar da nítida evolução do reconhecimento do tabagismo como uma condição clínica, chama-nos a atenção a indefinição do campo onde o tabagismo aparece inserido. Na maioria dos livros que aborda o tabagismo de forma mais concentrada, ele aparece em capítulos relacionados à medicina preventiva, embora em um deles tenha aparecido no capítulo que aborda abuso de drogas (Quadro 4; Quadro 5 e Quadro 6).

<b>Livro/ano /edição</b>	<b>CECIL – MEDICINA INTERNA BÁSICA –1986/89</b>	<b>CECIL – MEDICINA INTERNA BÁSICA – 2<sup>A</sup> EDIÇÃO - 1990/91</b>	<b>CECIL – MEDICINA INTERNA BÁSICA – 3<sup>A</sup> EDIÇÃO 1993 /94</b>	<b>CECIL – MEDICINA INTERNA BÁSICA – 4<sup>A</sup> EDIÇÃO –1997/98.</b>
<b>Inserção do tema no livro</b>	Fragmentada em diversos capítulos como fator de risco ou fator causal de doenças  Não tem capítulo, subcapítulo ou subitem concentrando o tabagismo e os diversos aspectos	Fragmentada em diversos capítulos como fator de risco ou fator causal de doenças.  Não tem capítulo, subcapítulo ou subitem concentrando o tabagismo e os diversos aspectos	Fragmentada em diversos capítulos como fator de risco ou fator causal de doenças  Não tem capítulo, subcapítulo ou subitem concentrando o tabagismo e os diversos aspectos	Fragmentada em diversos capítulos como fator de risco ou fator causal de doenças  Subcapítulo concentrando o tabagismo inserido no Capítulo Abuso de Álcool e Substâncias.
<b>Palavras usadas para descrever o tabagismo</b>	Fator de risco Fator etiológico	Fator causal	Fator causal Fator de risco	Fator de risco; fator causal; fator predisponente Carcinógeno ambiental Maior ônus para a saúde da sociedade; Estimulante altamente viciador
<b>Abordagem sobre tabagismo passivo</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
<b>Descreve o tabagismo como dependência</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b> Porém usa a palavra vício
<b>Descreve o tabagismo como doença</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>
<b>Aborda as questões psicossociais do tabagismo</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Muito pouco</b>
<b>Descreve a técnica para cessação de fumar</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não.</b>

**Quadro 5-** Análise horizontal da inserção do tabagismo em 3 edições do livro Cecil Tratado de Medicina Interna

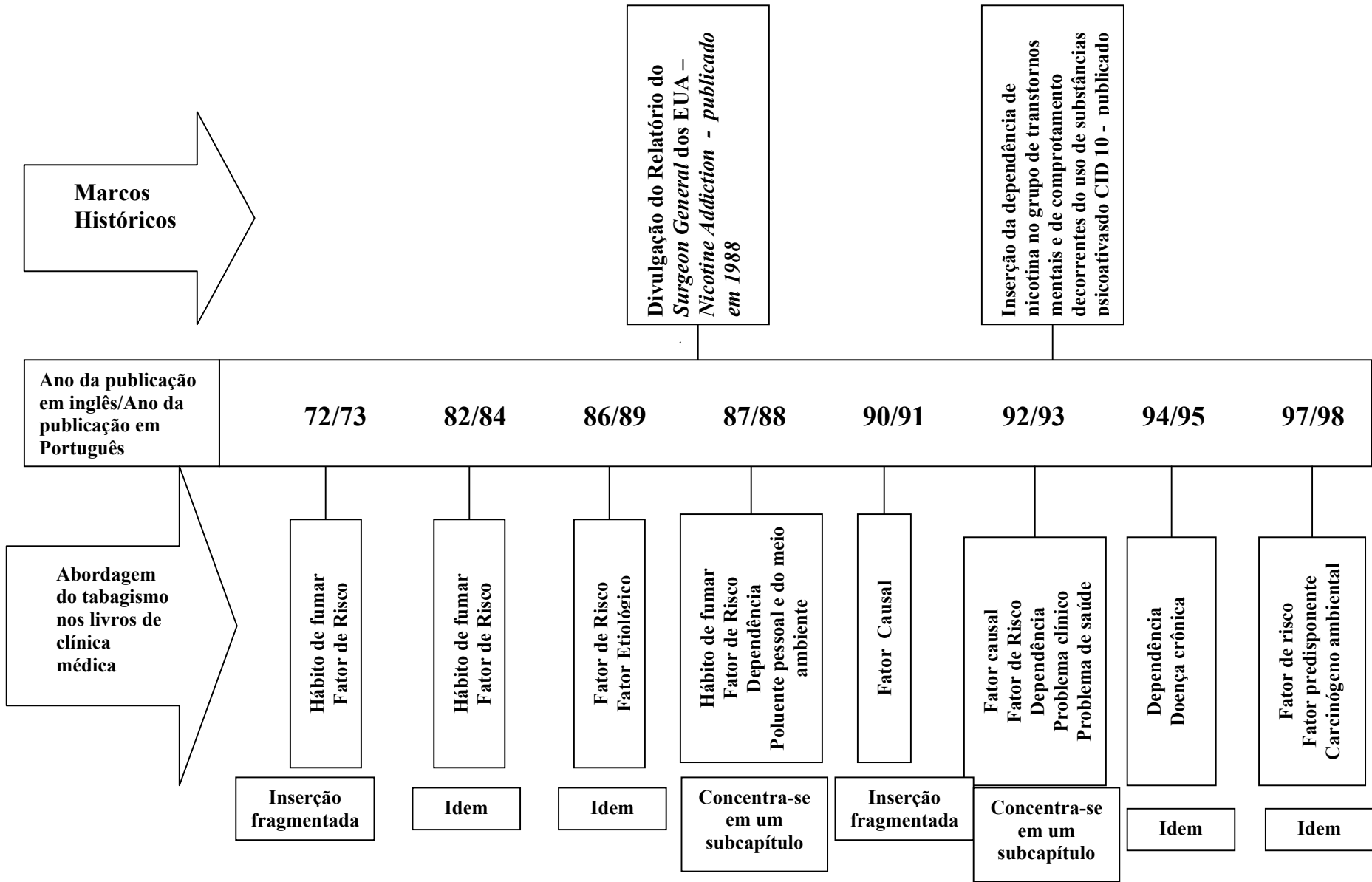
<b>Livro/ano /edição</b>	<b>CECIL – TRATADO DE MEDICINA INTERNA –1972/73</b>	<b>CECIL – TRATADO DE MEDICINA INTERNA –1982/84</b>	<b>CECIL – TRATADO DE MEDICINA INTERNA –1992/93</b>
<b>Inserção do tema no livro</b>	Análise prejudicada	Fragmentada em diversos capítulos como fator de risco ou fator causal de doenças.  <b>Não</b> tem capítulo, subcapítulo ou subitem concentrando o tabagismo e os diversos aspectos. Embora tenha um capítulo sobre Drogas, Dependência e Intoxicação onde é incluída a abordagem de diversas drogas como álcool, hipnóticos cocaína cannabis e outras ma não inclui a nicotina.	Fragmentada em diversos capítulos como fator de risco ou fator causal de doenças.  Subcapítulo concentrando o tabagismo inserido no Capítulo Saúde Pessoal e Medicina Preventiva como um subcapítulo Tabaco e Saúde
<b>Palavras usada para descrever o tabagismo</b>	Hábito de fumar Fator principal de neoplasias pulmonares	Hábito de fumar Principal risco carcinogênico Risco de saúde pública	Dependência Problema clínico potencialmente grave Problema de saúde
<b>Fala sobre tabagismo passivo</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>Descreve o tabagismo como dependência</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>Descreve o tabagismo como doença</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>Aborda as questões psicossociais do tabagismo</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>Descreve a técnica para cessação de fumar</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>

**Quadro 6-** Análise horizontal da inserção do tabagismo em 3 edições do livro Harrison - Medicina Interna

<b>Livro/ano /edição</b>	<b>HARRISON MEDICINA INTERNA –1977</b>	<b>HARRISON - MEDICINA INTERNA – 1987/88</b>	<b>HARRISON - MEDICINA INTERNA – 1994/95</b>
<b>Inserção do tema no livro</b>	Análise prejudicada	Fragmentada em diversos capítulos como fator de risco ou fator causal de doenças.  Subcapítulo concentrando o tabagismo inserido no Capítulo Distúrbio causado por agentes biológicos e ambientais”. Como item : Fumo	Fragmentada em diversos capítulos como fator de risco ou fator causal de doenças.  Subcapítulo concentrando o tabagismo inserido no Capítulo Riscos Ambientais e Ocupacionais como um subcapítulo denominado Dependência de nicotina
<b>Palavras usada para descrever o tabagismo</b>	Pesquisa prejudicada	Hábito de fumar Causa de doença e de morte prematura Fator de risco modificável Suscetibilidade mediada geneticamente Dependência Poluente pessoal e do meio ambiente	Dependência Problema clínico crônico Comportamento complexo aprendido
<b>Fala sobre tabagismo passivo</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
<b>Descreve o tabagismo como dependência</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim.</b>
<b>Descreve o tabagismo como doença</b>	<b>Não</b>	“ <b>Não</b>	<b>Sim</b> o
<b>Aborda as questões psicossociais do tabagismo</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
<b>Descreve a técnica para cessação de fumar</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>



**Figura 4** - Evolução histórica da abordagem do tema tabagismo em livros de clínica médica



## Os Médicos, seus Discursos e Representações sobre o Tabagismo

Para identificar a qual dos grupos o respondente pertencia, foi usada a classificação G1, para os médicos do Hospital Universitário Pedro Ernesto; G2 para os médicos da rede municipal do Rio de Janeiro e G3 para os médicos da rede municipal de Itaperuna.

Das 38 pessoas entrevistadas, 19 eram do sexo feminino, e 19 do sexo masculino.

A idade variou de 18 a 56 anos de idade com uma mediana de 44 anos.

Dezenove do total de entrevistados relataram já ter tido algum tipo de informação sobre tratamento de fumante e 19 responderam que não.

A mediana do tempo de formado foi de 17 anos (mínimo 0 e máximo de 29 anos de formado).

Vinte e nove entrevistados se classificaram como nunca fumantes, apenas 1 como fumante e 7 como ex-fumantes. Uma pessoa não identificou seu *status* de consumo de tabaco.

Um dos problemas desse grupo entrevistado resultou da pouca representatividade do grupo de fumantes, o que provavelmente pode ter sido resultante do fato de que os fumantes comumente fogem da discussão ou de qualquer abordagem sobre o assunto, especialmente os que não querem deixar de fumar ou os que têm muita dificuldade em deixar de fumar. Outra possível razão pode estar relacionada à prevalência de fumante entre médicos que provavelmente hoje é mais baixa do que a relatada no estudo de Campos (1992), em torno de 25% há cerca de 9 anos atrás.

Do total dos entrevistados, 18 referiram ter recebido algum tipo de informação anterior sobre tratamento do fumante (G1= 4; G2 = 8 e G3 = 6). Todos responderam afirmativamente à questão que perguntava se havia interesse em receber material informativo ou treinamento sobre tabagismo e cessação de fumar, demonstrando algum interesse em conhecer mais sobre a questão.

A questão que indagava se o profissional achava que seria possível realizar a abordagem do fumante para cessação de fumar nas suas rotinas de atendimento foi inserida posteriormente às 7 primeiras entrevistas aplicadas entre os profissionais do HUPE (G1).

Dessa forma, as respostas a essa pergunta só foram dadas pelos 31 profissionais do G2 e G3. Desses, apenas 1 respondeu que não seria possível inserir a abordagem e tratamento do fumante na sua rotina, e justificou sua negativa com a falta de tempo, embora achasse que poderia ser feito o “alerta” para o fumante. Um dos entrevistados não respondeu essa questão, e os 29 restantes responderam que sim. Dentre os que responderam afirmativamente, dois fizeram ressalvas. Os pontos colocados diziam respeito a disponibilidade de tempo e a falta de habilidade para a abordagem.

Dos 38 entrevistados, 37 relataram trabalhar em unidades de saúde pública como posto de saúde, centro de saúde, hospital geral ou hospital escola.

A maior parte dos entrevistados era de especialidade clínica. Apenas 2 entrevistados eram de especialidades cirúrgicas (cirurgia geral e urologia) e 2 de especialidades diagnósticas (radiologia). A especialidade clínica que predominou foi clínica médica, relatada por 14 dos entrevistados. Além de clínica médica, as especialidades referidas pelos demais entrevistados foram endocrinologia, medicina integral, cardiologia, pneumologia, terapia intensiva, clínica do adolescente, medicina do trabalho, nefrologia, gastroenterologia e geriatria.

A questão que visava estimular os médicos a relatarem as doenças que associavam ao tabagismo mostrou que o câncer, as doenças cardiovasculares e as doenças respiratórias foram as mais citadas, como era de se esperar. Em menor escala, foram lembradas outras condições como gastrite ou úlcera péptica, impotência sexual e alterações relativas ao psiquismo.

Chamou a atenção a pouca associação da relação tabagismo com danos fetais na gravidez e a sua associação com a osteoporose, o que talvez possa ser o resultado da influência da especialidade dos entrevistados, já que no grupo entrevistado não havia nenhum pediatra ou ginecologista/obstetra.

A relação tabagismo dependência/vício foi lembrada apenas por uma pessoa, o que de certa forma pareceu um paradoxo já que nas manifestações sobre tabagismo, grande parte o reconheceu como uma dependência de droga, como veremos adiante. Isso talvez reflita o fato de que a relação dependência / doença ainda não esteja clara para o médico

### **As representações dos médicos sobre tabagismo**

Estimulando-se o discurso do médico com a questão “Descreva sua concepção sobre tabagismo” visou-se abrir um espaço para que o médico manifestasse sua representação sobre tabagismo, tanto na dimensão técnico/cognitiva como nas dimensões afetiva/atitudinal.

