



**Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem**

MARIANA RIBEIRO FREIRE

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PACIENTES INTERNADOS QUE
VIVENCIAM UMA PATOLOGIA RELACIONADA AO TABAGISMO SOBRE O
HÁBITO DE FUMAR**

JUIZ DE FORA
2015

MARIANA RIBEIRO FREIRE

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PACIENTES INTERNADOS QUE
VIVENCIAM UMA PATOLOGIA RELACIONADA AO TABAGISMO SOBRE O
HÁBITO DE FUMAR**

Relatório Final de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Geovana Brandão Santana Almeida

JUIZ DE FORA
2015

MARIANA RIBEIRO FREIRE

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PACIENTES INTERNADOS QUE
VIVENCIAM UMA PATOLOGIA RELACIONADA AO TABAGISMO SOBRE O
HÁBITO DE FUMAR**

Relatório Final de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Geovana Brandão Santana Almeida – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora – FACENF/UFJF

Profª Drª Marléa Chagas Moreira
Universidade Federal do Rio de Janeiro – EEAN

Profª Drª Girlene Alves da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora – FACENF/UFJF

Profª Drª Ana Beatriz Azevedo Queiroz Universidade
Federal do Rio de Janeiro – EEAN (Suplente)

Profª Drª Anna Maria de Oliveira Salimena Universidade Federal
de Juiz de Fora – FACENF/UFJF (Suplente)

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ribeiro Freire, Mariana.
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PACIENTES INTERNADOS QUE VIVENCIAM UMA PATOLOGIA RELACIONADA AO TABAGISMO SOBRE O HÁBITO DE FUMAR / Mariana Ribeiro Freire. -- 2015.
79 p. : il.

Orientadora: Geovana Brandão Santana Almeida
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Tabaco. 2. Tabagismo. 3. Assistência de Enfermagem. I. Brandão Santana Almeida, Geovana, orient. II. Título.

“Se o momento é de crise, não te perturbes, segue... Serve e ora, esperando que suceda o melhor. Queixas, gritos e mágoas são golpes em ti mesmo. Silencia e abençoa, a verdade tem voz”.

Chico Xavier

À orientadora

Dr^a Geovana Brandão Santana Almeida

Há mestres que se tornam eternos em seus exemplos e ensinamentos. Agradeço por todas as oportunidades que me deu desde a graduação até o mestrado. Agradeço pela dedicação, compreensão, preocupação, carinho e incentivo. Dedico minha admiração e meu respeito pela profissional e pessoa que é.

Dedicatória

À minha mãe, Ana Lúcia Ribeiro Freire, o maior exemplo de coragem e perseverança que tive durante toda minha vida. À ela que sempre me incentivou e acreditou que sou capaz de alcançar meus objetivos por mais difíceis que eles possam parecer. Serei eternamente grata por fazer parte de todas as minhas vitórias.

Aos que me guiam a todo momento. Aos que se fazem presente em cada angústia. Aos que me trazem paz e luz nos momentos de escuridão. Aos que me dão coragem para seguir os caminhos tortuosos. Aos que me orientam quando me perco. Aos que me levantam quando caio. Aos que me sustentam quando me abalo. Aos que me protegem e me fecham contra todo mal. Aos que me abrem os caminhos para prosperar.

Agradecimentos

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e aos meus eternos professores pelos ensinamentos e oportunidades para o crescimento profissional e acadêmico.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF, pela dedicação, compreensão, ajuda e condução do curso.

À minha orientadora Dr^a Geovana Brandão Santana Almeida pela dedicação, compreensão, carinho e ensinamentos.

Aos pacientes que atenderam prontamente ao convite para participarem deste estudo.

Às professoras Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena, Dr^a Gírlene Alves da Silva, Dr^a Marléa Chagas Moreira e Dr^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz que atenderam prontamente ao convite para participarem da banca de avaliação deste estudo.

Às professoras Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena e Dr^a Gírlene Alves da Silva pela ajuda, confiança e apoio nessa trajetória.

À Elisângela, da secretaria do PPG em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da FACENF da UFJF, pela dedicação, presteza, compreensão, ajuda e disponibilidade em todos os momentos do curso.

À Deus, que ilumina e guia os meus passos aonde quer que eu vá.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa sustentada pela Teoria das Representações Sociais, que objetivou descrever os significados que os pacientes internados elaboram sobre o hábito de fumar; identificar as dificuldades para cessar o hábito de fumar reconhecidas pelos pacientes internados; analisar as representações sociais de pacientes internados sobre o hábito de fumar. Participaram deste estudo 20 pessoas internadas em um hospital público, fumantes ou ex-fumantes, com diagnóstico de uma doença relacionada ao tabagismo, e que tiveram que tomar a decisão de abandonar o hábito de fumar. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista gravada em meio multimídia norteada por um instrumento de entrevista semiestruturado. Após o tratamento dos dados obteve-se as seguintes categorias de análise: As Representações Sociais de pacientes internados sobre pessoas significativas na iniciação do hábito de fumar e sobre as razões para o abandono do hábito de fumar; As Representações Sociais de pacientes internados sobre os efeitos do tabaco. A trajetória histórica do tabaco demonstra que a sua propagação se sustentou por questões sociais e econômicas. As representações elaboradas pelos participantes demonstraram que atualmente o ato de fumar não é visto como um padrão de vida e é reconhecido como prejudicial à saúde. Os participantes elaboraram representações que apontaram razões emocionais e psicológicas como dificuldades para abandonar o hábito de fumar. Além disso, surgiu a preocupação com a objetivação do cigarro como calmante.

Palavras-chave: Tabaco, Tabagismo, Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

It is a qualitative Nature Research Sustained by the Theory of Social Representations that Aimed to describe the meanings that the hospitalized patients elaborate about smoking; identify the Difficulties for cease habit of smoking recognized by the inpatients; analyze the social representations of hospitalized patients about smoking. Participated in this study 20 people hospitalized in a hospital public that are smoking or are former smokers diagnosed with a disease related to smoking and had to make a decision to give up smoking. The data collection occurred for interview recorded in half multimedia guided For A semi-structured interview tool. After the Data Processing and Analysis Obtained Following categories: The Social Representations of patient hospitalized about significant people in initiation the habit of smoking and about the reasons for the abandonment of smoking; Social Representations of hospitalized patients on the effects of tobacco. The historical trajectory of tobacco shows that spread your was sustained for Social and Economic Issues. The Representations developed by participants, shows what currently the smoking is not seen as standard of living and is Recognized How harmful to health. Participants developed representations that point Reasons emotional and Psychological Difficulties to quit smoking. In Addition, comes the concern with objectification How soothing cigarette.

Keywords: Tobacco, Smoking, Nursing Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Embalagem do cigarro Dalila da empresa de cigarros Souza Cruz, em 1903.	19
Figura 2: Campanha publicitária Mild as May Texto: “Um cigarro para que pode comprar o melhor”	20
Figura 3: Propaganda da maraca Chesterfield, publicada no Journal of the American Medical Association que trazia o ex-presidente dos EUA Ronald Reagan, sugerindo caixas de cigarros como presente de Natal.....	22
Figura 4: Propaganda impressa do cigarro da marca Marlboro em 1951. Texto: "Meu pai fuma Marlboro... ele sabe que é bom".	23
Figura 5: Anúncios da marca Marlboro, utilizando a imagem do Cowboy da Marlboro.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CEP/UFJF: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de

CID-10: Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças

CNS: Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

CONICQ: Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

CQCT: Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

DCNT: Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA: Instituto Nacional do Câncer

OMS: Organização Mundial da Saúde

PeNSE: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

Petab: Pesquisa Especial de Tabagismo

PNCT: Programa Nacional de Controle do Tabagismo

RCP: Royal College of Physicians

SISNEP: Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

SNC: Sistema Nervoso Central

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRN: Terapia de Reposição de Nicotina

TRS: Teoria das Representações Sociais

Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1 CONHECENDO A TEMÁTICA	17
1.1 O tabaco ao longo da história.....	17
1.2 O combate ao tabagismo	25
1.3 Quem está fumando?.....	29
1.4 Tabagismo: doença que causa doenças e que mata.....	30
1.5 A dependência do fumo.....	32
2 O CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	35
2.1 O marco teórico do estudo – A Teoria das Representações Sociais	35
2.2 A trajetória metódica para a compreensão do fenômeno	38
2.2.1 Abordagem qualitativa do estudo	38
2.2.2 Local de estudo	38
2.2.3 Sujeitos do estudo	39
2.2.4 Apreensão das Informações – as entrevistas.....	40
2.2.5 Tratamento dos dados	41
2.2.6 Aspectos éticos e legais	42
3 APRESENTAÇÃO DOS TEMAS DE ANÁLISE – OS DISCURSOS ANALISADOS	44
3.1 As Representações Sociais de paciente internados sobre pessoas significativas na iniciação do hábito de fumar e sobre as motivações para o abandono do hábito de fumar ..	44
3.2 As Representações Sociais de pacientes internados sobre os malefícios do tabagismo .	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE I.....	69
APÊNDICE II.....	71
ANEXO I.....	73
ANEXO II.....	75

ANEXO III	77
ANEXO IV	78
ANEXO V	79

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O consumo do tabaco se propagou rapidamente pelo mundo após a sua identificação pelos europeus. Desde então, inúmeros estudos acerca de sua utilização, sendo alguns defendendo benefícios e outros apontando seus malefícios, foram surgindo e até os dias atuais é tema de grandes estudos científicos. Pesquisas ao longo dos anos afirmaram que o consumo de tabaco é extremamente prejudicial à saúde e que o seu principal componente, a nicotina, é apontado como o grande vilão quando o assunto é o vício do tabaco (SILVA, 2002; FONSECA, 2007).