Um dos aspectos do discurso médico que chamou a atenção foi o fato de que ao lado das concepções tabagismo/doença, tabagismo/dependência, também circulam representações do tabagismo como hábito no sentido de estilo de vida, o que parece traduzir um processo de ancoragem da nova representação em velhos símbolos representativos do tabagismo no imaginário social.

Na fala que se segue observa-se o processo de construção da nova representação social do tabagismo, onde a ancoragem da nova representação (doença, dependência), numa velha (hábito / estilo de vida) é usada como recurso para a transformação do não familiar em familiar. Através desse processo é estabelecida uma conexão entre uma velha representação do tabagismo enquanto hábito de vida, estilo de vida, com uma nova representação, o tabagismo como dependência/doença, criando novos significados e imagens do objeto: o tabagismo é ao mesmo tempo um hábito de vida, algo que traz conseqüências danosas a saúde (fator de risco) e uma doença. Ou seja, observa-se claramente nesse processo de ancoragem a evolução da patologização do tabagismo.

*“Condição relacionada ao hábito de fumar que leva ao aparecimento de patologias cardiovasculares, pulmonares, câncer e que envolve fatores psicológicos, sociais e dependência química.” (Fem, 30 anos, CI Médica, nunca fumante, G2).*

*“O tabagismo deve ser visto como qualquer outra doença. É um hábito de vida que traz conseqüências danosas à saúde. É uma doença que pode ser prevenida e tratada”. (Fem, 49 anos, pneumologista, nunca fumante, G1).*

Já em outras falas, a relação tabagismo/hábito mesclada com manifestações da relação tabagismo/dependência parece representar a ancoragem da nova representação do tabagismo com o antigo conceito relacionado ao aspecto “habitante” das drogas (Hennenfield *et al*, 1993).

*“É o hábito de consumir sob diversas formas o tabaco. A mais comum é através do fumo sobretudo do cigarro. Também há fumo de cachimbo e charuto. Mascar tabaco é outra forma que eu conheço”. (52 anos, fem, terapia intensiva, nunca fumante, G1)*

*“Hábito de fumar qualquer tipo de tabaco tendo como base uma dependência psico-química”. (Masc, 45, CI Médica, nunca fumante, G2).*

Em algumas falas, o tabagismo já é representado puramente como uma droga, capaz de causar dependência, embora ainda sem uma clareza de que a nicotina é a responsável pela dependência química.

*“Tabagismo é a dependência química às substâncias contidas no tabaco que vai desde a nicotina, alcatrão e derivados até outras substâncias contidas no tabaco” (Masc, 51, Clínica de Adolescente, ex-fumante, G2)*

Na fala abaixo, o reconhecimento de que o tabagismo é uma dependência e precisa de tratamento parece reforçar a percepção de que a nova representação social do tabagismo (tabagismo - dependência) vem se ampliando na classe médica, e assim sedimentando o seu novo *status* de doença.

*“Considero como droga portanto passível de dependência que necessita de tratamento para os que desejam deixar de fumar” (Fem, 45, Clínica Médica, nunca fumante, G2)*

Por outro lado, a palavra “vício”, que atualmente é evitada nos meios que lidam com dependência química por ter um caráter pejorativo e uma conotação moral negativa, como já discutido no capítulo anterior, aparece com frequência nas falas como sinônimo de dependência, o que sugere ainda existir uma forte conexão da representação médica do tabagismo com significados e símbolos de cunho moral presentes no senso comum.

*“Tabagismo é um vício que infelizmente tem afetado cada vez mais pessoas em todo o mundo; é de difícil controle e causador de diversas doenças não só para quem o pratica como também para quem convive com este.” (Masc, 18, acadêmico, nunca fumante, G3)*

Na fala a seguir uma cardiologista define o tabagismo como um vício e o fumante como uma pessoa dependente de uma droga. Novamente podemos perceber um processo de ancoragem, onde a representação moral do senso comum (tabagismo / vício) ainda se conecta com a nova representação (tabagismo/dependência)

Tabagismo: “É um vício”

Fumante: “Uma pessoa dependente de uma droga.” (Fem, 44, Cardiologia, nunca fumante)

Em algumas falas, as representações negativas do modelo moral aparecem carregadas de manifestações emocionais, onde o comportamento de fumar é associado à falha de caráter,

estupidez, egoísmo, e onde o entrevistado coloca de forma radical o seu antagonismo ao fumante. Novamente, as manifestações parecem mostrar uma representação onde o processo de ancoragem buscou símbolos e imagens circulantes no senso comum, onde o fumante cada vez mais é representado como *persona non grata*.

“O tabagismo é visto em minha concepção como um ato de individualismo” (Masc, 26, geriatria, nunca fumante, G3)

“Vício absoluto de muito mal gosto” ( Fem, 25, Cl Médica, nunca fumante, G3)

“Vício estúpido” ( Masc, 45 anos, Urologia, nunca fumante, G3)

Um grau extremo de representação negativa do modelo moral se manifestou de forma bastante radical na fala de um jovem profissional, que chegou a defender a idéia da criminalização do tabagismo:

“É o maior causador de óbito e o vício mais difícil de ser controlado. Vem crescendo muito no meio adolescente. Deveria ser proibido o fumo e ser preso quem fosse adepto desse vício.” (Masc, 22, acadêmico, nunca fumante, G3)

Percebe-se também em algumas falas que as representações do modelo moral também se manifestam através de indignação, por ser uma droga legalizada, socialmente aceita e estimulada pelos meios de comunicação, e que traz prejuízos para a saúde dos indivíduos, e para a sociedade. Novamente podemos perceber a utilização das palavras “dependência” e “vício” como sinônimos.

“Droga *aceita socialmente*, com grande tendência a *dependência* (a nicotina) e com abstinência como qualquer droga”

“ Dependência química de uma *droga* (nicotina) *lícita e encorajada* por uma propaganda maciça que relaciona o tabagismo a uma imagem de riqueza, virilidade, beleza e outros. Leva o dependente a várias patologias que diminui a qualidade de vida do indivíduo e freqüentemente à morte precoce em idade produtiva, esse *vício* onera a sociedade e dá um prejuízo superior ao dinheiro arrecadado em impostos sobre o cigarro”

“Trata-se de um *vício estimulado* pelos meios de comunicação, direcionado aos jovens pelas empresas multinacionais que visam lucros fabulosos em detrimento da saúde da população” (Masc, 55 anos, Cl. Médica, nunca fumante, G2).

Algumas falas manifestam o reconhecimento de uma trajetória do tabagismo na vida de cada fumante, iniciando-se como uma opção comportamental estimulada e adquirida na adolescência e que com o passar do tempo evolui para uma dependência, que resulta em doenças e mortes. Traduzem também o reconhecimento da influência de fatores psicossociais na iniciação e manutenção do tabagismo como o estresse, a insegurança, o sofrimento psíquico e influência do estímulo social através da publicidade, tanto para a iniciação como para a manutenção do tabagismo.

“Tabagismo, eu penso que seja uma *atitude/comportamento* inicialmente de caráter voluntário e que depois se transforma numa *dependência química*”. (Fem , 39 anos, Medicina Integral, nunca fumante, G1)

“*Hábito* adquirido geralmente pelo adolescente ou adulto jovem que posteriormente pode ou não se transformar em *vício* de difícil abandono e que na maioria das vezes leva a complicações gerais” (Fem, 47, Endocrinologia, ex-fumante, G2)

“Dependência psíquica em grande número dos casos dependência química.” (Masc, 52, Cl Médica, status do tabagismo não informado– G3)

“Uma dependência vinculada ao estresse e aos meios de comunicação.” ( Masc, 26, Cardiologia, ex-fumante – G3)

“Tabagismo é um vício que pode ser adquirido em decorrência à diversas situações ( fuga, estresse emocional, inseguranças etc) que leva a conseqüências importantes ( na maioria das vezes menosprezadas) na saúde do indivíduo, sendo necessários tratamentos específicos para tal.” (Fem, 39 anos, Medicina Integral, nunca fumante, G1)

Apesar de não ter havido nenhum estímulo no que se refere ao tabagismo passivo, observou-se a ocorrência de manifestações espontâneas de preocupação com os malefícios da exposição passiva à fumaça do cigarro, pontuada por uma certa indignação e até mesmo revolta. Essa preocupação foi representada de várias formas, não só no discurso para descrever o tabagismo, como também ao se classificar como fumante passivo na pergunta que procura identificar o *status* de consumo de tabaco do entrevistado.

O que nos chama a atenção é que todas as manifestações sobre tabagismo passivo partiram de nunca fumantes, o que de certa forma parece retratar a atual pressão social

existente sobre o fumante, principalmente pelos que nunca tiveram a experiência de ser fumante.

“Tabagismo é um vício que infelizmente tem afetado cada vez mais pessoas em todo o mundo; é de difícil controle e causador de diversas doenças não só para quem o pratica como também para quem convive com este.” (Masc, 18, acadêmico, nunca fumante, G3)

“Vício prejudicial a saúde do fumante e do não fumante. Hábito extremamente prejudicial a sociedade como um todo porém legalizado” (Masc, 50 anos, CI Médica, nunca fumante, G2)

“Sou radicalmente antitabagista tanto pelos conhecimentos médicos que tenho como pelo incômodo causado pelo odor causado pelo mesmo.” (Fem, 42, Clínica Médica, nunca fumante, G2)

Pelas falas acima podemos perceber que no meio médico circula um verdadeiro mosaico de representações sobre o tabagismo. Se por um lado, no nível cognitivo o reconhecimento de que o tabagismo, além de fator de risco para o desenvolvimento de doenças é também por si só uma doença, uma dependência, por outro, ainda são encontradas na dimensão emocional, manifestações morais negativas bastante fortes, na verdade extensão das representações do tabagismo circulantes no senso comum.

Esse mosaico de representações expõe o processo de transformação do não familiar em familiar através da ancoragem da nova representação social do tabagismo recém circulante nos meios acadêmicos (tabagismo doença/dependência), em velhos símbolos e significados presentes no senso comum, onde o tabagismo é representado com frequência como hábito de vida, ou mesmo como uma manifestação de fraqueza, ou vício.

De forma geral, na dimensão atitudinal e afetiva, as representações sobre tabagismo dos nunca fumantes mostraram-se mais radicais e envoltas por uma simbologia de moralidade mais forte do que nas manifestações dos ex-fumantes e da única pessoa fumante que foi entrevistada (Quadro 7.).

### **As representações dos médicos sobre fumantes**

A manifestação da concepção sobre fumante foi provocada através da questão “Descreva sua concepção sobre fumante”, e teve como objetivo reforçar o estímulo dado na questão anterior, onde o médico foi instigado a relatar sua concepção sobre tabagismo.



Na verdade, ao manifestar sua concepção sobre tabagismo, o médico também expõe de forma indireta sua concepção sobre fumante e vice e versa. Dessa forma, essas duas questões tiveram também como objetivo identificar as dimensões técnico-cognitivas e emocionais - atitudinais da representação manifesta pelo médico tanto do tabagismo como do fumante, procurando captar contradições, ambivalências, na retórica das argumentações contra ou a favor, e outros detalhes sutis.

As falas relativas à concepção sobre fumante variaram desde uma pretensa neutralidade técnica num extremo, a uma verdadeira explosão de revolta e condenação em outro extremo.

Em algumas falas os profissionais parecem querer mostrar uma posição de neutralidade, evitando emitir julgamento de valor no que se refere ao ato de fumar. A fala abaixo por exemplo parece buscar uma espécie de neutralidade, onde o fumante é descrito em um contexto de comportamento de consumo, sem revestimento de cunho emocional ou de condenação, e sem a esperada conotação de dependência ou doença.

“Fumante é o indivíduo que fuma cigarros e/ou outros derivados do tabaco” (Fem , 49 anos, pneumologista, nunca fumante, G1).

Nas falas abaixo, pode-se perceber uma espécie de gradação, onde essa pretensa neutralidade já faz uma conexão do fumante com a dependência e suas questões psicossociais.

“Fumante é aquele indivíduo que consome algum tipo de fumo (cigarro comum, cachimbo, charuto) com regularidade (ainda que pequena) e que consegue extrair de seu hábito algum tipo de ganho (prazer, segurança, tranquilidade, etc.)” ( Fem , 39 anos, medicina integral, nunca fumante, G1)

“Fumante é o indivíduo que faz uso de cigarro, cachimbo ou charuto. Há classificações quanto a quantidade de cigarros fumados e nível de dependência a nicotina..” (52 anos, fem, terapia intensiva, nunca fumante, G1).

Por outro lado, em algumas falas, observa-se o reflexo do que atualmente acontece na sociedade, onde os fumantes vêm sendo alvo de uma forte pressão social em função da

divulgação dos riscos do tabagismo passivo. Nesse extremo, o fumante é visto como um incômodo, como um insensível, um estorvo, expressões essas que associadas ao uso das palavras viciado e vício são bastante representativas da impregnação do modelo moral descrito por Marllat (1993), abordado no capítulo anterior, parecendo não haver lugar para o reconhecimento de sua condição de doente.

“Um viciado de nicotina que não admite o vício ( na maioria das vezes), inconveniente porque na maioria não se importam com o “seu vizinho”que é obrigado a fumar junto.” (Fem, 42, Nefrologia, nunca fumante, G2)

As manifestações de indignação para com o fumante ao lado do modelo moral são mais evidentes nas representações de nunca fumantes, embora não de todos. Observa-se nas falas abaixo um verdadeiro antagonismo ao fumante, marcado pelo emprego de adjetivos pejorativos, assim como da palavra vício e viciado para descrevê-lo.