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo, estimando-se que cerca de 1 bilhão e 300 milhões de pessoas sejam fumantes e que aproximadamente 5 milhões de mortes por ano estejam vinculadas ao hábito de fumar (MOTTA, ECHER e LUCENA, 2010).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aponta que o cigarro e qualquer outro derivado do tabaco jamais poderão ser considerados um produto seguro para o consumo e, portanto, todas as suas atuações na regulamentação e o controle dessas substâncias está voltado para o objetivo de levar as pessoas a não começarem a fumar ou, quando já tiverem começado, a largarem o vício (ANVISA, 2001).

O tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública, fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais, respondendo por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doenças cérebro-vascular e 30% das mortes por câncer (INCA, 2007). Além disso, o uso de derivados do tabaco desencadeia e agrava condições como hipertensão arterial e diabetes e aumenta o risco das pessoas desenvolverem e morrerem por tuberculose (INCA, 2007).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para 2014 e 2015 a ocorrência de 394.450 casos novos de câncer (exceto pele não melanoma), desses 48% atribuído ao sexo feminino e 52% ao sexo masculino, sendo o combate ao tabagismo uma das ações de prevenção apontadas para minimização do problema (INCA, 2013). Vários estudos apontam que os maiores índices de incidência do tabagismo estão entre os jovens. Júnior et al. (2009) e Andrade et al. (2006), apontaram em seus estudos que, respectivamente, 30,8% e 22,7% dos jovens entrevistados começaram a fumar entre 10 e 14 anos.

Devido às ações da nicotina o tabagismo, em 1993, foi classificado no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (JAQUES, 2011). A

dependência à nicotina pode ser dividida em: dependência física, dependência química e condicionamento. A dependência física é atribuída à necessidade fisiológica de fumar, sendo responsável pelos sintomas de abstinência quando se deixa de fumar (BRASIL, 2001). A dependência psicológica é responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais (BRASIL, 2001). Condicionamento é representado pelas associações habituais com o fumar: fumar e tomar café, fumar e trabalhar, fumar e dirigir, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições e outras (BRASIL, 2001).

Pode-se associar os índices relacionados ao consumo do tabaco simplesmente à dependência química causada pela nicotina. Não se pode negar que a dependência química à nicotina existe, já que se trata de uma substância psicoativa, e nem que tal condição contribui para a permanência do consumo do cigarro. Mas, diante de estudos que descrevem a trajetória histórica do cultivo e consumo do tabaco, desde a sua identificação nas Grandes Navegações até os dias atuais, não se pode desconsiderar as questões sociais e econômicas envolvidas no tabagismo, que conduziram a propagação do fumo a nível mundial determinando os índices epidemiológicos de incidência e prevalência da utilização do tabaco.

Durante a graduação na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora tive a oportunidade de ser bolsista do Projeto de Extensão “A Enfermagem Sensibilizando para o Abandono do Hábito de Fumar”, desenvolvido em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora – MG. As atividades do projeto eram realizadas durante quatro encontros semanais e dois mensais, seguindo as recomendações do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde para auxiliar os usuários no abandono do hábito de fumar por meio da Terapia Cognitivo-comportamental e da Terapia de Reposição Nicotínica.

A cada vez que iniciávamos um novo grupo no projeto, os participantes eram questionados sobre as causas que os levaram a fumar e a grande maioria apontava a influência de familiares e amigos, demonstrando que para fazer parte de um determinado grupo social ele deveria fumar, o que torna evidente que por trás do tabagismo existe uma questão social que não pode ser desconsiderada.

A partir de 2012, atuando como enfermeira em um hospital universitário no setor de clínica médica, onde a maioria dos pacientes internados eram portadores de doenças crônicas não transmissíveis, percebi que aqueles que tinham um diagnóstico de patologia relacionada ao tabagismo, além da preocupação com sua condição de saúde, apresentavam uma grande angústia com a necessidade de parar de fumar.

Como profissionais da saúde, cabe incentivar, orientar e auxiliar a pessoa no processo de abandono do hábito de fumar. Entretanto, para que possamos arcar com essa responsabilidade é preciso considerar todos os aspectos biopsicossociais envolvidos no tabagismo. Dessa forma, se não levamos em consideração que o fumo envolve questões que vão além do simples ato de fumar um cigarro ou da dependência química, falhamos nas tentativas de ajudarmos na cessação do hábito de fumar.

Frente à problemática, se estabeleceu para este estudo as seguintes questões norteadoras: Quais as representações sociais elaboradas por pacientes internados com diagnóstico de uma patologia relacionada ao consumo de cigarro acerca do hábito de fumar? Como essas representações influenciam nas motivações para o abandono do hábito de fumar?

A partir destas inquietações sobre a abordagem do profissional de saúde à pessoa que enfrenta o processo de cessação do hábito de fumar, na qual também estou inserida, me senti motivada a realizar este estudo que tem como objetivos: descrever os significados que os pacientes internados elaboram sobre o hábito de fumar; identificar as dificuldades para cessar o hábito de fumar reconhecidas pelos pacientes internados; analisar as representações sociais de pacientes internados sobre o hábito de fumar.

Neste sentido, considera-se importante desenvolver um estudo que conhecesse as representações sociais de paciente internados com diagnóstico de uma patologia relacionada ao consumo de cigarro sobre o abandono do hábito de fumar, acreditando que dessa maneira possa possibilitar reflexões e reorganização da maneira de cuidar dessas pessoas. A representação social aponta que não se pode explicar o individual sem o social, nem vice-versa, tendo como interesse a forma como as fontes de inovação transformam o conhecimento social e as culturas, e os processos que contribuem, quer para acelerar quer para resistir à mudança (VALA; CASTRO; MONTEIRO, 2013).

1 CONHECENDO A TEMÁTICA

1.1 O tabaco ao longo da história

O tabaco era desconhecido até o ano de 1498 quando foi identificado o seu plantio e consumo pelos povos indígenas na América Central e América do Sul, onde o fumo era usado em rituais religiosos como forma de obtenção de experiências transcendentais (SILVA, 2012).

A planta era usada misturada com outras substâncias e ingerida como suco ou inalada através de grandes cachimbos, provocando um estado de intoxicação em rituais de iniciação dos líderes para que pudessem atuar como protetores espirituais de suas tribos (BOEIRA, 2002). O consumo da folha do tabaco era considerado pelos índios “sopro vital” que liga o homem a Deus e a fumaça do fumo protegia os guerreiros, a roça, a safra ou a comida dos maus espíritos e tinha poderes curativos (SILVA, 2002; FONSECA, 2007).

Na expedição de Cristóvão Colombo nas Grandes Navegações o missionário Romano Pene fez a primeira descrição da folha do tabaco e enviou em 1518 ao Imperador Carlos V um punhado de sementes, sendo a planta levada em 1558 para Portugal e cultivada no Jardim Real (DELFINO, 2008).

O diplomata francês Monsieur Jean Nicot foi apresentado à folha do tabaco por Damião Góis no século XVI e após utilizar a planta para tratar sua úlcera de perna enviou sementes à rainha francesa Catarina de Médicis aconselhando-a a utilizar a planta em pó para curar suas constantes enxaquecas (DELFINO, 2008). O autor aponta que a utilização do tabaco pela rainha deu ao fumo o sinônimo de riqueza e a fama de poderoso remédio, sendo chamada de “erva da rainha”.

A disseminação do hábito de fumar se deu através de marinheiros, soldados e piratas, que levaram a planta para a Europa, África, Turquia, Índia, Filipinas e Japão e a utilizavam como passatempo e descanso das longas viagens (JAQUES, 2011). O fumo usado por marinheiros nas Grandes Navegações e a utilização do tabaco pela rainha Catarina de Médicis, foram dois movimentos que propiciaram a propagação do fumo pelo mundo (NARDI, 1996).

Uma vez que nas Grandes Navegações ocorreram inúmeras viagens, o que permitiu a inserção do fumo nos diversos lugares onde as embarcações atracavam. E por imitação à rainha os nobres passaram a consumir o tabaco e a prática tornou-se moda, sendo adotada por cortes de outros países.

No Brasil, os colonos ao chegarem se deparam com o estranho hábito dos índios fumarem folhas de tabaco e começaram a adquirir a planta por meio da troca por quinquilharias e artigos pessoais (DIETRICH, 2011). Inicialmente o cultivo da planta em solo brasileiro destinava-se ao consumo próprio, mas com o aumento da procura pelo tabaco o plantio ganhou fins comerciais, sendo utilizado até mesmo na aquisição de escravos vindos da África (LOPES, 2007).

No século XVII o tabagismo difundiu-se até a corte da Prússia e foi fundado o “Tabak Collegium”, onde diariamente ministros, generais, políticos e literários discutiam, propunham e assinavam decretos e leis sentados em torno de uma mesa fumando cachimbos, numa época em que o tabaco se fazia constantemente presente nas mais diversas manifestações culturais, sendo tema de grandes espetáculos (INCA, 2013).

O fumo disseminou-se pela Europa, sustentado pela crença de suas propriedades curativas, que o lhe concedia poderes milagrosos para a cura de enfermidades. Diante disso, grupo de médicos da época desenvolveram teorias e teses sobre o tabaco, sem jamais terem visto uma folha da planta, dando origem a uma literatura médica que defendia a sua capacidade curativa (SILVA, 2002). Até o final do século XVIII foi atribuído ao uso do tabaco propriedades medicinais, sendo constantemente citado em tratados de medicina, como tratamento de bronquite, asma, doenças do fígado, dos intestinos, epilepsia, reumatismo, gota, doenças de pele, doenças venéreas e outras dezenas de doenças (JAQUES, 2011).