“Na maioria dos casos o fumante é egoísta, incapaz de dividir espaços racionalmente, não consciente do real risco do fumo e em uma percentagem importante, porco” (Masc, 38, Cirurgia Geral, nunca fumante, G1)

“Acho o fumante uma pessoa extremamente egoísta e descuidada em relação aos outros. Em geral a sua fumaça não é direcionada para si mesmo, mas incomoda a todos aqueles que estão a sua volta ( no ônibus, nas filas,etc). “ ( Fem, 40, Endocrinologia, nunca fumante, G2)

“Exibicionista, depressivo e fraco de força de vontade (deixa-se dominar).” ( Masc, 55 anos, Cl. Médica,nunca fumante, G2)

“Indivíduo inseguro e egoísta, dependente de droga porém sem condições de largar o hábito caso haja vontade de fazê-lo.” ( Masc, 50 anos, Cl Médica, nunca fumante, G2)

“Um viciado de nicotina que não admite o vício ( na maioria das vezes), inconveniente porque na maioria não se importam com o “seu vizinho”que é obrigado a fumar junto.” (Fem, 42, Nefrologia, nunca fumante, G2)

“Trata-se de uma pessoa extremamente tensa, sem educação, que não tem o mínimo respeito pelo próximo” ( Masc, 43, Gastro, nunca fumante, G3)

“Dependente de vício estúpido.” ( Masc, 45 anos, urologia, nunca fumante, G3)

Em algumas falas menos agressivas, os médicos parecem adotar uma atitude paternalista recorrendo ao reconhecimento da alienação e irracionalidade dos fumantes como forma de justificar as suas atitudes socialmente “condenáveis”. No entanto, não reconhecem a questão da dependência como um dos prováveis fatores da “alienação” do fumante.

“O fumante em sua maioria não sabe ao certo o mal que o tabaco trás usando este constantemente, e os que sabem deste mal, por atitude viciativa, fazem este tipo de uso “irracional”.” ( Masc, 26, geriatria, nunca fumante, G3)

“É um paciente que não tem noção do perigo que causa a sua saúde e a do próximo. A maioria deles não conscientiza do risco que se expõe ao praticar esse ato.” (Fem, 21, acadêmico, nunca fumante, G3)

“Deveria ter consciência do mal que está causando a sua saúde e a de quem convive com ele.” ( Masc, 22, acadêmico, nunca fumante, G3)

Os ex-fumantes parecem ter uma atitude mais compreensiva no que se refere a importante relação do tabagismo com a dimensão psicossocial, o que pode ser o resultado de suas próprias experiências passadas com o tabagismo.

Em algumas falas, o fumante é representado como alguém a quem falta algo e que busca no ato de fumar um apoio para suas necessidades psíquicas, suas inseguranças, e uma adaptação para lidar com os afetos negativos e as dificuldades do dia a dia. Esse reconhecimento parece estar mais presente nas falas de ex-fumantes, embora alguns nunca fumantes também manifestem esse tipo de representação.

“É uma pessoa que transfere para o ato de fumar seus desejos e ansiedades. Esse processo é aprendido no meio familiar, social e nas propagandas (revistas e televisão).” (Masc, 48 anos, CI Médica, nunca fumante, G2)

“O fumante na sua grande maioria tem como ponto de partida a afirmação como adulto. A propaganda sempre é associada a vitória, êxito, mulheres, levando ao jovem ao início do fumar ( fumo). A seguir o jovem passa por imitação a prática do fumo e aí a dependência perpetua o quadro. Na sua grande maioria o fumante é

um indivíduo ansiosos, inseguro, que necessita na sua grande maioria de apoio por parte da família e de seus amigos apoio improtante para suspensão da prática do fumo” ( Masc, 51 , Clínica de Adolescente, ex-fumante, G2)

“Indivíduo que procura através deste ato,desfrutar ou encontrar algo.” (Masc, 42 anos, Clínica Médica, ex-fumante, G2)

“Indivíduo que busca a princípio no fumo a solução para as condições de stress ou inquietude e que gradativamente vai ficando dependente psico-físico.” (Masc, 50, Cl Médica, ex-fumante)

“Indivíduo que necessita de um apoio para suas ansiedades aliado a uma dependência física também.” (Fem, 47, Endocrinologia, ex-fumante, G2)

“É uma pessoa que transfere para o ato de fumar seus desejos e ansiedades. Esse processo é aprendido no meio familiar, social e nas propagandas (revistas e televisão).” (Masc, 48 anos, Cl Médica, nunca fumante, G2)

“Penso que são pessoas dependentes químicas com grande necessidade física e psíquica da nicotina apresentando importante nível de estresse. Precisam de ajuda pois dificilmente conseguem livrar-se do vício sozinhos.” ( Fem, 42, Cl Médica nunca fumante, G2)

Ao descrever o fumante como uma pessoa igual às demais, a fala abaixo parece querer traduzir uma reação à atual condenação ao fumante presente no senso comum, principalmente por tratar-se de uma ex-fumante recente.

“O fumante é um indivíduo como outro qualquer.” ( Fem, 50 anos, endocrinologia ex-fumante recente, G1)

Como observado nas manifestações sobre tabagismo, embora o tema tabagismo passivo não tenha sido estimulado diretamente, ele reaparece de forma mais forte do que na fala usada para descrever a concepção sobre tabagismo, o que parece reforçar a atual pressão social sobre o fumante. Chama a atenção também o fato de que os que manifestaram a preocupação com o tabagismo passivo foram os nunca fumantes.

“..Não podemos esquecer dos fumante passivos, aqueles que involuntariamente estão em contato com os gases emanados dos

fumantes ativos” ( Fem , 39 anos, medicina integral, nunca fumante, G1)

“...Além do fumante ativo que é o habitualmente considerado quando se pensa em fumante, há o fumante passivo que também está sujeito às doenças causadas pelo fumo. O fumo passivo já é considerado a terceira causa de morte evitável.” (52 anos, fem, terapia intensiva, nunca fumante, G1).

“Na maioria dos casos o fumante é egoísta, incapaz de dividir espaços racionalmente...” (Masc, 38, Cirurgia Geral, nunca fumante, G1)

“Acho o fumante uma pessoa extremamente egoísta e descuidada em relação aos outros. Em geral a sua fumaça não é direcionada para si mesmo, mas incomoda a todos aqueles que estão a sua volta ( no ônibus, nas filas,etc). “ ( Fem, 40, Endocrinologia, nunca fumante, G2)

“Um viciado de nicotina que não admite o vício ( na maioria das vezes), inconveniente porque na maioria não se importam com o “seu vizinho”que é obrigado a fumar junto.” (Fem, 42, Nefrologia, nunca fumante, G2)

Como observado nos discursos sobre concepção de tabagismo, também percebe-se no discurso de alguns, a dimensão técnica, “neutra” para descrever o fumante, assim como o reconhecimento do fumante como portador de uma doença, uma dependência que precisa ser tratada.

“Fumante é o indivíduo que fuma cigarros e/ou outros derivados do tabaco” (Fem , 49 anos, pneumologista, nunca fumante, G1).

“Fumante é aquele indivíduo que consome algum tipo de fumo (cigarro comum, cachimbo, charuto) com regularidade ( ainda que pequena) e que consegue extrair de seu hábito algum tipo de ganho (prazer, segurança, tranqüilidade, etc.). Não podemos esquecer dos fumante passivos, aqueles que involuntariamente estão em contato com os gases emanados dos fumantes ativos” (Fem , 39 anos, medicina integral, nunca fumante, G1).

“Uma pessoa dependente de uma droga.” (Fem, 44 , Cardiologia, nunca fumante, G2)

“Fumante é o indivíduo que faz uso de cigarro, cachimbo ou charuto. Há classificações quanto a quantidade de cigarros fumados e

nível de dependência a nicotina. Além do fumante ativo que é o habitualmente considerado quando se pensa em fumante, há o fumante passivo que também está sujeito às doenças causadas pelo fumo. O fumo passivo já é considerado a terceira causa de morte evitável.” (52 anos, fem, terapia intensiva, nunca fumante, G1).

“É um paciente (doente).” ( Fem, não referiu a idade , Pneumo, nunca fumante, se classificou espontaneamente como fumante passivo, G2)

Da mesma forma como foi observado nas manifestações dos médicos frente ao tabagismo, observa-se aqui uma gama de manifestações relacionadas ao fumante, desde as extremamente antagônicas, onde o fumante é desqualificado pelo médico e rotulado como um viciado, um fraco até as mais condescendentes onde o fumante é tido como uma pessoa que utiliza a nicotina para lidar com suas dificuldade do dia a dia, e que precisa ser apoiado. O Quadro 8 procura sintetizar as diferentes manifestações dos médicos sobre o fumante, considerando o status do consumo de tabaco do entrevistado.

### **As representações dos médicos sobre cessação de fumar**

Para estimular os médico a manifestarem seu conhecimento sobre as técnicas de cessação de fumar e suas atitudes e comportamentos frente a um fumante que quer deixar de fumar, foi usada a seguinte questão “Quando um paciente fumante diz que quer deixar de fumar, a estratégia que minha experiência indica é...”.

Com essa questão esperava-se apreender como o médico enxerga o seu papel na abordagem e tratamento do fumante, nas dimensões cognitivas, afetivas e atitudinais; se ele considera sua função, ajudar o fumante a deixar de fumar; e como ele representa a dinâmica de apoiar um fumante no processo de cessação de fumar.

Também se procurou apreender qual o valor dado ao medicamento na cessação de fumar; se existe a percepção de que o fumante precisa de apoio cognitivo comportamental e se existe a percepção de que o fumante precisa ser acompanhado nesse processo.

Embora a totalidade dos entrevistados tenha manifestado interesse pelo tema, apenas em uma fala pudemos identificar no nível cognitivo a sistematização da abordagem do fumante conforme o que é preconizado pelo Programa “Ajudando seu Paciente a Deixar de

Fumar”. Nesse discurso, observa-se a preocupação com a motivação e apoio ao fumante, ao lado de orientações para lidar com a síndrome de abstinência, de orientações para lidar com os estímulos ambientais que favorecem o consumo de cigarros. Observa-se também o reconhecimento da necessidade do acompanhamento em função dos riscos de recaída e do papel do médico como motivador para a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis.

“Estimulá-lo e oferecer-lhe apoio.

Explicar-lhe os problemas previsíveis decorrentes da abstinência.

Conversar com ele sobre fatores/situações que ele associa ao fumo, a fim de planejar em conjunto, as estratégias para evitar o fumo ( não beber álcool e café, não ficar perto de fumantes, por exemplo).

Aconselhá-lo a se livrar de cigarros e isqueiros.

Aconselhá-lo a ter sempre a mão balas e chicletes dietéticos.

Enfatizar que a nicotina é droga que tem grande capacidade de causar adicção e muito difícil por isto de largar. É necessária muita força de vontade.

Caso ele não consiga de primeiro, oferecer apoio para novas tentativas.

Acompanhá-lo durante o período da retirada, dando-lhe apoio e incentivo, parabenizando-o a cada vitória por pequena que seja.

Acompanhá-lo pelo menos até o fim do 1o ano de parada para ajudá-lo a não ter recaída

Orientar o paciente quanto à prática de atividades físicas e a mudança de hábitos alimentares para ajudá-lo na parada e não engordar muito” (52 anos, fem, terapia intensiva, nunca fumante, G1)

Excetuando o discurso acima, de forma geral as manifestações técnico-cognitivas sobre as estratégias para abordagem do fumante mostraram-se muito vagas e ainda pouco estruturadas.

Por outro lado, na dimensão cognitiva pode-se perceber em algumas falas que a questão tabagismo/doença se manifesta através do reconhecimento de que é necessário trabalhar a síndrome de abstinência como uma dos componentes da dependência de nicotina, ao lado do reconhecimento de que para apoiar o fumante na cessação de fumar há a necessidade de uma atitude motivacional por parte do médico,.

“Parabenizá-lo pela atitude  
Incentiva-lo a deixar de fumar

Alerta-lo sobre as manifestações da síndrome de abstinência e ensina-lo como combater estas manifestações.” ( Fem , 49 anos, pneumologista, nunca fumante, G1).

“Dar apoio e orientação.” ( Masc, 52, CI Médica, ?, G3).

“Incentivá-lo mostrando os males causados pelo fumo e a grande melhora da qualidade de vida.” ( Fem, 42, CI Médica nunca fumante, G3).

“Reforço os benefícios que ele terá e o bom senso da decisão. Discuto as dificuldades que ele encontrará e a importância da força de vontade.” ( Fem, 40, Endocrinologia, nunca fumante).

“Encorajá-lo dentro de suas próprias capacidades, caso ele realmente deseje.”. (Masc, 29, Radiologia, ex-fumante, G3).

“Esclarecer inicialmente sobre o “poder” da dependência. Iniciar a redução da exposição a nicotina. Introduzir reposição de nicotina. Aproveitar um afastamento compulsório ( ex. internação para estimular a permanência da abstinência.” (Masc, 37, Cardiologia, nunca fumante, G3).

“Incentivá-lo. Orientá-lo quanto aos riscos do tabaco. Incentivá-lo.” ( Masc, 45 anos, Urologia, nunca fumante, G3)

“Auxiliá-lo e conduzi-lo para que consiga atingir seu objetivo.” (Masc, 22, acadêmico, nunca fumante, G3).

Também observa-se em algumas falas, manifestações de valorização de uma atitude de maior compreensão do outro, de cumplicidade, de empatia e de aproximação nesse tipo de abordagem.

“Inicialmente tentar compreender suas razões para deixar de fumar até aquele momento e o por quê da decisão de interromper o fumo. Acredito que qualquer estratégia de mudança de comportamento só pode ser eficaz se considerar cada indivíduo como único na sua trajetória de vida, acolher suas angústias , expectativas e dificuldades é fundamental para estabelecer o vínculo indispensável a este cuidado específico. Em seguida faz-se necessário traçar alguns objetivos de curto, médio e longo prazo a serem alcançados e estabelecer as estratégias a seguir. Conversar com clareza sobre dificuldades e benefícios desta decisão permitem a pessoa se posicionar melhor no tratamento.” ( Fem , 39 anos, medicina integral, nunca fumante)



A valorização da atitude motivacional do médico por vezes aparece mesclada com manifestações do modelo moral onde a força de vontade parece ser o fator essencial para o sucesso na cessação de fumar.

“Reforçar a vontade do paciente” (Fem, 50 anos, endocrinologia, ex-fumante, G1)

“Só vai parar de fumar se estiver consciente que realmente quer parar.” (Fem, 47, Endocrinologia, ex-fumante, G2)

“Com força de vontade ele conseguirá desde que seja estimulado por nós profissionais de saúde, orientando-o sobre os riscos deste vício.” (Masc, 55 anos, Cl. Médica, nunca fumante, G2).

“Encorajá-lo dentro de suas próprias capacidades, caso ele realmente deseje.” (Masc, 29, Radiologia, ex-fumante).

Alguns admitem claramente que não têm estratégia definida, o que mostra a importância da socialização do conhecimento dessas informações para a classe médica.

“Não tenho experiência” (Masc, 38, Cirurgia Geral, nunca fumante, G1)

“Não tenho estratégia. Aconselho a ter muita força de vontade.” (Fem, 44, Cardiologia nunca fumante, G2).

“Nenhuma.” (Fem, 25, Cl Médica, nunca fumante, G3)

Embora haja uma atitude favorável à incorporação da abordagem e apoio ao fumante na prática médica, há também manifestações de atitudes em que a cessação de fumar deve ser conduzida por um especialista. Isso pode representar uma manifestação tanto da atitude de não assumir esse papel, como uma manifestação do senso comum, onde o pneumologista ou o psiquiatra seria considerado o profissional especialista em cessação de fumar.

“Reforçar a importância desta ideia e aconselhar a procurar o pneumologista.” (Masc, 42 anos, Clínica Médica, ex-fumante, G3)

“Orientação para procurar especialista com o objetivo de oferecer tratamento e estímulo para que consiga ter êxito.” (Fem, 30 anos, Cl Médica, nunca fumante).

A captação dessa representação é importante para o Programa, pois uma das suas propostas é que todo e qualquer clínico possa fazer essa abordagem nas suas rotinas de

atendimento, ficando para o especialista da área de saúde mental apenas a abordagem dos fumantes que apresentam comorbidades psiquiátricas como depressão, alcoolismo e outras.

No que se refere a manifestações favoráveis a utilização dos medicamentos atualmente preconizados para a cessação de fumar, não foi observado entre os entrevistados, um foco central nessa estratégia, o que de certa forma é surpreendente considerando que o medicamento representa uma ligação mais forte da representação do tabagismo/doença com a biomedicina, com a tecnologia, com o novo, que tem sido amplamente divulgado pela mídia.

“Esclarecer inicialmente sobre o “poder” da dependência. Iniciar a redução da exposição a nicotina. Introduzir reposição de nicotina. Aproveitar um afastamento compulsório ( ex. internação para estimular a permanência da abstinência.” (Masc, 37, Cardiologia, nunca fumante).

“Dar apoio a este paciente, não retirando totalmente o cigarro dele e sim aos poucos, e indicando a este fazer uso de adesivos, etc.” (Masc, 26, geriatria, nunca fumante).

“Orientar sobre a necessidade de acompanhamento médico. A importância de realmente querer. A existência de medicação hoje para ajuda.” ( Fem, não informou a idade , Pneumo, nunca fumante, fumante passivo)

Há também no discurso do médico, representações de que o fumante fuma porque não tem conhecimento dos riscos e que para isso precisa ser “orientado”, passando a idéia de que acreditam que a falta de conhecimento do fumante sobre os malefícios do tabagismo é um fator crítico para a cessação de fumar.

“A maioria dos fumantes não está bem informada dos seus efeitos no organismo.” ( Masc, 52, CI Médica, não informou sobre o seu status de uso de tabaco, G3) – concepção sobre fumante

“O fumante em sua maioria não sabe ao certo o mal que o tabaco trás usando este constantemente, e os que sabem deste mal, por atitude viciativa, fazem este tipo de uso “irracional”.” ( Masc, 26, geriatria, nunca fumante).

Na dimensão afetiva em alguns discursos podemos perceber uma atitude de apoio. No entanto, em um deles embora a dimensão cognitiva técnica não tenha se manifestado de forma expressiva, a dimensão afetiva mostra uma atitude de compreensão, de reconhecimento da necessidade de se estabelecer um vínculo entre o médico e o seu paciente fumante, e do estar junto com o paciente nesse processo. Também se manifesta a valorização da autonomia

do paciente fumante como agente no seu próprio tratamento. Esse discurso se destaca dos demais e partiu de uma profissional que lida com uma especialidade que busca a integralidade do ser humano e que já tem experiência com a abordagem cognitivo comportamental em outra esfera do conhecimento, a aids.

“Inicialmente tentar compreender suas razões para deixar de fumar até aquele momento e o por quê da decisão de interromper o fumo. Acredito que qualquer estratégia de mudança de comportamento só pode ser eficaz se considerar cada indivíduo como único na sua trajetória de vida, acolher suas angústias, expectativas e dificuldades é fundamental para estabelecer o vínculo indispensável a este cuidado específico. Em seguida faz-se necessário traçar alguns objetivos de curto, médio e longo prazo a serem alcançados e estabelecer as estratégias a seguir. Conversar com clareza sobre dificuldades e benefícios desta decisão permitem a pessoa se posicionar melhor no tratamento.” (Fem, 39 anos, medicina integral, nunca fumante, G1)

Ainda na dimensão afetiva podemos perceber o reconhecimento e a valorização dada ao apoio ao fumante que quer deixar de fumar, embora o nível técnico cognitivo não esteja estruturado.

“Primeiro dar os parabéns pela iniciativa depois em cada retorno mostrar os males que o fumo provoca, associar a homeopatia para diminuir a ansiedade” (Masc, 48 anos, CI Médica, nunca fumante, G2)

“Estimulá-lo e oferecer as opções para ajudá-lo.” (Masc, 48 anos, CI Médica, nunca fumante, G2)

“Dar apoio e orientação.” (Masc, 52, CI Médica, ?, G3).

“Encorajá-lo dentro de suas próprias capacidades, caso ele realmente deseje.”. (Masc, 29, Radiologia, ex-fumante, G3).

“Orientá-lo com total apoio e mostrá-lo o melhor caminho para que possa alcançar seu ideal.”. (Fem, 21, acadêmico, nunca fumante, G3).

“Apoiá-lo e mostrar que ele tomou a atitude correta.” (Masc, 18, acadêmico, nunca fumante, G3)

A influência do *status* do tabagismo do médico nas suas manifestações sobre o assunto é ilustrativamente representada, no discurso do único entrevistado fumante e de um dos ex-fumantes que havia deixado de fumar poucas semanas antes da entrevista.

No discurso lacônico do único fumante do grupo as palavras, embora poucas, provavelmente representam uma forma de resistência daquele que se sente cobrado, pressionado pela nova ordem social: não fumar

“É uma delícia.” (Masc, 50 anos, radiologia, fumante)

A manifestação lacônica “Eu também” põe em evidência a ambivalência desse mesmo fumante, frente à questão que pede que exponha as estratégias que usaria para ajudar um fumante a deixar de fumar, mostrando que ele embora ache que fumar “É uma delícia” encontra-se dividido entre a necessidade e as pressões sociais para deixar de fumar

“Eu também” (Masc, 50 anos, radiologia, fumante)

Da mesma forma, no discurso também lacônico de uma ex fumante recente, pode-se identificar a manifestação de ambivalência da ex-fumante, ou seja a vontade de continuar a fumar ao lado do reconhecimento de que é prejudicial.

“Bom, mais perigoso” (Fem, 50 anos, endocrinologia ex-fumante, G1)

Embora o discurso dos livros de clínica médica mantenha uma neutralidade moral a respeito do tabagismo como era de se esperar, ele contrasta com o discurso médico que aparece impregnado pelo modelo moral vigente no senso comum. Esse fato reforça a idéia de que somos a representação da nossa cultura a qual se manifesta nos discursos, atitudes e comportamentos, independente de qualquer outra inserção social resultante, por exemplo da profissão.

No entanto, podemos apreender que de forma geral há entre os médicos entrevistados um interesse pelo tema tabagismo e uma atitude favorável a apoiar os fumantes para a cessação de fumar nas suas rotinas, embora entre eles ainda seja incipiente a socialização do conhecimento sobre tabagismo enquanto doença, dependência química e dos métodos para

cessação de fumar, e embora ainda haja entre eles manifestações morais negativas presentes no senso comum.

Portanto, há um vasto espaço que o Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar precisa preencher para que a abordagem do fumante aconteça de forma eficaz e acolhedora nos serviços de saúde brasileiros.

**.Quadro 7 – Mapa das Concepções sobre Tabagismo no discurso dos médicos**

DIMENSÕES	NUNCA FUMANTES	EX- FUMANTE	FUMANTE
COGNITIVA	<b>Doença/patologia</b> <b>Dependência química</b> <b>Vício</b> <b>Consumo de tabaco</b> <b>Hábito</b> <b>Droga</b> <b>Atitude/comportamento voluntário no início</b> <b>Cultural</b> <b>Pode ser prevenida</b> <b>Fatores psicológicos , sociais</b> <b>Causa de doenças e mortes</b> <b>Causa prejuízos econômicos</b> <b>Necessita de tratamento</b>	<b>Dependência química</b> <b>Dependência psico física</b> <b>Costume antigo</b>  <b>Hábito adquirido na adolescência</b> <b>Pode se transformar em vício</b>	
AFETIVA/ ATITUDE	<b>Hábito absolutamente sem sentido</b> <b>Não consigo entender os fumantes</b> <b>Vício de absoluto mal gosto</b> <b>Vício estúpido</b> <b>Droga legalizada / Vício consentido</b> <b>Interesses econômicos</b> <b>Deveria ser proibido o fumo e preso quem fosse fumante</b>	<b>Bom, mas perigoso</b> <b>Associado ao estresse</b> <b>Associado aos meios de comunicação</b> <b>Fácil acesso/Pode ser usado sem restrição</b> <b>Mal permitido pela sociedade</b>	<b>É uma delícia</b>

**Quadro 8** - Mapa das concepções sobre **Fumante** no discurso dos médicos.

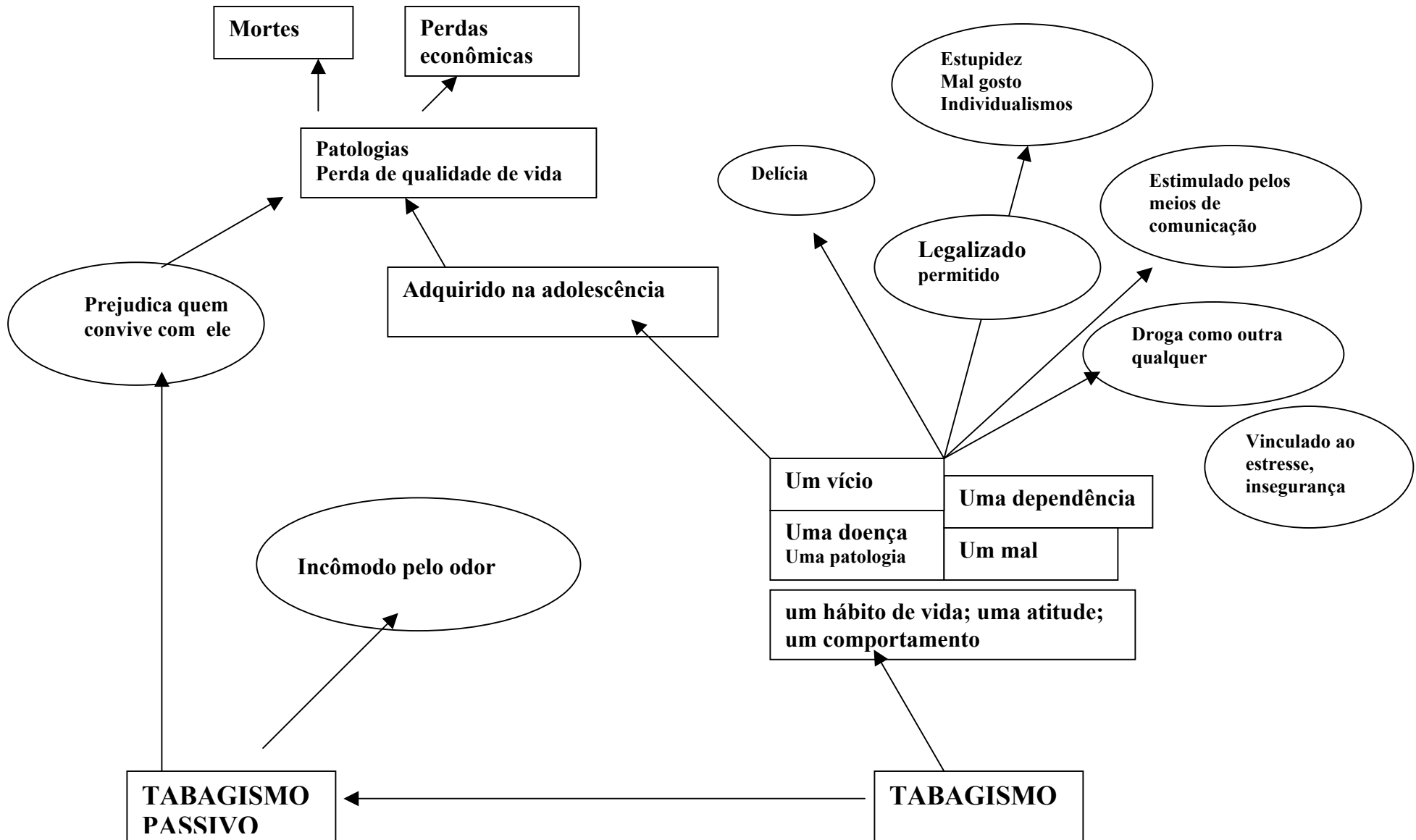
DIMENSÕES	NUNCA FUMANTES	EX- FUMANTE	FUMANTE
<b>COGNITIVA</b>	<p>Indivíduo que fuma cigarros ou outros derivados do tabaco  Consumo regular  Fumante passivo  Classificado quanto a quantidade de cigarros fumados  Doente  Dependente de nicotina/ de droga  Dependente químico e psiquicamente do hábito de fumar  Personalidade propensa a aderir ao vício  É um paciente (doente)  Aquele que fuma direta ou indiretamente</p>	<p>Dependência física  Dependente psico - físico  Início do tabagismo ligado a auto-afirmação como adulto</p>	
<b>AFETIVO/ ATITUDE</b>	<p>Egoísta  Incapaz de dividir espaços  Não tem consciência dos riscos  Porco  Exibicionista e fraco de força de vontade  Viciado como de outras drogas  Um viciado que não admite o vício  Inconveniente  Não se importa com o seu vizinho  Não tem força de vontade  Tem informação sobre o assunto mas é viciado  Vítima de uma droga lícita  Precisam de apoio pois dificilmente conseguem parar sozinhos  Pessoa tensa e sem educação  A maioria não está bem informada sobre os efeitos  Não tem noção do perigo  Dependente de vício estúpido  Indivíduo inseguro e egoísta e sem condições de largar o hábito caso queira fazê-lo</p>	<p>Indivíduo como outro qualquer  Ansioso, inseguro e necessita de apoio da família e de amigos para deixar de fumar,  Indivíduo que procura algo no ato de fumar  Busca no fumo a solução para o estresse, ou inquietudes e vai ficando dependente psico-físico  Pessoa extremamente estressada  Necessita de apoio para suas ansiedades  O que preocupa é que os jovens iniciam suas experiências muito cedo com probabilidade de desenvolver doenças em idade produtiva</p>	<p>Gosta de viver em perigo</p>