Contudo, o tabaco encontrou muitos adversários como o rei da Inglaterra Jaime I, que publicou em 1604 o livro “Counterblas to Tobacco” negando o valor terapêutico do produto e o apontando como vício nocivo; o clérigo e acadêmico britânico Robert Burton, que apontou aspectos negativos do tabaco em “A Anatomia da Melancolia”; a proibição do fumo por eclesiásticos através da bula papal de Urbano VIII, que excomungava os fumantes que fizessem uso do tabaco no interior de igrejas; e Luís XIV da França, que proibiu o uso de rapé em Versalhes com a ameaça de caçar o título de nobreza dos fumantes (JAQUES, 2011). Embora o combate ao tabagismo já fosse evidente na época, os efeitos maléficos do tabaco tardam a manifestar, o que levou a difusão da pseudo-impressão de que o vício não era prejudicial.

Ao longo do tempo as formas de se consumir o tabaco foram reinventadas. No século XIV surgiram os primeiros charutos, que estavam somente ao alcance daqueles que tinham condições de pagar pela cara especiaria (GONÇALVES, 2013). Os charutos tiveram seu apogeu nos séculos XIX e XX, sendo vinculados à imagem de elevado status econômico-social, fama, riqueza, bom gosto e sofisticação (SOUZA, 2006). Os excluídos, na tentativa

imitar aqueles que consumiam o charuto, picavam restos de charuto na rua e enrolavam em papel, dando origem a primeira forma de cigarro (GONÇALVES, 2013).

Com a invasão global do fumo e sua popularização, rapidamente os países que já haviam sido apresentados ao tabaco reconheceram que estavam diante de um produto altamente lucrativo, capaz influenciar suas balanças comerciais, justificando o plantio em larga escala (SILVA, 2002).

As folhas do tabaco foram consumidas até o início do século XX sob a forma de cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto. A partir da criação da máquina de cigarro em 1881, patenteada em 1884, iniciou-se a industrialização do tabaco produzindo 200 cigarros por minuto (JAQUES, 2011; SILVA, 2012). O cigarro manufacturado permitiu o consumo em grande escala e em 1830 cerca de 50 fábricas de tabaco funcionavam na região da Virgínia nos Estados Unidos (SILVA, 2012). No século XX Estados Unidos e Inglaterra dominavam 80% do mercado mundial do tabaco e em 1903 a produção anual atingiu 3 bilhões de cigarros e 13 bilhões em 1912 (FERNANDES, 2007).

No Brasil, a empresa de cigarros Souza Cruz se instalou em 1903, no Rio de Janeiro, e começou a divulgar seus produtos com propagandas impressas, influenciando inicialmente através do prazer de fumar (SANTOS; SOUZA, 2012). A publicidade do cigarro se dava conforme ao contexto e a população que almejava atingir. No intuito de atingir, principalmente, as mulheres que desejavam ter os direitos a trabalhar e a votar, a empresa lançou sua primeira marca chamada Dalila (SANTOS; SOUZA, 2012).



Figura 1: Embalagem do cigarro Dalila da empresa de cigarros Souza Cruz, em 1903.
Fonte: <http://almanaque.blog.br/wp-content/uploads/2010/10/dalila-musa-inspiradora.jpg>

A I Guerra Mundial, entre 1914 a 1918, foi responsável pela primeira grande expansão mundial do cigarro no sexo masculino e após a II Guerra Mundial, de 1939 a 1945, o consumo cresceu ainda mais no sexo masculino e atingiu o sexo feminino (FERNANDES, 2007). Na I Guerra Mundial o cigarro era amplamente distribuído aos soldados americanos e

na II Guerra Mundial ele era utilizado como moeda de troca (JAQUES, 2011). A distribuição gratuita de cigarros aos soldados durante as grandes guerras foi uma estratégia de expansão das fábricas de cigarro, pois ao retornarem para casa as produtoras haveriam conquistado milhares de novos consumidores dependentes em nicotina (PANTANI; PINSKY; MONTEIRO, 2011). Após a II Guerra Mundial o cigarro passou a ser adotado como símbolo de rebeldia e liberdade (FERNANDES, 2007).

Em 1924, a produtora de cigarros Philip Morris lançou a marca Marlboro destinada exclusivamente ao público feminino, atingindo mulheres abastadas e sofisticadas que “podiam pagar pelo melhor” por meio da campanha publicitária “Mild as May” que utilizava a imagem de celebridades da época (PANTANI; PINSKY; MONTEIRO, 2011).



Figura 2: Campanha publicitária Mild as May Texto: “Um cigarro para que pode comprar o melhor”
 Fonte: <http://archon.slis.ua.edu/tobaccocenter/?p=digitallibrary/digitalcontent&id=739>

A partir de 1940 o fumo passou a ser glamourizado pelas produções cinematográficas de Hollywood, tornando o cigarro acessório indispensável de personagens charmosos e o cinema um marketing eficiente das indústrias de cigarros (JAQUES, 2011). Desde as primeiras décadas do século XX, o cinema, especialmente o hollywoodiano, se afirmou como mídia de massa, sendo reconhecida como influencia para a divulgação de valores que moldam hábitos e comportamentos os indivíduos (RODRIGUEZ, 2005). Um estudo datado de 2005 analisou alguns filmes que, conforme o momento histórico em que se inseria, transmitia a forma como o cigarro era visto na época.

Em análise do filme “Casablanca” de 1942, é descrito que, com exceção da protagonista, todos os personagens centrais da trama fumavam e que o cigarro se faz presente em cerca de 75% das cenas (RODRIGUEZ, 2005). As cenas do protagonista do longa transmite a ideia do cigarro como um acessório que completa uma celebração, que consola um momento de tristeza, e que acompanha os momentos de reflexão (RODRIGUEZ, 2005). O fato da protagonista não fumar é vinculado, pelo autor, ao conservadorismo da época que interpretava como não bem visto a prática de tabagismo entre as mulheres.

No século XX revistas e jornais ocupavam páginas inteiras com anúncios chamativos e na TV eram exibidos nos intervalos anúncios lembrando que estava na hora de tragar um cigarro (GONÇALVES, 2013). As propagandas evidenciavam o cigarro e o relacionava à virilidade dos homens, a sedução das mulheres, a inteligência, ambientes de luxo, integração a um grupo social, independência financeira e social da mulher, diversão e juventude, e ao estilo de vida através de jovens bonitos e saudáveis, formadores de opinião, profissionais e artistas admiradores em geral (SANTOS; SOUZA, 2012). Nas contracapas de importantes revistas médicas, propagandas estampavam diálogos pretensiosos, nos quais os personagens centrais eram profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros e dentistas, destacando suas preferências pelas diferentes marcas de cigarro, dando credibilidade ao produto (GONÇALVES, 2013).

Em 1933, foi publicado no Journal of the American Medical Association o anúncio da marca Chesterfield, da empresa Ligget & Myers Tobacco Company, que trazia o ex-presidente dos Estados Unidos Ronald Reagan, sugerindo caixas de cigarros como presente de Natal (PANTANI; PINSKY; MONTEIRO, 2011).



Figura 3: Propaganda da marca Chesterfield, publicada no Journal of the American Medical Association que trazia o ex-presidente dos EUA Ronald Reagan, sugerindo caixas de cigarros como presente de Natal.

Fonte: http://farm3.static.flickr.com/2747/4297565761_fd7dbe6488_o.jpg

O psicólogo especialista em marketing Enerst Dichterem sua obra “The Psychology of Everyday Living” de 1947, afirmou que fumar é prazer psicológico, fumar é divertido, uma recompensa que o fumador dá a si próprio por se ter “portado bem”, um prazer oral tão importante como o sexo e a fome, uma espécie de indicador de tempo, uma companhia, uma forma de deleitar o fumador quando este gosta de ver e fazer formas com o fumo, uma forma de socialização, ajuda a memorizar determinadas situações em que o cigarro esteve presente, uma maneira de mostrar a nossa personalidade, ajuda a pensar, a relaxar e a esquecer os problemas (DICHTER, 1947).

Acompanhando o crescimento do consumo do cigarro surgiram inúmeras pesquisas sobre o tabaco, como o estudo de Raymond Pearl de 1938 (JAQUES 2011). Estudos datados de 1920 e 1930 apontavam o tabagismo como o responsável pelo câncer de pulmão, mas tal teoria não pode ser comprovada devido aos índices epidemiológicos de mortes por doenças infecciosas, o que deu início a utilização, principalmente, de estudos retrospectivos e prospectivos para comprovar as teorias de malefícios do cigarro, impulsionando os movimentos antitabagistas (JAQUES, 2011). Tais movimentos ganharam força após a publicação dos estudos desenvolvidos por cientistas da Royal College os Physicians (RCP), que comprovavam que o cigarro era maléfico a saúde, e do chamado Relatório Terry, que demonstrou que a taxa de morte por câncer de pulmão era dez vezes maior entre fumantes em relação a não fumantes (JAQUES, 2011).

Nos anos 50 estudos foram publicados apontando os malefícios do cigarro, dando sustentação à luta antitabagistas e o fumo, que antes era símbolo de vitalidade, modernidade e independência, passou a ser visto ambigualmente como sinônimo de morbidade e morte (SOUZA, 2006). Na tentativa de amenizar as crescentes críticas ao tabaco a empresas do fumo apelaram para a publicidade para manter o crescente consumo do cigarro.

Na década de 50, tentou-se induzir o consumo do tabaco através de propagandas que relacionava ao cigarro, bebês que diziam aos seus pais que o Marlboro é “o mais legal” (SANTOS; SOUZA, 2012). Após utilizar as imagens de bebês em suas propagandas, a Philip Morris adotou os filtros, no intuito de contornar os anúncios que apontavam os malefícios do cigarro (PANTANI; PINSKY; MONTEIRO, 2011).