**Quadro 9 --** Mapa das concepções sobre Abordagem do Fumante para a Cessação de Fumar no discurso do médicos

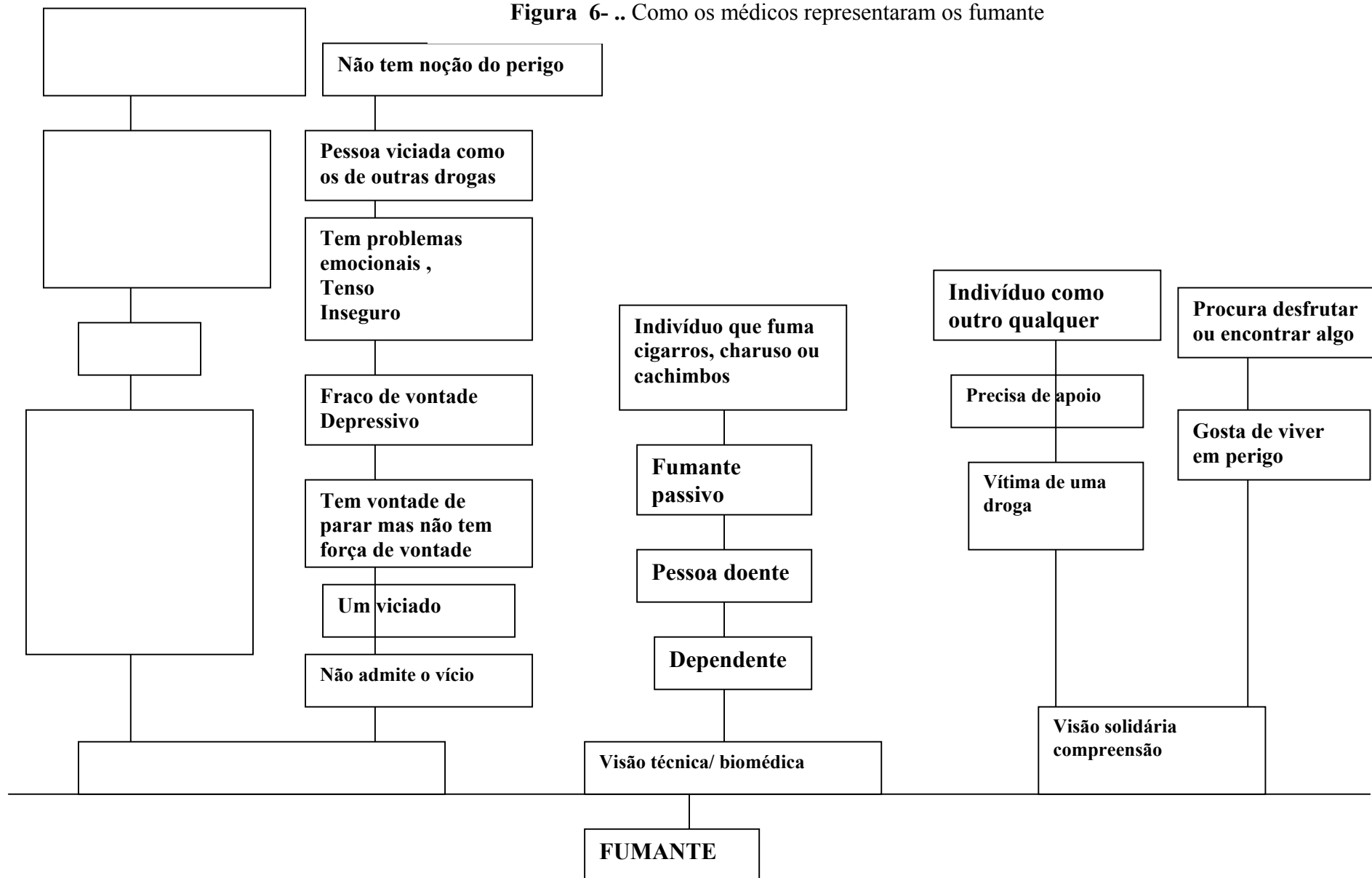
<b>DIMENSÕES</b>	<b>NUNCA FUMANTES</b>	<b>EX- FUMANTE</b>	<b>FUMANTE</b>
<b>COGNITIVA</b>	<p>Alerta-lo sobre a síndrome de abstinência            Abordar fatores que associa ao fumo            Estratégias para evitar o fumo            Acompanhar o processo para prevenir a recaída            Não tenho estratégia            Encaminhar para o especialista/centro de ajuda            Retirar o cigarro, diminuir mantém o vício            Diminuir progressivamente e não parar subitamente            Substituir o vício por balas, goma de mascar            Procura ajuda da família            Marcar data e parar subitamente            Medicação /indicar uso de adesivo            Para completamente caso não consiga ao menos diminuir para menos de 1º cigarros            Orientar            Esclarecer sobre o “poder” da dependência            Acompanhamento médico            Conscientizar o fumante para aumentar sua determinação            Informar para fortalecer a decisão</p>	<p>Parar de vez/ se usar o método de diminuição paulatina nunca vai parar            Aconselhar a procurar um pneumologista            Monitorização do paciente            Orientações, terapia de grupo</p>	
<b>AFETIVA/ ATITUDE</b>	<p>Parabenizar/ apoiar            Força de vontade            Incentivá-lo            Compreender suas razões            Acolher suas angústias            Estabelecer vínculo</p>	<p>Só vai parar se tiver consciente que realmente quer parar            Reforçar a idéia            Reforçar a vontade do paciente            Incentivo</p>	<b>Eu também</b>



Figura 5 – Como os médicos representaram o tabagismo



**Figura 6- .. Como os médicos representaram os fumante**



## CAPÍTULO VI –

### DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No capítulo anterior, se buscou identificar as mudanças nas representações do tabagismo no discurso de várias edições de dois principais livros de consulta de clínica médica e como os médicos representam o tabagismo, o fumante e seu próprio papel no apoio ao fumante para a cessação de fumar.

Considerando o Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar como parte das estratégias de ação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, a presente pesquisa parece trazer várias contribuições para melhorias do processo de capacitação profissional envolvido nesse Programa.

A análise dos livros de clínica médica evidencia uma espécie de trajetória nas representações sociais do tabagismo, circulantes na dimensão acadêmica do discurso médico. Em uma primeira fase (edições do fim da década de 70 e primeira metade da década de 80) o tabagismo é descrito apenas como hábito de fumar e fator de risco, sem menção a sua relação com o processo de dependência. A inserção no livro se dá de forma fragmentada em vários capítulos, onde é referido como fator de risco de diferentes condições patológicas. Nessa fase, a cessação de fumar ainda não é valorizada.

A partir do fim da década de 80, o tabagismo começa a ser reconhecido como uma dependência e ganha o *status* de doença. Embora também apareça de forma pulverizada em diversos capítulos como fator de risco de doenças variadas, ele também ganha um novo espaço, onde diversos aspectos do tabagismo são abordados de forma concentrada em um mesmo subcapítulo ou tópico.

Da mesma forma, a valorização do tabagismo enquanto fenômeno sócio cultural parece ganhar corpo a partir das edições do final da década de 80.

“ Os médicos devem liderar e apoiar os esforços para aumentar as obrigações de pagar impostos sobre o fumo para eliminar todas as atividades promocionais e anúncios e para proibir o fumo em lugares públicos “ (Harrison – Medicina Interna, 1988)

“O fácil acesso a cigarros e seu custo relativamente baixo, associados a pressão do grupo ao desejo de assumir um comportamento adulto, são determinantes do tabagismo entre adolescentes.”

“...as propagandas de cigarros também influenciam a adoção de um tabagismo regular...”

“...além do estímulo farmacológico da nicotina o fumante em geral cria uma série de respostas aprendidas para redução da tensão e alteração do humor. O padrão do uso do tabaco, portanto, confunde-se com a forma com a qual o fumante lida com o mundo. A interrupção do tabagismo exige que o fumante abra mão de um importante mecanismo de adaptação à vida” ( Cecil -Tratado de Medicina Interna 1995)

“...os fatores ambientais como o nível de aceitação do fumo em casa, no grupo social, no local de trabalho e as normas da comunidade influenciam o comportamento do fumante” (Harrison – Medicina Interna, 1995)

Um fato que chama a atenção é que embora a inserção do tabagismo no CID 10 esteja nos grupos de transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas, a sua inserção nos livros parece não seguir essa lógica. Por exemplo, no livro Cecil Medicina Interna Básica 4ª edição de 1997/98 o tabagismo é inserido no Capítulo “Abuso de Álcool e Substâncias”, já nos livros Cecil Tratado de Medicina Interna edição de 1992/93 é inserido no Capítulo “Saúde Pessoal e Medicina Preventiva”, no Harrison – Medicina Interna de 1987/88 é inserido no Capítulo “Distúrbio Causado por Agentes Biológicos e Ambientais”, e no Harrison Medicina Interna 94/95 é inserido no capítulo “Riscos Ambientais e Ocupacionais”.

Vários fatores poderiam explicar essa aparente trajetória errante do tabagismo nos grupamentos nosológicos que organizam os livros de clínica médica. Uma das possibilidades poderia estar relacionada a uma certa resistência à “psiquiatrização” do tabagismo, como vem ocorrendo com a dependência de outras drogas, como o alcoolismo e abuso de drogas ilícitas. Por sua vez, essa resistência pode estar relacionada à própria inserção social do tabagismo, e à disseminação do seu uso entre profissionais de saúde, assim como à forte correlação do tabagismo com doenças graves e prevalentes como as cardiovasculares e o câncer, que não é observado com as demais drogas de abuso.

Poderia também estar relacionada ao curto espaço de tempo desde a inserção do tabagismo no grupo de transtornos mentais, que aconteceu no ano de 1993, embora o reconhecimento de sua capacidade de causar dependência tenha acontecido no fim da década de 80.

Enfim as várias faces do problema tabagismo, desde um importante fator de risco de doenças de diferentes áreas, a questão do risco ambiental do tabagismo passivo até a sua face doença/dependência podem estar influenciando a indefinição em qual “território” da clínica o tabagismo deveria estar localizado.

Um outro fato digno de nota diz respeito a pouca abordagem dada ao tabagismo mesmo nas edições mais recentes do Cecil – Medicina Básica, sugerindo que o assunto

não é visto ainda como uma questão essencial na prática clínica, se considerarmos que a modalidade mais resumida do Cecil só abordaria o essencial para essa prática.

Por outro lado, um dos aspectos mais marcantes desse estudo foi a identificação no discurso escrito dos médicos entrevistados de manifestações da visão moral do tabagismo, que hoje circulam no senso comum, mescladas com manifestações técnico científicas sobre tabagismo, fumante, e cessação de fumar.

Percebe-se que no discurso dos entrevistados se por um lado o conhecimento do tabagismo como fator de risco de várias outras doenças está bem sedimentado, por outro o reconhecimento da questão tabagismo/doença, tabagismo/dependência parece encontrar-se em um processo de construção.

Através do processo de ancoragem observa-se que a nova representação do tabagismo enquanto doença/dependência é vinculada a manifestações de representações que circulam no senso comum, como as manifestações que representam o tabagismo como um hábito, um estilo de vida, e como o modelo moral da abordagem dos dependentes de drogas apresentado por Marlatt (1993) já discutido anteriormente no capítulo representações sociais sobre drogas.