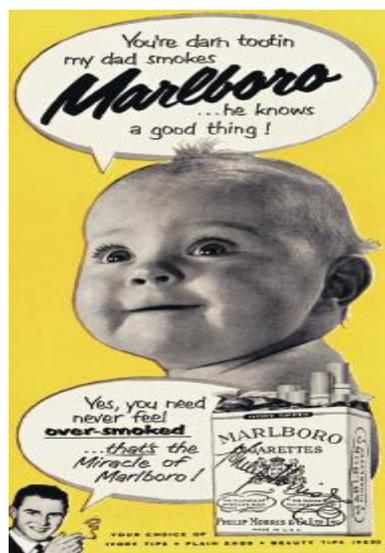


Figura 4: Propaganda impressa do cigarro da marca Marlboro em 1951. Texto: "Meu pai fuma Marlboro... ele sabe que é bom".

Fonte: <http://www2.uol.com.br/historiaviva/reportagens/img/cigarropersuasao1.jpg>

Em 1954, a Philip Morris reinventou a marca Marlboro sustentada por aquele que seria a maior propaganda do cigarro, considerado um mito, o Cowboy da Marlboro (PANTANI; PINSKY; MONTEIRO, 2011). A Marlboro solidificou-se através da imagem do cowboy como uma das marcas mais famosas de cigarro, fazendo apelo à classe trabalhadora, transmitindo uma ideia de liberdade através do “Mundo de Marlboro” (PANTANI; PINSKY; MONTEIRO, 2011).



Figura 5: Anúncios da marca Marlboro, utilizando a imagem do Cowboy da Marlboro.
Fonte: <http://prevenblog.com/wp-content/uploads/marlboro-man-1.jpg>

Na década de 70 a imagem do cigarro como um símbolo de elegância e estilo, passou a ser veiculada pela televisão, e que a partir da década de 80 a propaganda televisiva incluiu também os esportes radicais, atingindo os jovens e transmitindo uma ideia de liberdade (SANTOS; SOUZA, 2012).

O capitalismo levou diversas sociedades científicas a se interessarem pelos perigos que ameaçavam a vida, passando-se a monitorar constantemente a saúde, com vistas à prevenção de enfermidades que pudessem tirar o homem do processo de produção industrial (SOUZA, 2006).

A medicina passa então a ser instrumento de controle social, objetivando a manutenção do homem produtivo saudável, através do desaparecimento de surtos epidêmicos, a baixa taxa de morbidade e o aumento da duração média de vida (SOUZA, 2006).

O cigarro passou a ser visto como um fator de risco para diversas doenças, tanto para os fumantes como não-fumantes, tornando o combate ao tabagismo prioridade na maioria dos países desenvolvidos. Assim, várias instituições responsáveis pela saúde começaram a divulgar pelos principais meios de comunicação os malefícios do tabaco e o fumo passou a ser proibido em alguns lugares, como no caso de voos com menos de duas horas das linhas aéreas americanas (SOUZA, 2006). Diante dos movimentos antitabagistas surgiram medidas de combate ao consumo de cigarro na tentativa de conter os índices do fumo, objetivando fazer quem fuma parar de fumar e quem não fuma a não começar a fumar.

A luta contra o tabaco levou a uma série de leis, como a Lei Federal N° 7.488/86, que institui o dia 29 de agosto como o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, buscando desde o

controle da produção do cigarro, limitando e proibindo a utilização de determinadas substâncias na sua composição, até a restrição da publicidade da indústria do tabaco e limitação dos lugares para se fumar (JAQUES, 2010). Os movimentos antitabagistas deram início a uma dualidade que persiste até os dias de hoje, de um lado aqueles que levantam a bandeira do “não ao fumo” e de outro aqueles que defendem o seu direito de fumar diante de qualquer alerta sobre os malefícios do hábito.

1.2 O combate ao tabagismo

O movimento antitabagista se fortaleceu na medida em que o cigarro se popularizava, ora embasado em um discurso moral, ora nos discursos acerca dos riscos à saúde (JAQUES; GONÇALVES, 2009). A luta contra o tabaco, desde o princípio, fundamentou-se em dois campos de ação: o campo das produções científicas que evidenciavam o tabagismo como um problema de Saúde Pública; e o campo jurídico com a criação de legislações restritivas sobre a indústria tabagística e o consumo do tabaco (SPINK; LISBOA; RIBEIRO, 2009).

No decorrer do século XX surgiram inúmeras pesquisas, como o Relatório de Terry, que apontavam o hábito de fumar como prejudicial à saúde e à medida que surgiam os estudos eram cada vez mais consistentes e envolviam análises estatísticas (JAQUES; GONÇALVES, 2009). Os movimentos antitabagistas tomaram novo fôlego e os Governos modificaram a forma de encarar o hábito de fumar a partir do Relatório de Terry que, legitimando a epidemiologia como disciplina científica, comprovou a associação entre o tabagismo e uma série de doenças (JAQUES, 2010).

No Brasil, o Relatório de Terry deu força a um movimento antitabagista na comunidade médica liderado por pneumologistas e que levou à intervenção do Estado em 1985 com a criação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo (GACT), sendo o marco inicial da campanha oficial contra o tabagismo no país (JAQUES; GONÇALVES, 2009). Em 1986 foi aprovada a primeira lei brasileira em âmbito federal de regulamentação do hábito de fumar, a Lei Federal nº 7.488/86 que instituiu o dia 29 de agosto como o “Dia Nacional de Combate ao Fumo” e prevê na semana anterior a data uma ampla campanha educativa com o objetivo de divulgar os malefícios provocados pelo tabagismo (JAQUES, 2009).

O combate contra o tabagismo iniciou-se oficialmente em meio aos movimentos da Reforma Sanitária no Brasil, que trataram de uma reforma social e não apenas uma reforma atrelada ao caráter setorial e institucional de uma política social ou de saúde (PAIM, 2008). O

período da Reforma Sanitária compreendeu a luta pelo rompimento com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil e culminou na Constituição Federal de 1988, que adotou um conceito de saúde caracterizado pela articulação de políticas sociais e econômicas que não se restringe à assistência médica (MENICUCCI, 2014).

Durante o processo de elaboração da nova Constituição brasileira foram enviadas à comissão de trabalhos da Constituição inúmeras sugestões acerca do combate ao tabagismo, dentre elas algumas recorreram a valores morais que associavam o hábito de fumar como um símbolo de rebeldia e, junto com outras drogas, como deturpador dos valores familiares (JAQUES; GONÇALVES, 2009).

Como resultado, o texto da constituinte no capítulo da Comunicação Social no parágrafo 4º do art. 220, dá competência à lei federal de restringir a propaganda comercial e advertir sobre os malefícios ocasionados pelo consumo de derivados do tabaco e outras substâncias (BRASIL, 1998). A inclusão dessa competência na constituinte foi fundamental para a justificação da constitucionalidade das leis antitabagistas posteriores (JAQUES, 2010).

A partir desse momento o combate ao tabagismo oficialmente toma forma e foram surgindo medidas de contenção asseguradas por lei, sempre sustentadas por questões sociais e econômicas.

O PNCT inclui a promoção de ambientes livres de fumo e a implantação de projetos para a cessação de fumar na rede do SUS, buscando promover a interação entre as áreas de saúde e educação nos estados, municípios e em nível federal (INCA, 2014). Além disso, os principais programas do PNCT são a regulação e fiscalização dos derivados de tabaco, sob a responsabilidade da Anvisa; a vigilância epidemiológica, através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Pesquisa Especial de Tabagismo (Petab), da Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar (Pense) e do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico); o Programa Nacional de Diversificação da Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco, desenvolvido pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário; a Política de preços e impostos para o setor fumo, coordenada pelo Ministério da Fazenda; e o Combate ao mercado ilegal de produtos de tabaco, conduzida pelos Ministérios da Fazenda e da Justiça (INCA, 2014).

Baseado no consenso o tratamento do tabagismo atualmente no Brasil inclui a Abordagem Cognitivo-Comportamental, que é a base do tratamento e caracteriza-se por uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, envolvendo a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento; e a farmacoterapia, que tem a função de

facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, incluindo a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) (medicamentos nicotínicos: adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol) e medicamentos não-nicotínicos (antidepressivos: bupropiona e nortriptilina; e o anti-hipertensivo: clonidina) (BRASIL, 2001).

Em 2003, em resposta à globalização da epidemia do tabaco, foi adotada pela Assembleia Nacional da Saúde a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), com o seguinte objetivo:

Art. 3 - O objetivo da presente Convenção e dos seus protocolos é proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco, fornecendo um quadro de medidas de controle a serem implementadas nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir contínua e substancial a prevalência do uso do tabaco e exposição ao fumo do tabaco” (WHO, 2003).

A CQCT é o primeiro tratado internacional de saúde pública da Organização Mundial da Saúde (OMS) e representou uma mudança de paradigma no desenvolvimento de estratégias de regulamentação para lidar com substâncias que causam dependência (WHO, 2003). As medidas contidas na CQCT são descritas em 38 artigos e abordam a redução da demanda, da oferta e dos danos provocados pelos derivados do tabaco. Além disso, a Convenção trata da responsabilidade criminal e civil, e da cooperação técnica e científica e o intercâmbio de informações (WHO, 2003).