Uma marcante simbologia do modelo moral utilizada para ancorar a concepção sobre tabagismo se manifesta como a palavra “vício” que é usada por vários dos profissionais entrevistados para descrever sua concepção sobre tabagismo. Como vimos no capítulo anterior, a palavra “vício” no dicionário da língua portuguesa apresenta uma forte conotação pejorativa em relação ao uso de drogas, significando: “defeito grave que torna uma pessoa ou coisa inadequada para certos fins ou funções; inclinação para o mal; costume de proceder mal; desregramento habitual; conduta ou costume censurável ou condenável; libertinagem; devassidão; prática de mau hábito em especial de consumo de bebidas alcoólicas, de drogas”.

Essa palavra foi usada tanto num contexto negativo de moralidade associado a manifestações emocionais de indignação contra o fumante, como num contexto de referência à dependência. Manifestações como “*O tabagismo é um ato de individualismo*”; ou “*Vício absoluto de muito mal gosto*” ou mesmo um “*Vício estúpido*” evidenciam uma visão passional, onde o médico manifesta seu julgamento de valor a respeito do comportamento de fumar. Por outro lado, o uso da palavra “vício” inserida num conjunto de linguagem técnico científica usada para descrever a dependência pode tanto refletir um julgamento de valor mais contido, como o desconhecimento do real significado da palavra “vício”:

“É uma pessoa viciada como todos os outros que usam outras drogas. É um dependente da nicotina.”

“Dependência /vício relacionado com fatores culturais e sociais”

“Dependência química de uma droga (nicotina) lícita e encorajada por uma propaganda maciça que relaciona o tabagismo a uma imagem de riqueza, virilidade, beleza e outros. Leva o dependente a várias patologias que diminui a qualidade de vida do indivíduo e freqüentemente à morte precoce em idade produtiva, esse vício onera a sociedade e dá um prejuízo superior ao dinheiro arrecadado em impostos sobre o cigarro”

“A pessoa que fuma é dependente e necessita de uma educação contínua e estímulo para abandonar o vício”.

As manifestações carregadas de indignação contra os efeitos do tabagismo passivo, também parecem refletir as atuais manifestações do senso comum em relação ao tabagismo e ao fumante. A análise feita por Katz (1997) mostra como as divulgações feitas em 1986 pelo *Surgeon General* nos Estados Unidos, sobre os efeitos negativos do tabagismo passivo, contribuíram para as mudanças das representações do tabagismo, que deixou de ser apenas um incômodo para ser uma ameaça para a coletividade. Também mostra como essas mudanças contribuíram para o surgimento de uma série de ações regulatórias sobre o comportamento de fumar e trouxeram uma maior cobrança sobre o fumante, que passou a ser visto não só como o que lesa a própria saúde, como também o que lesa a saúde dos outros.

Embora a questão tabagismo passivo não tenha sido estimulada entre os entrevistados ela aparece de várias formas nos discursos, em diversos momentos, geralmente carregada de manifestações emocionais de indignação, de reprovação, onde alguns entrevistados se colocam como fumante passivo, ou de alguma forma chamam a atenção para o fato de que o fumante causa malefícios não apenas a si próprio como também a saúde dos outros.

A identificação de discursos impregnados de julgamentos de valor, nos faz refletir sobre a questão da neutralidade que se espera do médico em relação a doenças e aos fatores que levam as pessoas a adoecerem, o que de certa forma pode interferir com a empatia que se espera na relação médico paciente. Muita da retórica da medicina moderna defende a separação entre fato e valor moral, por considerar que os julgamentos morais e seus significados culturais subjacentes são com freqüência fonte de estigma e desespero para os pacientes (Brandt, 1997). Os códigos de ética médica estabelecem princípios a

serem observados na relação médico paciente, e punições para a discriminação (CREMERJ, 2000).

Por outro lado, análises sobre os determinantes sociais e culturais de saúde e doença mostram a complexidade da associação entre moralidade e saúde, pondo em evidência que a realidade difere dessa retórica. Estudos sobre essa associação mostram que historicamente e na prática atual, a moral e a doença aparecem embricadas no discurso da ciência e da medicina. tanto na identificação como na definição e abordagem da doença (Brandt, 1997; Courtwright, 1997; Katz, 1997).

Esses estudos também evidenciam que as forças que agem na criação de perspectivas morais são altamente variáveis em tempo e lugar e sofrem a influência não só da política, da economia e da religião como também da própria ciência. Além disso, mostram que muitas vezes a adoção de comportamentos que supostamente melhoram a saúde pode ser mais fácil e mais suscetível se esses comportamentos estiverem envolvidos por significados morais.

Thomas (1997) analisa a relação entre os sistemas médicos de crença e os sistemas religiosos, e evidencia as tendências que estes últimos têm em associar significados morais aos estados de saúde dos indivíduos. Nesse estudo, o autor evidencia que apesar das explicações da doença terem evoluído principalmente depois do século XVII, as explicações de cunho religioso e moral persistiram, sob a forma do estigma que nos tempos modernos ataca os que se deixam levar as custas de sua própria saúde, uma versão moderna da antiga associação entre doença e pecado.

Autores como Brandt, (1997); Mechanic (1997) e Rosenberg(1997) mostram que mesmo no século XX as representações de doença refletiram a visão moral da responsabilidade individual, especialmente devido a predominância de doenças crônicas com fatores de risco claramente identificáveis, e como a responsabilidade pela doença baseada no risco individual contribuiu para muitas vezes ocultar importantes forças sociais e culturais que estimularam a vulnerabilidade à doença.

A epidemia da AIDS é um exemplo contemporâneo onde o significado da perspectiva moral sobre saúde e doença manifestou-se através de julgamentos morais dos infectados, trazendo impactos negativos sobre a doença e a sua abordagem. As crenças de que a AIDS é causada por imoralidade por si só, e que os indivíduos que se comportam moralmente nada têm a temer nessa epidemia, circulam não apenas no senso comum como também em meios médicos, e de certa forma contribuíram para trazer uma falsa segurança nos grupos sociais que não fazem parte dos ditos grupos de risco. Em um estudo do

discurso médico na construção da AIDS, Camargo Jr (1994) põe em evidência a circulação da discriminação na abordagem do paciente com AIDS entre médicos.:

“No imaginário coletivo (médico inclusive) a AIDS está ligada não a sexualidade, em abstrato, mas a forma socialmente discriminadas de sexualidade, formas desviantes, formas perversas. A combinação destas duas facetas ( com a indispensável colaboração do discurso normalizador da medicina) explica pelo menos em parte, a virulência da discriminação contra os infectados pelo HIV, criando as vítimas culpadas.” P 44

‘ Um dos entrevistados em particular assinalou o fascínio quase *voyeurista* com que alguns médicos perguntam, ao saber de um novo caso de AIDS em pacientes do sexo masculino: “como pegou”. Tudo o mais deixa de ter importância. Este entrevistado por sinal mulher, acha que isso se deve a uma tentativa (inconsciente?) destes médicos presumivelmente heterossexuais, sentirem-se protegidos em suas atividades sexuais em especial as “clandestinas”. ‘ p. 141

“...dificuldade de alguns médicos em aceitar a possibilidade de contaminação da mulher para o homem.... eles dizem ‘aí eu queria ver qual ia ser o homem soropositivo que ia negar ser bicha ’.” p142

“É interessante que com freqüência muito maior se aventou, ainda que por vias indiretas, a hipótese de um homem com práticas homoeróticas negá-las do que um usuário de drogas injetáveis procurar ocultar tal fato, o que talvez pode sugerir algum tipo de hierarquia valorativa na discriminação, em que ser homossexual é ainda pior do que ser “viciado”. p142.

Se por um lado, o fenômeno tabagismo se diferencia do fenômeno AIDS por não ser novo, mas um velho fenômeno social, por outro, suas feições, antes bonitas e desejáveis aos poucos substituídas no imaginário coletivo por feições feias e sujas, acompanham-se hoje por um cortejo de manifestações de moralidade. Dessa forma, a semelhança do que aconteceu com os infectados pelo vírus da AIDS, e guardada as devidas proporções e peculiaridades, o fumante também passou a ser representado sob a ótica da visão moral.

Percebe-se hoje uma tendência em se enxergar o fumante como o foco principal da problemática tabagismo, principalmente após a disseminação dos dados epidemiológicos sobre tabagismo passivo, ficando em um plano secundário todo o contexto histórico e social que contribuiu para a vulnerabilidade de milhões de pessoas hoje dependentes de nicotina.



Portanto, seria essencial que todos os que se envolvem de uma forma ou de outra em ações para controle do tabagismo fizessem uma reflexão, e se questionasse se é sensato considerar os fumantes ignorantes e estúpidos por manterem um comportamento desnecessário, claramente definido como perigoso, ou se seria mais ético reconhecer o poder das propagandas e da aceitação cultural, assim como o potencial biológico e psicológico da dependência que limita a escolha do indivíduo?

Segundo Brandt (1997) se por um lado os valores de responsabilidade moral podem servir para definir comportamentos saudáveis, por outro eles representam uma importante ironia cultural e política, pois de acordo com essa ética comportamental aqueles que continuam sob risco acabam sendo responsabilizados pelos resultados. Essa ênfase na responsabilidade individual pode negar responsabilidades sociais mais amplas. E essa tem sido a posição das indústrias fumageiras que na tentativa de se livrarem das responsabilidades legais dos efeitos dos seus produtos, culpabilizam os fumantes pelas doenças que contraem, usando o argumento da livre escolha, assim como tem sido a posição de algumas seguradoras de saúde que passam a cobrar mais caro pela prestação de seus serviços a fumantes.

É importante ressaltar que apenas identificar o comportamento individual como o veículo primário do risco – mesmo com dados epidemiológicos substanciais – nega o fato de que o comportamento por si só está às vezes além do alcance do indivíduo. O comportamento é formado por correntes poderosas – cultural, psicológica, assim como por processos biológicos – nem sempre dentro do controle imediato do indivíduo (Brandt, 1997). Sob essa ótica, o tabagismo não deveria ser visto meramente como escolhas individuais e necessariamente racionais e sim como um fenômeno sócio cultural.

Para Bandt (1997) o elo moral-saúde toma muitas formas e se por um lado existem perigos implícitos nos argumentos morais por outro é importante reconhecer o seu potencial valor.

Se por um lado a moral pode invocar estigma, aversão e segregação ao doente, por outro pode suscitar sentimentos de compaixão, generosidade e cuidado. Sem dúvida o ser humano precisa de um eixo para os seus pensamentos e suas ações, o qual é representado por valores culturais que formarão tanto o seu discurso como sua prática. No entanto, a única posição moral aceitável é a visão de que todos somos vulneráveis.

Segundo Brandt (1997) crenças e práticas culturais a cerca de uma determinada doença são reveladoras das crenças e práticas morais de uma sociedade. Esses significados

e configurações morais por sua vez têm um impacto dramático tanto sobre os cuidados dos que estão doentes como nas políticas de âmbito social e político.

Portanto, para que no contexto dessa verdadeira batalha entre indústrias fumageiras e saúde pública se possa ter uma política de controle do tabagismo justa para com o fumante é preciso que o tabagismo seja reconhecido como um fenômeno sócio-cultural e os fumantes como vítimas desse processo e, portanto credores de uma dívida social.

No discurso de alguns médicos entrevistados, se por um lado observa-se o foco na questão do indivíduo sob a perspectiva da moralidade, também pode ser identificado embora de forma incipiente manifestações do reconhecimento do tabagismo como um fenômeno sócio-cultural, o que pode sugerir uma mudança de valor subjacente em relação ao tabagismo:

“Dependência /vício relacionado com fatores culturais e sociais.  
Hábito adquirido com a colonização das Américas e que atualmente guarda relação com estresse e instabilidade emocional”

“Trata-se de um vício estimulado pelos meios de comunicação, direcionado aos jovens pelas empresas multinacionais que visam lucros fabulosos em detrimento da saúde da população”

Do ponto de vista prático, considerando que a abordagem do fumante para a cessação de fumar exige que haja entre o médico e o seu paciente uma relação de empatia, torna-se fundamental que no Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar a questão da visão moral da atitude do médico ou de qualquer outro profissional de saúde seja bem discutida e trabalhada. Ou seja, que o Programa não se limite apenas a dimensão técnico cognitiva, mas que abranja a dimensão afetiva, onde os médicos sejam sensibilizados para que adotem uma postura de compreensão mais ampla do problema e de solidariedade para com os fumantes.

É fundamental que essas questões sejam amplamente debatidas durante os treinamentos de profissionais de saúde, especialmente médicos que muitas vezes são chamados para depor em ações e processos de indenização sobre as indústrias fumageiras por parte de fumantes lesados. Além disso, é importante considerar que os médicos são formadores de opinião no que se refere às questões de saúde, e portanto influenciam não só as manifestações do senso comum como também os rumos das políticas de saúde. Enfim, essas questões são essenciais não apenas para o sucesso da abordagem direta do fumante

por esses profissionais como também para o cultivo de todo um contexto social e político que acolha e dê apoio ao fumante.

No que tange as concepções manifestas pelos entrevistados sobre cessação de fumar percebe-se que a circulação dos conhecimentos técnicos sobre como conduzir o processo de cessação de fumar ainda é bastante incipiente, o que parece impedir que os médicos sintam-se à vontade para realizar essa intervenção na sua prática clínica.

Sob a ótica cognitivo/técnica, as concepções sobre cessação de fumar foram vagas, sendo a questão da força de vontade o principal fator a ser considerado para a cessação de fumar, mais uma vez trazendo a tona o modelo moral apresentado por Marlatt (1993), onde o dependente é visto como um “fraco”, “sem vontade”. Apenas um dos entrevistados apresentou uma sistematização que se aproximou do método de abordagem cognitiva comportamental Pergunte/Aconselhe/Prepare/Acompanhe, que faz parte do Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar. Vários entrevistados assumiram não ter nenhum tipo de experiência sobre o assunto, ou mesmo reconheceram a necessidade de se prepararem melhor para poderem inserir a cessação de fumar na sua prática. De forma geral, os 3 grupos de entrevistados demonstraram “boa vontade” em inserir a cessação de fumar na sua prática clínica.

Embora a pesquisa tenha sido exploratória e de cunho qualitativo, com o objetivo de conhecer a atitude do médico e construir um instrumento para uma posterior pesquisa quantitativa, não permitindo extrapolações para a classe como um todo, essas manifestações de certa forma sugerem que hoje no Brasil existe uma boa receptividade dos médicos no que se refere a inserção da abordagem do fumante para cessação na prática clínica. Essas manifestações parecem diferir dos achados de pesquisas entre médicos nos EUA que mostram relutância dos médicos em assumir essa ação como parte de suas rotinas de atendimento (Fiore, 2000).

Outro aspecto que chamou a atenção é que parece circular no meio médico a percepção de que o tratamento do fumante cabe ao especialista, o que talvez resulte de uma tradicional tendência de uma maior aproximação do tabagismo com áreas como pneumologia e psiquiatria, principalmente a primeira. Esse aspecto também deve ser trabalhado no Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar visando reforçar que é papel de qualquer médico, qualquer que seja a sua especialidade inserir a abordagem do fumante nas suas rotinas. Da mesma forma que a hipertensão é conduzida não apenas pelo cardiologista, a abordagem do tabagismo poderá ser conduzida por qualquer especialidade clínica.

Também podemos perceber que a questão da utilização do medicamento foi pouco mencionada no contexto da cessação de fumar. Camargo Jr (1995) em seu trabalho “Medicina, Medicalização e Produção Simbólica” chama a atenção para o processo de medicalização da medicina, a qual considera dominada pela técnica. Para o autor a medicina atual tem deixado em segundo plano tudo que é subjetivo, mutável, complexo, o que denominou de “atributos que melhor caracterizam a nossa humanidade”. O autor também chama a atenção para a influência do “culto médico do novo”, da tecnologia mais avançada, onde a eficácia das propagandas das indústrias farmacêuticas tem contribuído para moldar o imaginário social médico com representações onde o novo é necessariamente melhor.

No entanto, percebe-se nos poucos discursos que mencionam a medicação como estratégia para deixar de fumar, que esta não foi uma questão central no discurso dos entrevistados. Esse fato sugere várias coisas: ou estamos diante de um grupo especial de médicos, onde o subjetivo, a relação humana médico paciente sobrepõe-se a objetividade da tecnologia, ou pode ser resultante da pouca divulgação dessa tecnologia; ou quem sabe do baixo interesse pelo tabagismo como tema de atualização. De qualquer forma, é um dado que merece ser trabalhado na estratégia de capacitação do Programa.

Camargo Jr (1994) no seu estudo sobre o discurso do médico e a construção da AIDS, onde descreve o processo de construção de categoria diagnósticas pelo saber médico, tomando como exemplo sua produção no campo da AIDS, identifica um grupo de representações que desempenha o papel de uma doutrina geral do exercício da prática médica. De acordo com o autor, esse grupo de representações coerentes com a visão mecanicista, não se encontra explicitado em nenhum lugar, podendo-se percebê-lo claramente nas entrelinhas do saber médico. Segundo o autor esse grupo de representações poderia ser resumido em um pequeno número de proposições: “as doenças são coisas, de existência concreta, fixa, imutável, de lugar para lugar, de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta como as terapêuticas medicamentosas e cirúrgicas mais valorizadas pelos médicos de forma geral”.

Na pesquisa sobre o perfil dos médicos no Brasil, Machado (1997) destaca o processo de especialização e a conseqüente fragmentação dos saberes e práticas médicas. Como conseqüências desse processo podemos identificar a perda gradativa do interesse dos jovens médicos pelas áreas básicas especialmente a clínica médica, por estarem

situadas desfavoravelmente em um mercado de trabalho cada vez mais tecnológico e especializado. Rego (1993) também confirma a tendência da medicina científica desse final de século em envolver atividades altamente tecnológicas e padronização de procedimentos, o que tem levado a um aumento do distanciamento das relações médico-paciente onde a empatia e o acolhimento médico vem sendo substituídos por uma objetividade tecnológica. Essa evolução parece ter comprometido a concepção da medicina como arte ou como profissão com forte componente de vocação e humanismo. A relação médico-paciente parece ter um peso cada vez menor nos atos médicos.

Dessa forma, considerando as tendências atuais na formação médica, e o fato do tabagismo, assim como a dependência de outras drogas, não terem a objetividade que na concepção mecanicista as doenças e seus tratamentos têm., pode-se supor que muitos médicos terão dificuldade em inserir a abordagem do tabagismo na sua prática. A abordagem cognitiva comportamental, principal eixo do tratamento do fumante, exige uma aproximação mais humanizada na relação médico-paciente, uma maior interação comunicativa entre o médico e o paciente, sendo preciso, portanto, que o Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar preveja estratégias tanto para sensibilizar como para facilitar essa interação.

Uma das principais conclusões desse estudo é que se por um lado o tabagismo ganhou um espaço importante no nível acadêmico, a prática médica parece ainda não acompanhar essa evolução na mesma medida e ritmo.

Dessa forma, esse estudo parece confirmar a necessidade de se desenvolver estratégias para socializar o conhecimento sobre tabagismo como dependência e sobre as técnicas de cessação de fumar principalmente que a estratégia de capacitação do profissional de saúde não deve se limitar ao ângulo técnico da cessação de fumar.

E, considerando que os sentidos que as nossas ações tomam são determinados pela direção das nossas emoções, esse estudo também evidencia que a socialização desse conhecimento deve ir além do ângulo técnico. É preciso que o processo de capacitação envolvido no Programa trabalhe o emocional, aprofundando a reflexão sobre a questão da dependência de drogas e estimulando mudanças de posturas preconceituosas dos profissionais de saúde frente ao indivíduo que fuma, não por ser um fraco, ou um sem vontade, mas por ser portador de uma doença crônica, de uma dependência, e portando merecedor de toda atenção e respeito por parte dos profissionais de saúde.

“Uma das tarefas da medicina do século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar a origem da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo.” (Cassel, 1991)

## BIBLIOGRAFIA

- ABRIC, J.C.,1994. *Pratiques sociales et représentation*. PUF, Paris.
- ALVES, P.C., & RABELO, M.C.,1995. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios* (A.M.R. Pitta, org.) São Paulo: Editora HUCITEC/ABRASCO.
- ANDA, R.F.; WILLIAMSON, D.F.; ESCOBEDO, L.G. et al, 1990. Depression and the dynamics of smoking: a national perspective. *JAMA*, 264:1541-5.
- BALFOUR, D.J.; AND FAGERSTRÖM K.O., 1996. Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders. *Pharmacol. Ther.*, 72 (1):1-30.
- BARDIN, L., 1977. *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa
- BAUER, M., 1999. A popularização da ciência como “imunização cultural”: a função de resistência *sociais* P das representações sociais. In: *Psicologia Social: textos em representações*. (Guareshi & Jovchelovitch, orgs). 5a edição. Petrópolis, RJ – Ed. Vozes
- BOLTANSKI, L., 1989. *As classes sociais e o corpo*.3ª ed. Trad. R. A. Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- BRANDT, A.,1997. Behavior, disease, and health in the twentieth – century in the United States. The moral valence of individual risk. In: *Morality + Health* (Allan M. Brandt and Paul Rogin, orgs). New York: Routledge Inc.
- CASSEL, E., 1991. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- CAMARGO JÚNIOR, K.R., 1994. *As ciências da AIDS & a AIDS das ciências. O discurso do médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ.
- CAMARGO JÚNIOR, K.R., 1995. Medicina, medicalização e produção simbólica. . In: *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios* (A.M.R. Pitta, org.). São Paulo: Editora HUCITEC/ABRASCO.
- CAMPOS, H.S., 1992. Tabagismo entre os médicos no Brasil. *Jornal de Pneumologia*, 18(1):1-9.
- CARDOSO, S.H.& SABBATINI, R.M.E., 1999. O Sistema do Prazer, as Drogas e a Sociedade. *Revista Cérebro & Mente*, 3(8), Universidade Estadual de Campinas.
- CASSEL, E., 1991. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

- CEREJA, W.R.; MAGALHÃES, T.C., 2000. *Literatura brasileira*. 2ª ed. São Paulo: Ed. Atual.
- CHAUÍ, M., 1990. *Cultura e democracia. O discurso competente e outras falas*. 5ª edição. São Paulo: Cortez
- CICOUREL, A.,1980. A teoria e método em pesquisa de campo. In: *Desvendando Máscaras Sociais* (Alba Zaluar Guimarães, org). 2a edição – São Francisco Alves Editora,
- CINCIPRINI, P.M.; HECHT, S.S.; HENNINGFIELD, J.E. et al., 1997. Tobacco Addiction: implications for treatment and cancer prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, 89(24):1852-67.
- COLLISHAW, N.; LOPEZ, A.,1996. *The tobacco epidemic: a global public health emergency*. Geneve:World Health Organization.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 1997. CINAEM: A realidade das escolas médicas. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, nº 84.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPANGE, F. ; DENIS, J.L.; PINEAULT, R., 1997. Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: *Avaliação em Saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas* (Zulmira Maria de Araújo Hartz, org). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- COURTWRIGHT, D.T., 1997. Morality, religion, and drug use. In: *Morality + Health* (Allan M. Brandt and Paul Rogin, orgs). New York: Routledge Inc
- CREMERJ, 1999. Hospitais Universitários em Crise. *Jornal do Conselho Regional de Medicina do Rio da Janeiro (CREMERJ)*, fevereiro, nº 101.
- CROGHAN, I.T.; OFFORD, K.P.; EVANS, R.W. et al., 1997. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. *Mayo Clinic Proc*, 72:917-924.
- DAVIS, R.M., 1993. When doctors smoke. *Tobacco Control and International Journal*, 2:187-188
- DOLL, R.; PETO, R.; WHEATLEY K. et al,1994. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 309 : 901-910
- DORAN, C.M.; PEKARSKY, B.; GORDON, M. & SANSON-FISHER,R.W., 1998.. General practionares'role in preventive medicine: scenario analysis using smoking as a case study. *Addiction*, 93(7): 1013-1022.
- FARR, R..M., 1999. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: *Psicologia Social: textos em representações sociais* (P. Guareshi & Jovchelovitch, orgs).. 5a edição. Petrópolis, RJ – Ed. Vozes.



FIGLIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. et al., 1996. Smoking Cessation. Smoking Cessation Guideline Panel. In: *Clinical Practice Guideline* (U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, org) Number 18, AHCPR Publication n° 96-06292

FIGLIORE, M.C.,1997. AHCPR Smoking Cessation Guideline: a fundamental review. *Tobacco Control an International Journal*, 6 ( suppl 1) : S4 –S21.

FISHER, E.B.; LICHTENSTEIN, E. and HAIRE-JOSHUA, D., 1993. Multiple determinants of tobacco use and cessation. In: *Nicotine Addiction. Principles and Management*. New York, Oxford University Press.

GARCIA, M. F. & RAMIREZ, M.G, 1992 . Técnicas e procedimentos para o estudo das representações sociais. In: *Psicologia Social: Métodos e técnicas de Investigação* (M. C. Diaz, org.). Madrid:Eudema, S.A

GARFINKEL, L., 1981. Time trends in lung cancer mortality among nonsmokers and a note on passive smoking. *J Natl Cancer Inst*, 66(6):1061-1066.

GILBERT, D.G.; McCLERNON, F.J.; GILBERT,B., 1997. The psychology of the smoker. In: *The Tobacco Epidemic* (Bolliger CT, Fagerström KO, org). pp 132-150. Prog Respir Res. Basel, Karger.

GIOVINO, G. A.; HENNENFIELD, J.E.; TOMAR, S.L.; ESCOBEDO, L.G.; SLADE, J., 1995. Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiologic Reviews*, 17(1): 48-65.

GIOVINO, G. A., SHELTON, D.M., SCHOOLEY, M.W., 1993. Trends in cigarette smoking cessation in the United States. *Tobacco Control an International Journal*, 2 (suppl): S3-S16.

GLANTZ, S.A.; PARMLEY, W.W., 1995. Passive smoking and heart disease. Mechanisms and risk. *JAMA*, 273:1047-1053.

GLANTZ,S.A.; SLADE, J.; BERO, L.A. et al., 1996. Addiction and cigarettes as nicotine delivery devices. In: *The Cigarettes Papers* ( Glantz A.S., org). Berkeley: University of California Press.

GLASSMAN, A.H., 1993.Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 150:546-53.

GLASSMAN, A.H.; HELZER, J.E.; COVEY, L.S. et al., 1990. Smoking, smoking cessation and major depression. *JAMA*, 264: 1546-9

GLYNN, T.J.; MANLEY, M.W., 1990. *How to help your patients stop smoking: a National Cancer Institute manual for physicians*. Bethesda: U.S. Department of Health and

Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health. NIH Publications No 90-3064.

GOLDBERG, M., 1990. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: *Epidemiologia: teoria e objeto* (D. C. Costa, org). São Paulo: HUCITEC

GOODMAN, E. & CAPITMAN, J., 2000. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, 106(4): 748-55.