O Brasil é reconhecido internacionalmente pela sua liderança no controle do tabagismo, sendo assim coordenou o processo de elaboração da CQCT no período de 1999 a 2003 (INCA, 2014). Em 2005 o Brasil aderiu oficialmente à CQCT e desde então, a implementação das medidas da CQCT passou a ser a Política Nacional de Controle do Tabaco (INCA, 2014). Com isso, para a governança da política foi criada a Comissão Nacional para

Implementação da Convenção-Quando para o Controle do Tabaco (CONICQ) com representação de diferentes setores do governo, presidida pelo Ministro da Saúde e com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) como sua Secretaria Executiva (INCA, 2014).

Os grupos antitabagistas no Brasil consideram urgentes dois pontos contemplados pela CQCT: medidas que aumentam o preço dos cigarros e o controle do comércio ilegal de produtos fumígenos (JAQUES, 2010).

O aumento de preços e impostos é considerado pela OMS como a medida mais efetiva para a redução do consumo de derivados do tabaco. No entanto, a indústria do tabaco e algumas autoridades defendem que o aumento dos preços dos cigarros não gera a diminuição

do consumo total, mas provoca a troca por produtos ilegais, estimulando o comércio clandestino (IGLESIAS, BIZ, MONTERIO; 2011). Por outro lado, evidências científicas demonstram que o aumento dos preços dos cigarros estimula os fumantes a deixarem de fumar e inibe a iniciação de crianças e adolescentes (RASON et.al.; 2000). Há estudos que demonstram que, dependendo dos níveis de renda de um país, um aumento de 10% no preço do cigarro provocaria uma redução de 4% a 8% do índice de consumo (JAQUES, 2010).

O aumento do preço dos cigarros com impostos diminui o poder aquisitivo da renda do fumante, em termos deste produto, e torna os produtos ilícitos mais atrativos, mas esse estímulo depende do consumo diário, do nível do poder de compra da renda do fumante e das condições de acesso ao produto ilegal (IGLESIAS, BIZ, MONTERIO; 2011). A ideia defendida pela indústria diverge da experiência internacional, que demonstra que a maior parte dos fumantes simplesmente deixa de fumar ou busca outras alternativas, como fumar menos ou consumir marcas legais mais baratas, não havendo migração em massa para os produtos ilegais (IGLESIAS, BIZ, MONTERIO; 2011).

O Brasil necessita de uma estratégia de longo prazo para os aumentos dos impostos sobre os cigarros, mas ainda há empecilhos para a construção de estratégias devido ao dilema criado pela existência do contrabando de produtos do tabaco provenientes do Paraguai (IGLESIAS, BIZ, MONTERIO; 2011). O PNCT considera que o contrabando não pode ser atrelado simplesmente ao aumento do preço do cigarro, mas sim um misto de problema de ordem fiscal e um problema de saúde pública (JAQUES, 2010).

A redução do contrabando não pode ser condicionada pela redução dos impostos, mas sim pelo fortalecimento da repressão, mais inteligência policial e melhor aplicação das leis (IGLESIAS, 2009). O Brasil precisa elaborar e implementar um plano de combate ao contrabando de cigarro com medidas específicas para o problema, libertando a política tributária sobre o cigarro dessa responsabilidade (IGLESIAS, BIZ, MONTERIO; 2011).

Diante das medidas de contenção do tabagismo, a indústria do tabaco viu-se diante da necessidade de buscar formas de sustentar. Nesse sentido, os empresários tornaram-se mais articulados entre si com objetivo de defender todo o setor fumageiro (BOERIA, JOHNS; 2007). Para isso criaram suas próprias ONGs para influenciar politicamente outros setores da sociedade, como a Associação Brasileira da Indústria do Fumo (ABIFUMO) e o Sindicato da Indústria do Fumo (SINDFUMO), que atua com o objetivo de fortalecer as estratégias de marketing, tecnocientíficas e político-ideológicas (BOERIA, JOHNS; 2007).

Embora as medidas de contenção ao tabagismo no Brasil tenham reduzido os índices de incidência e prevalência, percebe-se que nos dias de hoje os índices do consumo do tabaco

ainda são preocupantes. Estudos evidenciam os impactos sociais, econômicos e relacionados ao acometimento por doenças causados pelo tabagismo. No entanto, há um grande número de pessoas que começam a fumar e permanecem fumando diante dos alertas e das evidências científicas que comprovam que o consumo de tabaco é prejudicial à saúde e o Brasil se sustenta como o segundo maior produtor de tabaco e maior exportador de fumo e folhas do mundo (BOEIRA, JOHNS, 2007; JAQUES, 2010).

1.3 Quem está fumando?

O tabaco já era utilizado pelos povos indígenas nas Américas e a partir das Grandes Navegações passou a ser conhecido e consumido mundialmente. O fato de ser reconhecido como uma planta de cura e um hábito da realeza permitiram a sua rápida propagação, se tornando uma atividade economicamente lucrativa. Nesse sentido, os produtores de tabaco sempre buscaram estratégias de manterem elevados índices de incidência e prevalência para sustarem seus lucros (JAQUES, 2010).

Embora as imagens de bem-estar e de um padrão de vida desejável tenham sido derrubadas pela divulgação dos malefícios do fumo à saúde, as estatísticas do tabagismo ainda merecem atenção especial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que há mais de um bilhão de fumantes em todo o mundo e que esse número tende a aumentar mesmo com a diminuição dos índices nos países de alta renda (WHO, 2013). Nos países em desenvolvimento, os índices são cada vez maiores, sendo que 80% dos fumantes do mundo vivem em países em desenvolvimento (WHO, 2014b).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE, realizada em 2012 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE com estudantes do 9º ano do ensino fundamental, apontou que 22.6% dos escolares já haviam experimentado o cigarro, dos quais 27.2% declararam ter consumido tabaco nos últimos 30 dias (BRASIL, 2013). Além disso, a PeNSE apontou que 59.9% dos escolares afirmaram que estiveram na presença de fumantes na semana anterior à pesquisa e que 29.8% declararam que pelo menos um dos responsáveis era fumante (BRASIL, 2013).

O Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) de 2013 constatou que nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal 11.3% dos adultos são fumantes, sendo que a frequência é maior entre os homens (14.4%) do que nas mulheres (8.6%). A frequência de fumantes é maior entre 25 e 64 anos idade, tanto para os homens quanto para as mulheres (BRASIL, 2014b).

Das pessoas que afirmam não fumar, 22% declararam serem ex-fumantes, sendo que o índice é maior entre os homens (25.6%) do que nas mulheres (18.9%) (BRASIL, 2014b). Na população masculina o abandono do tabaco tende a aumentar com a idade, sendo que os ex-fumantes representam 11.8% apresentam entre 18 a 24 anos de idade e 53.2% mais de 65 anos de idade. Já na população feminina a frequência de ex-fumantes variou de 8.6% entre 18 e 24 anos, para 32.7% entre 55 e 64 anos, reduzindo-se para 26.8% para 65 anos ou mais (BRASIL, 2014b).

Quanto à quantidade de cigarros consumidos por dia, 3.4% dos fumantes declararam fumar 20 cigarros ou mais diariamente, sendo maior a frequência entre os homens (4.5%) do que entre as mulheres (2.4%) (BRASIL, 2014b). Em relação à escolaridade o Vigitel aponta que as estatísticas de fumantes, ex-fumantes e consumo intenso (20 cigarros ou mais por dia) são maiores entre aqueles com menor escolaridade (BRASIL, 2014b).

Para a exposição daqueles que não fumam, o Vigitel constatou que 10.2% da população adulta são fumantes passivos no domicílio, sendo maior o índice entre os jovens entre 18 e 34 anos (16.7%). Já para o tabagismo passivo no trabalho, foi identificada uma frequência de 9.8%, sendo maior entre os homens (14.1%) do que entre as mulheres (6.1%) (BRASIL, 2014b).

A frequência de fumantes passivos no local de trabalho diminui com o nível de escolaridade entre os homens, e aumenta com o nível de escolaridade entre as mulheres (BRASIL, 2014b).

Com a crescente independência social e financeira feminina, as mulheres são vistas pela indústria tabagística como um enorme potencial de mercado emergente, o que poderá dobrar o número de mulheres fumantes no mundo em 2025 (WHO, 2013). O uso do tabaco na maioria dos países de alta renda é estável ou está em declínio, o que leva a indústria tabagística a voltar seus olhos para os países de baixa renda onde o consumo é crescente (WHO, 2013).

1.4 Tabagismo: doença que causa doenças e que mata

"D'un petit plaisir vient un long repentir" Tradução: "De um pequeno prazer vem um longo arrependimento" Provérbio Francês (SBC, 2005)

Nem sempre o tabagismo foi considerado como um malefício à saúde, por muito tempo o ato de fumar foi atrelado a propriedades medicinais e reconhecido como remédio.

Além disso, a indústria tabagística com suas estratégias de marketing concedeu ao cigarro uma imagem positiva de bem-estar. Contudo, com o passar do tempo os efeitos do fumo foram se manifestando e se tornando cada vez mais aparente, desbancando a falsa ideia de santo remédio e estimulando pesquisas que comprovam os malefícios do cigarro.

O principal componente da folha do tabaco é a nicótica, uma droga psicoativa que age no Sistema Nervoso Central (SNC) através dos receptores nicotínicos, causando sensação de prazer, bem-estar e tranquilidade devido à estimulação e liberação de substâncias neurotransmissoras (DIAS et al., 2014). O mecanismo de ação da nicotina transforma o cigarro um apoio para a redução tanto da tensão quanto da ansiedade e a falta de nicotina produz sensações desagradáveis comumente conhecidas como síndrome de abstinência, causados pela dependência química (DIAS et al., 2014).

Diante das ações da nicotina o tabagismo passa oficialmente a ser reconhecido como uma doença em 1993, quando foi classificado no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (F17), passando a ser reconhecido como uma doença crônica resultante da dependência à nicotina (JAQUES, 2011).

O tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo que cerca de 6 milhões de mortes por ano estejam vinculadas ao hábito de fumar (WHO, 2013). Mundialmente 12% de todas as mortes entre adultos com 30 anos ou mais foram atribuídas ao fumo, sendo que o tabagismo está vinculado tanto as mortes por doenças não-transmissíveis (14%), como doenças cardiovasculares (10%) e câncer (22%), quanto por doenças transmissíveis (5%), como tuberculose (7%) e infecções respiratórias (12%) (WHO, 2013).

O Relatório Final sobre Carga das Doenças Tabaco-relacionadas para o Brasil de 2011, apresentou índices de morbi-mortalidade das doenças do grupo câncer (câncer de pulmão, laringe, bexiga, boca e faringe, rins, estômago, esôfago, pâncreas, leucemia mielóide e colo de útero), cardíacas (infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças isquêmicas do coração (não IAM) e não-isquêmicas), cerebrovasculares (acidente vascular cerebral (AVC)) e respiratórias (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), pneumonia e influenza) relacionados ao fumo. O relatório apontou que desse conjunto de doenças obteve uma incidência de 2.442.038 casos, sendo que 34% foram atribuíveis ao tabagismo. Os maiores índices foram de DPOC (317.564), IAM (157.126), pneumonia (105.080), doenças isquêmicas não IAM (102.151) e AVC (75.663), sendo que na população masculina o mais incidente foi o IAM e na população feminina foi a pneumonia. Das mortes causadas pelas

doenças consideradas no relatório, 28% do total foram atribuíveis ao tabagismo, sendo o IAM e o AVC os de maior impacto (ACTBR, 2011).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para 2014 a ocorrência de 394.450 casos novos de câncer (exceto pele não melanoma), desses 48% atribuído ao sexo feminino e 52% ao sexo masculino, sendo o combate ao tabagismo uma das ações de prevenção apontadas para minimização do problema (INCA, 2014).

Com os avanços tecnológicos dos meios de comunicação, atualmente é de fácil acesso qualquer tipo de informação. Os malefícios do cigarro são veiculados através de todos os meios de comunicação, sendo o que o diferencial está na maneira como essa informação chega até a pessoa e como ela compreende a informação transmitida. Alguns estudos demonstram que há contradição no reconhecimento do tabagismo como causa de dependência e o reconhecimento da dependência como doença, a grande maioria dos tabagistas reconhece que o tabagismo pode causar dependência, mas não reconhecem a dependência como uma doença (TANNI et al., 2010). Há relatos que aponta que boa parte dos tabagistas reconhece a responsabilidade do tabagismo quanto a morbi-mortalidade das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) somente em relação ao câncer e à doença coronariana (TANNI et al., 2010). Sendo assim, embora exista divulgação do tabagismo como doença e dos riscos oferecidos pelo fumo, a compreensão das informações divulgadas ainda não é satisfatória.

1.5 A dependência do fumo

O que mais se encontra em estudos científicos relacionados ao tabagismo atualmente é a questão das dificuldades de se abandonar o fumo, sendo que na grande maioria dos estudos é observado que os fumantes esbarram na questão da dependência ao tentarem cessar o hábito. Tal situação é atrelada as ações da nicotina, principal componente do tabaco classificada como uma substância psicoativa e responsabilizada pela dependência ao tabaco.

Após uma tragada a nicotina cai na corrente sanguínea levando cerca de 10 segundos para interagir com os receptores colinérgicos nicotínicos das junções neuromusculares, nos gânglios autonômicos e no sistema nervoso central (SNC) (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010). No caso dos receptores nicotínicos do SNC, por estarem localizados nos neurônios pré-sinápticos há liberação de outros neurotransmissores, como a noradrenalina, a acetilcolina, a serotonina, a vasopressina e a dopamina (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010).

A ação nos receptores nicotínicos e a liberação de outros neurotransmissores é o que provoca as sensações relacionadas com o fumo. A sensação de relaxamento se deve a uma discreta diminuição no tônus muscular (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010). O aumento da produção de noradrenalina resulta no aumento da frequência cardíaca, aumento do estado de alerta, diminuição do apetite, náuseas e piloereção; o aumento da acetilcolina provoca a melhora cognitiva; o aumento da serotonina está ligado à modulação do humor, diminuição do apetite e alívio da síndrome de abstinência; o aumento da vasopressina causa melhora da memória; e o aumento da dopamina é responsável pela euforia, prazer e diminuição do apetite (SILVA, 2012).

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID-10) define Síndrome de Dependência como:

Um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido da substância e que geralmente incluem um forte desejo de tomar a droga, dificuldades em controlar a sua utilização, persistindo na sua utilização, apesar das consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso de drogas que para outras atividades e obrigações, aumento da tolerância, e às vezes um estado de abstinência física (WHO, 2014a).

A nicotina tem alto potencial de dependência, sendo que um terço daqueles que experimentam a substância se tornam dependentes, apresentando o conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos necessários para o seu consumo ser classificado como tal (SILVA, 2012).

A dependência causada pela nicotina se dá pela estimulação dos receptores nicotínicos $\alpha 2\beta 4$ da área tegumentar ventral do SNC, que a longo prazo provoca o aumento do número desses receptores ocasionando a fissura e a síndrome de abstinência (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010). Nas primeiras tragadas os fumantes apresentam efeitos adversos e desagradáveis, mas com o uso contínuo da nicotina esses sintomas tendem a desaparecer, havendo uma neuroadaptação, e o fumante passa então a sentir as sensações de recompensa (prazer, euforia, redução da ansiedade, etc.) causadas pela dependência física da nicotina (MEIRELLES, 2009).

As sensações provocadas pela ação da nicotina fazem do cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais, caracterizando a dependência psicológica ao tabaco (INCA, 2007). Esta por sua vez, caracteriza-se como a necessidade de acender um cigarro com o objetivo de aliviar as tensões tais como ansiedade, angústia, tristeza, medo, estresse, preocupação, ou até mesmo em momentos de depressão, o que faz com que o fumante passe a representar o cigarro como

“válvula de escape” e solução para os seus problemas ou fuga dos mesmos (MEIRELLES, 2009).

Além disso, com o passar do tempo acender e fumar acabam se tornando ações mecânicas, o que se chama de condicionamento, que se caracteriza pelas associações habituais com o fumar (fumar e tomar café, fumar e trabalhar, fumar e dirigir, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições e outras) (INCA, 2007). Em determinadas situações o indivíduo fuma automaticamente sem se quer perceber. Tais associações automáticas facilitam com que ele continue tragando, reforçando seu comportamento de fumante (MEIRELLES, 2009).

2 O CAMINHO TEORICO METODOLOGICO

2.1 O marco teórico do estudo – A Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) surge a partir da obra de Serge Moscovici “La Psychanalyse: son image et son public”, no final da década de 50 na França, onde o psicólogo buscou compreender como a psicanálise era entendida pela sociedade francesa na época (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011). Segundo os autores, tal estudo concedeu a

Moscovici o título de “criador da Teoria das Representações Sociais” e permitiu que ele compreendesse como um objeto científico torna-se objeto de senso comum. Moscovici elaborou a TRS diante da ausência que sentiu de um constructo que abrangesse uma explicação para as transformações sociais (ALMEIDA, 2009).

Émile Durkheim introduz na sociologia o termo representação objetivando consolidar a sociologia enquanto ciência, delineando o objeto e o método desta disciplina num momento em que predominava o método das ciências da natureza, transportando para a sociologia a necessidade de objetividade, verificação e experimentação (HOROCHOVSKI, 2004). A autora afirma que Durkheim, no intuito de afirmar a sociologia enquanto ciência, questiona se os fatos sociais podem ser conhecidos através de uma interrogação da consciência, e conclui que as instituições sociais, em sua grande maioria, são herdadas de gerações anteriores e suas causas ou razões não podem ser descobertas por meio de simples interrogações. Para Durkheim o indivíduo sofre pressão das representações dominantes na sociedade, sendo a sociedade que pensa ou exprime os sentimentos individuais (REIS; BELLINI; 2011).

Na tentativa de estabelecer a sociologia como uma ciência, Durkheim defendeu uma separação radical entre representações individuais e coletivas, sugerindo que as primeiras deveriam ser o campo da psicologia e as últimas o objeto da sociologia (MOSCOVICI, 2003, p.14). Tal divisão se fundamentava numa concepção de que as regras que comandam a vida individual (representações individuais) não são as mesmas que regem a vida coletiva (representações coletivas) (ALEXANDRE, 2004).

Para Serge Moscovici a sociologia de Durkheim enxergava as representações como um conceito estanque, refratário a qualquer análise posterior, não sendo necessário desvelar sua estrutura ou evidenciar preocupações com o estudo de sua dinâmica interna (MOSCOVICI, 2003, p.45). As críticas de Moscovici à concepção de Durkheim foram relevantes devido à falta a preocupação em se buscar a origem da generalidade dos fenômenos

que o conceito de Representação Coletiva engloba (sociais ou psíquicos), e à ausência da dinâmica das Representações Coletivas que não a torna adequada aos estudos de sociedades complexas como a nossa onde existem pluralidade de sistemas envolvidos e uma alta rotatividade do fluxo de representação (REIS; BELLINI; 2011).

Moscovici ao preferir o termo “social” sugeriu que queria enfatizar a qualidade dinâmica das representações contra o caráter mais fixo, ou estático que elas tinham na teoria de Durkheim (MOSCOVICI, 2003, p.14). Além disso, segundo o mesmo autor, o psicólogo compreende as representações coletivas, que foram entendidas como conceito por Durkheim, como fenômenos socialmente relacionados à construção do conhecimento no campo do senso comum.

A transição de representações coletivas para representações sociais está relacionada com a maneira como Moscovici pensa a sociedade contemporânea, ou seja, multifacetada, sendo assim o conceito de representação social é um conceito heurístico, reflexo do conceito de Durkheim de representação coletiva, o qual se revelou frutuoso para identificar, descrever e fazer uma articulação com as ideias e práticas as quais permitem às pessoas se guiarem em seu mundo material e social (ALMEIDA, 2009).

As representações sociais se originam a partir de interações humanas, surjam elas entre duas pessoas ou entre dois grupos. Segundo Moscovici (2003), as representações não são criadas por um indivíduo isoladamente e uma vez criadas elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem. O autor aponta que a TRS toma como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade, tendo como objetivo descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade.

Conforme Machado et al. (1997), toda representação é sempre a representação de um objeto por um sujeito, não existindo representação sem objeto e, por tanto uma representação não pode ser compreendida enquanto cognitivo individual já que é produzida no intercâmbio das relações e comunicações sociais.

A elaboração e funcionamento de uma representação poder ser entendidos por meio dos processos de objetivação e ancoragem. Objetivação para Moscovici (2003, p.60 – 78) é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso, é reproduzir um conceito em uma imagem. Para exemplificar o que é objetivar, o autor utiliza Deus, afirmando que comparar Deus com um pai torna o que era invisível, instantaneamente, em visível em nossas mentes, como uma pessoa a quem podemos responder como tal.

Moscovici (2003, p.60 – 78) afirma que ancoragem é um processo que torna algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. Ancorar, segundo o autor, é classificar e dar nome a alguma coisa, sendo que classificar algo significa que nós o confinamos a um conjunto de comportamentos e regras que estipulam o que é, ou não é, permitindo em relação a todos os indivíduos pertencentes a essa classe. O autor afirma que categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele.

Nesse sentido, a objetivação e a ancoragem são processos que explicam a maneira como o social é capaz de transformar um conhecimento em representação e como a representação social transforma o social (ALMEIDA, 2009). O estudo das representações sociais busca o conhecimento da maneira pela qual um grupo humano constrói um conjunto de saberes que expressam a identidade de um grupo social, as suas representações sobre a diversidade de objetos, tanto próximos quanto remotos e, principalmente, o conjunto dos códigos culturais que determinam, em cada momento histórico, as normas e uma comunidade (ALMEIDA, 2009).

O conhecimento dos indivíduos é socialmente compartilhado, entrando-se nas relações cotidianas e contribuindo para a construção de novas formas de representações. Desta forma, a representação social busca o conhecimento da maneira pela qual um grupo humano constrói um conjunto de saberes que expressam a identidade de um grupo social e as suas representações sobre a diversidade de objetos (ALMEIDA, 2009).

A Teoria das Representações Sociais é apontada como um instrumento de suma importância para a compreensão do processo saúde-doença, não pautada no modelo biomédico, mas focada em uma maneira mais abrangente e contextual (QUEIROZ, 2002). Se considerar o processo de propagação do tabaco ao longo da história e as questões biopsicossociais envolvidas no hábito de fumar, percebe-se que as representações sobre o hábito de fumar são ancoradas no pensamento coletivo, o qual determina comportamentos e maneiras de pensar e agir.

Nesse sentido, analisar as representações sociais de pacientes internados que necessitam parar de fumar diante do diagnóstico de uma patologia relacionado ao cigarro, é compreender como o tabagismo se insere na sociedade no decorrer da história e em quais circunstâncias o indivíduo dá início ao hábito de fumar e os significados desse hábito ao longo de uma vida, considerando o contexto social com seus elementos como cultura, tradições,

visões de mundo, ideias e saberes, até o que representa o abandonar o tabagismo dentro das circunstâncias em que o indivíduo se insere naquele dado momento e todos seus aspectos.

2.2 A trajetória metódica para a compreensão do fenômeno

2.2.1 Abordagem qualitativa do estudo

Pesquisar é construir conhecimento por meio de atividades científicas que levam a descobrir o mundo. Segundo Minayo (2010), os pesquisadores são, dialeticamente, autores e frutos de seu tempo histórico e a pesquisa constitui uma prática teórica de constante busca, e por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente.

Para este estudo optou-se pela abordagem qualitativa, por acreditar que ela oferece subsídio para a investigação do objeto de estudo. Para Minayo (2010), a abordagem qualitativa permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, caracterizado pelo empirismo e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.

Assim, acredita-se ser possível uma adequação do objeto, dos objetivos e das questões que norteiam este estudo à metodologia, por considerá-la mais próxima das ciências humanas, e por ser capaz de descrever e aprofundar as representações sociais do abandono do hábito de fumar para o tabagista diante do diagnóstico de uma patologia relacionada ao consumo de cigarro, inteirando-nos sobre tal universo.

2.2.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital público, localizado no município de Juiz de Fora – MG, no setor de clínica médica, feminino e masculino, e no setor de cirurgia masculino e feminino.

Esta instituição atende 100% dos usuários pelo Sistema Único de Saúde, oferecendo serviço de diagnóstico e acompanhamento de rotina, ambulatorial e de internação com atendimento, dentre outras especialidades, de cardiologia, neurologia, gastroenterologia, pneumologia, ginecologia e urologia. O setor de clínica médica feminino é composto por 31 leitos, sendo 02 destinados a pacientes em isolamento independentemente do sexo e 29, a pacientes

do sexo feminino. O setor de clínica médica masculina é composto por 22 leitos, sendo todos destinados a internação de pacientes do sexo masculino.

Nestes setores, a maioria das internações são devido a doenças crônicas não transmissíveis nas mais diversas áreas, sendo grande o número de internações para cardiologia (insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, arritmias), pneumologia (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Asma, Pneumonia), gastroenterologia (câncer de intestino, câncer hepático, cirrose) e neurologia (acidente vascular encefálico). O setor de cirurgia feminina é composto por 26 leitos, sendo que recebe, dentre outros pacientes, internações para cirurgias devido ao câncer de útero, de mama, de intestino e de pulmão. O setor de cirurgia masculina possui 24 leitos e recebe, dentre outros pacientes, internações para cirurgias devido ao câncer de próstata, de intestino, de pulmão e de bexiga.

2.2.3 Sujeitos do estudo

Os participantes deste estudo foram selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos, independente de gênero, que eram fumantes ou ex-fumantes, que tinham diagnóstico de uma doença relacionada ao consumo de cigarro e que tiveram que tomar a decisão de abandonar o hábito de fumar e que se dispuserem a participar voluntariamente e sem receber qualquer tipo de remuneração, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão: possuidores de condições neurológicas ou psíquicas que os tornassem incapazes de responder os questionamentos. A seleção se deu inicialmente por meio da consulta ao prontuário do paciente, para que fosse identificado se ele era fumante e se possuía uma patologia relacionada ao consumo de cigarro, e se ele estava ciente de tal diagnóstico.

Participaram deste estudo 20 pacientes internados no setor de clínica médica feminino e masculino e no setor de cirurgia masculino e feminino deste hospital. Os participantes foram 9 homens e 11 mulheres, totalizando 20 entrevistados. A idade variou entre 30 e 72 anos, o nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto e a renda familiar da maioria foi de 1 a 3 salários mínimos.

A idade de iniciação do hábito de fumar variou entre 09 e 26 anos de idade e todos responderam que foram influenciados por familiares e/ou amigos para começarem a fumar. No dia da entrevista 09 ainda fumavam e 11 já haviam parado de fumar. O tempo de fumo variou entre 14 e 52 anos e a quantidade de cigarros fumados por dia variou entre 10 a 40

cigarros diários. Sendo que alguns manifestaram que em momentos de maior tensão a quantidade de cigarros fumados é maior.

Para os que ainda fumavam 04 nunca haviam tentado parar de fumar e 05 já haviam tentado parar de fumar. Dos que já haviam parado de fumar 03 afirmaram que era a primeira tentativa e 09 apontaram que tentaram parar de fumar outras vezes. Aqueles que especificaram as razões pelas quais já haviam tentado parar de fumar apontaram como motivação problemas de saúde e incentivos da família. Em relação ao gênero, as mulheres apresentaram a gestação como motivação na tentativa de parar de fumar. As razões apontadas para retornarem a fumar foram algum momento específico (mudança da rotina [aposentadoria] e falecimento) e o ganho de peso após a interrupção do hábito, nervosismo, ansiedade, depressão, problemas domésticos e decepções.

Todos os entrevistados que já haviam tentado parar de fumar, conseguindo ou não interromper o fumo, apontaram não terem buscado ajuda profissional para cessarem o hábito de fumar. Todos os entrevistados eram portadores de alguma patologia relacionada ao cigarro e estavam cientes de sua doença.

Não houve resistência por parte de nenhum dos participantes. Todos ao serem convidados e ao tomarem ciência dos objetivos da pesquisa se mostraram receptivos e responderam prontamente a todos os questionamentos. Entretanto, no decorrer das entrevistas foi possível perceber certa inquietação, insegurança e apreensão dos entrevistados ao responderem as questões abertas. Em especial, ao ser questionados quanto às dificuldades para parar de fumar, os participantes transpareceram certa angústia e aflição.

Para identificação dos participantes e garantia do sigilo quanto à identidade dos mesmos, foi utilizado a letra E, que corresponde a palavra entrevistado e o número de 1 a 20, correspondendo a ordem de realização das entrevistas.

2.2.4 Apreensão das Informações – as entrevistas

A coleta dos depoimentos somente foi iniciada após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), conforme o parecer 871.419. Foi utilizado um roteiro de entrevista aberta, que segundo Minayo (2010) possibilita o discurso sobre o tema, não se prendendo somente a indagações formuladas. As entrevistas foram gravadas por meio de mídia virtual (aparelho MP4) para melhor apreensão dos depoimentos. O instrumento (APENDICE I) compreendeu questões acerca do perfil sociodemográfico e norteado por questões abertas.