GREENHALGH, T. & TAYLOR R., 1997. *Papers that go beyond numbers (qualitative research)*. *Education and Debate*. BMJ; 315:740-3

GUARESCHI, P.A., 1999. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: *Psicologia Social: textos em representações sociais* (P. Guareshi & Jovchelovitch, org.). 5a edição. Petrópolis, RJ – Ed. Vozes.

HACKSHAW, A.K.; LAW, M.; WALD, N.J., 1997. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ*, 315:980-8.

HALL, S.M.; MUNOZ R.F.; REUS, V. I. et al., 1993. Nicotine, negative affect, and depression. *J Consult Clin Psychol* 61:761-7.

HENNINGFIELD, J.E.; COHEN, C. & PICKWORTH, W.B., 1993. Psychopharmacology of nicotine. In: *Nicotine Addiction. Principles and Management* (Orleans CT and Slade J. org.), New York: Oxford University Press.

HILL, D.; WEISS, D.J.; WALKER, D.L. & JOLLEY, D., 1988. Long-term evaluation of controlled smoking as a treatment outcome. *British Journal of Addiction*, 83, 203-207.

HIRAYAMA, T., 1981. Non smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer. A study from Japan. *Brit Med J*, 282(6259):183-185.

HOFFMANN, D.; HOFFMANN, I., 1998. Chemistry and Toxicology. In: *Cigars. health and trends. Smoking and tobacco control*. Monograph 9 . U. S. National Institutes of Health .

HUGHES, J.R.; GOLDSTEIN, M.G.; HURT, R.D.; SHIFFMAN, S., 1999. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA* 281 (1) 72-76

HUGHES, J.R.; GULLIVER, S. B.; FENWICK, J.W. et al., 1992. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychology*, 11, 331-334.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC), 1986. Chemistry and analyses of tobacco smoke. In: *IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Tobacco smoking*. Vol. 38. (pp 83-126). Lyon.

JODELET, D., 1994. *Les représentations sociales*. 4 ed. PUF, Paris, 1994.

- JOFFE, H., 1999. “Eu não: “O meu grupo não: representações sociais transculturais da AIDS. In: *Textos em Representações Sociais* (Pedrinho Guareschi & Sandra Jovchelovitch, orgs), 5a ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- JOVCHELOVITCH, S., 1999. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: *Textos em Representações Sociais* (Pedrinho Guareschi & Sandra Jovchelovitch, orgs), 5a ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- KATZ, S., 1997. Secular Morality. In: *Morality + Health* (Allan M. Brandt and Paul Rogin, org.), New York: Routledge Inc.
- KESSLER, D. A., 1995. Sounding Board. Nicotine Addiction in young people. *The New England Journal of Medicine*, 333 (3): 186-89.
- LAW, M.R.; MORRIS, J.K.; WALD, N.J., 1997. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ*, 315: 973 –80
- LERMAN, C.; CAPORASO, N.; MAIN, D.; AUDRAIN, J. et al, 1998. Depression and self-medication with nicotine: the modifying influence of the dopamine D4 Receptor Gene. *Health Psychology*, vol17, nº1.
- MACHADO, M.H., 1997. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz.
- MARLATT, G. A., 1993a. Fatores Cognitivos no Processo da Recaída. In: *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (Marlatt & Gordon, orgs), . Trad. Dayse Batista – Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- MARLATT, G. A, 1993b. Prevenção da recaída: racionalidade teórica e visão geral do modelo. In: *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (Marlatt & Gordon, orgs), . Trad. Dayse Batista – Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- MATUS, C., 1996. *Estratégias Políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi*. Tradução Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: FUNDAP
- MECHANIC, D., 1997. The social context of health and disease and choices among health interventions. In: *Morality + Health* (Allan M. Brandt and Paul Rogin, org), New York: Routledge Inc.
- MICHELAT, G., 1982. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: *Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária* (Thiollent M.J.M.,org.), 3ª edição. Editora Polis.
- MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O., 1993. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, 9(3): 239-262.

- MINAYO, M.C.S., 1998. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro: 5ª ed. HUCITEC –ABRASCO.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Falando sobre tabagismo*. 2ª ed. Rio de Janeiro.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998b. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Falando sobre tabagismo*. 3ª ed. Rio de Janeiro.
- MINISTERIO DA SAÚDE, 2000a. Instituto Nacional de Câncer/Fundação Getúlio Vargas. *Cigarro Brasileiro. Análises e Propostas para Redução do Consumo*. Rio de Janeiro.
- MINISTERIO DA SAÚDE, 2000b. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas de Câncer
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998 a. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Falando sobre Câncer e seus Fatores de Risco*. 2ª ed. Rio de Janeiro.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar*. Rio de Janeiro.
- MIRRA, A. P. & ROSEMBERG, J., 2001. A história da luta contra o tabagismo no Brasil – 30 anos de ação. *Jovem Médico*. Vol 6.: 54-59
- MOSCOVICI, S., 1990. The origin of Social Representations: a response to Michael. *New Ideas in Psychol..* Vol 8 No 3 pp 383 –388.
- MOSCOVICI, S., 1976. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, PUF, 2ª edição
- NELSON, D.E.; EMONT, S.L; BRACKBELL, R.M. et al., 1994. Cigarette smoking by occupation in the United States. *J. Med.* 36(5):516 – 25.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1997. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão-* (CID 10). Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português - 4a ed – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- ORLANDI, E.O., 1988. *Discurso e leitura*. Campinas, São Paulo: Cortes.
- ORLEANS, C.T.; GLYNN, T.J.; MANLEY, M.W.; SLADE, J., 1993. Minimal –contact quit smoking strategies for medical settings. In: *Nicotine Addiction. Principles and Management* (Orleans, C.T. and Slade, J., org), New York, Oxford University Press.

- ORLEANS, C.T.,1993. Treating nicotine dependence in medical settings: a stepped-care model. In: *Nicotine Addiction. Principles and Management* (Orleans, C.T. and Slade, J., org), New York, Oxford University Press.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO),1992. *Smoking and health in the Americas. A 1992 report of the Surgeon General in collaboration with the Pan American Heath organization*. Atlanta, Georgia.
- PATTON, M.Q., 1990. Qualitative Analysis and Interpretation. In: *Qualitative Evaluation and Research Methods* ( 2<sup>nd</sup> ed.) , London: Sage Publications.
- PERES-STABLE, E.J.; MARIN, G.; MARIN, B.V., et al., 1990. Depressive symptoms and cigarette smoking among Latinos in San Francisco. *Am J Public Health*, 80:1500-2.
- PEUCHEUX, M.O., 1990. *Discurso estrutura ou acontecimento*. Campinas, São Paulo: Pontes.
- PICCINI, R.X.; VICTORA, C.G., 1997. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. *Cadernos de Saúde Pública*. 13(4):595-600.
- POHLMANN, P.R.; LOSS, F.J.; FLORES, C.; BOLZZONI,A.; DUNCAN, B.B.;; ZIMMER, P.M., 1991. Tabagismo em Porto Alegre: prevalência e o papel dos profissionais de saúde na prevenção. *Rev. Ass. Med. Brasil*. 37(1): 8-14.
- POMERLEAU, C.S., 1997. Co-factors for smoking and evolutionary psychobiology. *Addiction*, 92,397-408.
- POPE, C. & MAYS, N., 1997a. Qualitative methods in health and health services research. In: *Qualitative Research in Health Care* (Nicholas Mays and Catherine Pope, org.), 2nd ed., London: BMJ Publishing Group.
- POPE, C. & MAYS N., 1997 b. Rigour and qualitative research. In: *Qualitative Research in Health Care* (Nicholas Mays and Catherine Pope, org.), 2nd ed., London: BMJ Publishing Group.
- REGO, S., 1993. A medicalização do hospital no Brasil: notas de estudo. *Revista Médica de Minas Gerais*, 3 (1): 54-57.
- RESNICK, M. P., 1993. Treating nicotine addiction in patients with psychiatric comorbidity. In: *Nicotine Addiction. Principles and Management* (Orleans, C.T. and Slade, J., org.) New York, Oxford University Press
- RICHMOND, R.; LARCOS, D.; AND DEBONO, D., 1996. A worldwide survey of teaching about tobacco in medical schools. In: *Educating medical students about tobacco:*

*planning and implementation* (Robin Richmond, org.), Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

RONDELLI, E., 1995. Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam. In: *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios* (A.M.R.Pitta, org.), São Paulo: Editora HUCITEC/ABRASCO.

ROSEMBERG, J., 1987. Ação fisiopatológica dos componentes do fumo do tabaco. In: *Tabagismo, um sério problema de saúde pública*. 2ª edição, São Paulo, (SP) ALMED Editora e Livraria Ltda.

ROSEMBERG, J., 1996. *Nicotina*. Monografia publicada pelos Laboratórios Biosintética.

ROSENBERG, C., 1997. Banishing the risk. Continuity and change in the moral management of disease. In: *Morality + Health* (Allan M. Brandt and Paul Rogin, org), New York: Routledge Inc.

RUNDALL, T.G., 1992. Evaluation of health programs. In: *Public health & Prevention Medicine* (Last J.M & WALLACE, R.B., org.), 13<sup>th</sup> Ed. Norwalk: Appleton & Lange.

U.S. SURGEON GENERAL, 1990. *The Health Benefits of Smoking Cessation: a report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Departmente of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health.

SACHS, D.P.L., 1993. Nicotine withdrawal medications. *Tobacco Control an International Journal*, 2 ( suppl): S42-S47.

SAMET, J.M., 1995. Lung Cancer. In: Greenwald P, Kramer BS and Weed DL eds. *Cancer Prevention and Control*. National Cancer Institute. Bethesda, Maryland; Marcel Decker, Inc.

SCHU, L.M.; HENNENFIELD, J. E., 1995. Nicotine replacement treatment and public health interventions. Toward a marriage of two approaches. In: *Tobacco and Health*. (Karen Slama, org.), Plenum Press, New York.

SHIFFMAN, S., 1982. Relapse following smoking cessation: a situacional analysis. *J Consult Clin Psychol*; 50: 71-86

SHIFFMAN, S.; GITCHELL,J.; PINNEY, J.M.; BURTON, S.L.; KEMPER, K.E., 1997.. Public health benefit of over the counter nicotine medications. *Tobacco Control an International Journal*, 6 : 1-5

SHOPLAND, D.R. and BURNS, D.M., 1993. Medical and Public Health Implications of Tobacco Addiction. In: *Nicotine Addiction. Principles and Management* (Orleans, C.T. and Slade, J., org.), New York, Oxford University Press.



- SLADE, J., 1993. Nicotine Delivery Devices. In: *Nicotine Addiction. Principles and Management* (Orleans, C.T. and Slade, J., org.), New York, Oxford University Press.
- SON, B.K.; MARKOVITZ, J.H.; WINDERS, S. and SMITH, D., 1997. Smoking, nicotine dependence, and depressive symptoms in the CARDIA. *Am J Epidemiol.*; 145:110-16
- SONDERSKOV, J.; OLSEN, J.; SABROE, S. et al., 1997. Nicotine Patches in smoking cessation: a randomized trial among over-the counter customers in Denmark. *American Journal of Epidemiology*. 145:309-18.
- SPINK, M.J.P., 1995. A incredulidade frente às metanarrativas – polissemia e intersubjetividade no debate epistemológico contemporâneo. *Texto preparado para o evento Perspectivas Epistemológicas da Pesquisa – Contribuições para o Campo Fonográfico*” Organizado pelo Programa de Estudos Pós graduados em Distúrbios da Comunicação da PUC/SP .
- SPINK, M.J.P., 1999. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: *Textos em Representações Sociais* (Pedrinho Guareschi & Sandra Jovchelovitch, org.), 5a ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- THIOLLENT, M.J.M., 1982. O Processo de Entrevista. In: *Crítica Metodológica, Investigação Social & Enquete Operária* (Michel J. M. Thiollent, org.), Ed Polis, 3a edição.
- THOMAS, K., 1997. Health and Morality in Early Modern England. In: *Morality + Health* (Allan M. Brandt and Paul Rogin, org). New York: Routledge Inc.
- TRICHOPOULOS, D.; KALANDIDI, A.; SPARROS, L.; MACMAHON, B., 1981. Lung cancer and passive smoking. *Int J Cancer*.71:1-4.
- U. S. SURGEON GENERAL, 1983. *The health consequences of smoking. Cardiovascular disease. A report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Departmente of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health..
- U. S. SURGEON GENERAL., 1986. *The health consequences of involuntary smoking*. Rockville, Maryland: U.S. Departmente of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health..
- U. S. SURGEON GENERAL., 1988. *The Health Consequences of Smoking. Nicotine Addiction*. Rockville, Maryland: U.S. Departmente of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health..

U. S. SURGEON GENERAL., 1989. *Reducing the Health consequences of smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeon General* Rockville, Maryland: U.S. Departmente of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health..

U.S.CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION., 1996. *Smoking cessation. Clinical practice guidelines* . number 18. AHCPR Publication n° 96-06292

UCHÔA, E.,1997. Epidemiologia e antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos trnasculturais da depressão.In: *Ciências Sociais e Saúde* (A. M. Canesqui, org.) São Paulo: Ed HUCITEC/ABRASCO

VAITSMAN, J., 1995. Subjetividade e paradigma do conhecimento. *Boletim Técnico do SENAC* 21(2)

WOLRD BANK., 1999. *Development in practice. Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control.*

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1993. *National Cancer Control Programs. Policies and managerial Guidelines*, Geneve.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1996. *Tobacco or Health Programme. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic.* Geneve., Switzerland

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1998. *Smoke Free Europe:Pharmacists and action on tobacco.* Regional Office for Europe., Copenhagen

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1999. *Making a Difference. World Health Report.* Geneve, Switzerland .

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1999b. *First Meeting of the Working Group on the Framework Convention on Tobacco Control. Provisional agenda item 8. 3 setember 1999.*