O encontro com os participantes ocorreu no período de setembro a novembro de 2014, e também, em abril de 2015, em local privativo, no setor onde essas pessoas se encontravam internadas. Ressalta-se as dificuldades que ocorreram para se encontrar os participantes no que se refere ao número de sujeitos: no momento da seleção dos participantes, a instituição selecionada para o estudo passava por processo de transição administrativa dificultando a internação dessas pessoas, o que também foi necessário encaminhar ao comitê de ética uma emenda ampliando na mesma instituição o cenário para o encontro com os sujeitos, caso fosse necessário. Felizmente, a situação foi provisoriamente resolvida e as pessoas voltaram a internar-se. Inicialmente, os sujeitos participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e, a partir desse momento a entrevista foi realizada. Cabe destacar que, em nenhum momento houve resistência por parte dos sujeitos para participarem do estudo, ao contrário, todos ao serem abordados e informados quanto aos objetivos do estudo demonstraram-se receptivos e abertos para responder aos questionamentos.

As entrevistas foram encerradas quando houve reincidência das informações que respondiam aos objetivos do estudo, pois, conforme Turato (2003), ao pesquisador não cabe raciocinar como um apriorista, como quem detém afirmações ou mesmo conhecimentos anteriores a experiência.

Entretanto, mesmo com essas considerações, houve a necessidade de um retorno ao cenário para a realização de mais entrevistas, considerando que em um primeiro momento foram realizadas um número de 12 entrevistas e a seguir mais 08, ampliando o número de participantes, o que veio a contribuir para o fortalecimento das reflexões.

2.2.5 Tratamento dos dados

Após cada entrevista, os depoimentos foram transcritos na íntegra e realizada leituras com vistas à familiarização do material. Neste primeiro momento, procurou-se deter ao contexto geral, sem a intenção de apreender fatos específicos, mas, antes familiarizando-se com os depoimentos. Em seguida, passou-se a fase da leitura atenta, agora com a pretensão de captar os significados implícitos e explícitos nas falas.

Segundo Bardin (2009), a análise dos dados consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. A análise de conteúdo foi composta por três fases, compreendendo: a) pré-análise, fase de organização com

o objetivo de operacionalizar e sistematiza as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa; b) exploração do material, operação de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente; c) tratamento dos resultados e inferência e interpretação, as categorias que serão utilizadas como unidades de análise são submetidas a operações estatísticas simples e complexas dependendo do caso, de maneira que permitam ressaltar as informações obtidas, seguido das inferências e das interpretações previstas n quadro teórico e/ou sugerindo outras possibilidades teóricas (BARDIN, 2009).

Após o processo de organização do material, de leituras e releituras dos depoimentos dos entrevistados, foram construídas as seguintes categorias: As Representações Sociais de paciente internados sobre pessoas significativas na iniciação do hábito de fumar e sobre as razões para o abandono do hábito de fumar; As Representações Sociais de pacientes internados sobre os efeitos do tabaco.

2.2.6 Aspectos éticos e legais

Esta pesquisa apresentou risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras e o entrevistado teve assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de qualquer dano eventualmente produzido pelo estudo e foram informados que a sua participação foi consumada a partir de sua aquiescência, podendo o mesmo interromper a qualquer momento.

Antes de iniciar o trabalho de campo foi solicitada a autorização do Diretor Clínico e da Enfermeira Responsável Técnica do hospital. Esta solicitação evidenciou aspectos acerca da realização pesquisa, da citação do cenário na divulgação dos resultados em eventos e/ou periódicos científicos e também a garantia por parte da instituição da infraestrutura necessária para a realização das entrevistas, que se resume em um espaço com privacidade que forneça o diálogo entre entrevistado e o pesquisador.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) para análise do atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadores de Pesquisa envolvendo seres humanos. Somente após o parecer favorável do Comitê, é que ocorreu o trabalho de campo. Destaca-se que, para a realização da pesquisa, foram cumpridas as disposições regulamentadores da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Após a explicação sobre esta pesquisa os participantes que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme determinado pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos e após esse tempo serão destruídos.

3 APRESENTAÇÃO DOS TEMAS DE ANÁLISE – OS DISCURSOS ANALISADOS

3.1 As Representações Sociais de paciente internados sobre pessoas significativas na iniciação do hábito de fumar e sobre as motivações para o abandono do hábito de fumar

Nesta categoria serão apresentadas as representações que os participantes elaboraram sobre a influência de familiares ou ciclo de amizade na iniciação do hábito de fumar e sobre as motivações para o seu abandono.

Os depoimentos afirmam que todos os participantes foram influenciados por familiares ou ciclo de amizade quando iniciaram o hábito de fumar.

E3 “Naquela época na faculdade todo mundo fumava. Se fosse professor então tinha que fumar. Fumar era bonito. Ainda mais se você fosse mais rebelde e participava dos movimentos”.

E4 “Papai fumava. Minha avó tinha o cachimbo dela. Mas o bonito era o cigarro do papai. E os moleque catava cigarro em casa e levava pra rua ai a gente fumava”.

E5 “No curso técnico a moçada fumava. Tinha que fumar também. Achava bonito”.

E9 “Meu pai fumava, mas não deixava eu fumar. Até batia se pegasse. Mas eu pegava papel de pão escondida e fumava. Depois eu comecei a fumar. Via ele fumando e queria também”.

E13 “Ih como eu brinquei de fumar. A gente brincava que tava fumando. Eu via meu pai fumando. E ele era bonito
... sempre de terno né. Ai meus irmão começaram a fumar eu tinha uns 12 anos. Ai eu comecei também.”

E17 “Antigamente se não fumasse era careta. Ih todo mundo fumava. Tinha nada disso que tem hoje não. Lá em casa só minha mãe que não fumava.”

A idade de iniciação do hábito de fumar dos entrevistados deste estudo variou entre 09 e 26 anos de idade, sendo que 14 destes relataram que começaram a fumar entre os 10 e 17 anos de idade. O levantamento vai de encontro com os índices de incidência apontados por levantamentos epidemiológicos como a PeNSE, realizada em 2012 pelo IBGE, que aponta que, dos jovens entrevistados 22.6% já haviam experimentado o cigarro (BRASIL, 2013).

A adolescência vem sendo apontada por diversos levantamentos epidemiológicos ao longo dos anos como a idade em que, geralmente, se começa a fumar. A OMS aponta como adolescentes aqueles que possuem entre 10 e 19 anos de idade e os caracteriza como os mais

vulneráveis para experimentarem o fumo e se tornarem usuários estáveis durante muitos anos, já que esta fase é um momento de transição de vida e formação como pessoa (WHO, 2013).

Diante dos achados percebe-se que a iniciação do hábito de fumar pode ser influenciada por pessoas significativas, podendo estar relacionada a uma questão de seguir um modelo de um familiar ou uma questão de ser aceito em um determinado ciclo de amizades.

Erik Homburger Erikson, psicanalista infantil alemão responsável pela criação da Teoria do Desenvolvimento, defende que o comportamento é ativado por uma energia de natureza psicossocial e que o desenvolvimento humano da personalidade se dá por meio de três processos: Biológico, Psíquico, Social (CAMPBELL, HALL, LINDZEY; 2000). Para o psicanalista o desenvolvimento da personalidade ocorre ao longo de oito estágios que constituem o ciclo da vida, sendo que cada um deles compreende a formação de um aspecto da personalidade (CAMPBELL, HALL, LINDZEY; 2000).

Erikson aponta que em cada estágio o indivíduo passa por crise ou conflitos que devem ser solucionados de maneira positiva ou negativa dependendo da vivência do estágio, sendo que o final da crise influencia diretamente o próximo estágio a ser vivenciado (RABELLO, PASSOS; 2009).

O estudioso dedicou a maior parte de seus estudos ao estágio “Identidade x Confusão de Identidade”, que marca o período da adolescência. Para Erikson o adolescente encontra a segurança que necessita para todas as transformações do período na forma de sua identidade construída nos estágios anteriores, expressada pelas seguintes questões: Sou diferente dos meus pais? O que sou? O que quero ser? (RABELLO, PASSOS; 2009).

Nessa etapa o adolescente vivencia uma recapitulação das identificações da infância, absorvendo-as numa nova configuração de identidade do eu, que influenciará a vida adulta (SILVA, 2001). A tarefa de solidificar o eu, estabelecer limites e adquirir autoconhecimento é realizada pela distinção entre o eu e os outros, sendo, geralmente, a relação pais-adolescentes o primeiro veículo pelo qual o adolescente desenvolve competências interacionais, afetivas e de resolução de problemas (SILVA, 2001).

A preocupação em encontrar um papel social leva o adolescente a uma confusão de identidade, provocada pela preocupação com a opinião alheia que o leva a modificar o tempo todo suas atitudes, remodelando sua personalidade (RABELLO, PASSOS; 2009). Nesse período o jovem passa pelo processo de individualização e identificação com outros sujeitos de mesma idade, aderindo a grupos que lhe proporcionam a oportunidade de ampliar sua conduta social e experimentar novas atitudes (OCHOA, 2008).

O consumo do tabaco pode ser considerado como o resultado de um processo de socialização em família ou ciclo de amizades, sendo que a família é considerada como a principal fonte de transmissão da base social, cultura, genética e dos fatores biológicos que podem influenciar o hábito (ABREU, 2011). Por outro lado, boa parte dos jovens experimenta o fumo em grupo e a aprovação dos pares é uma condição importante para a manutenção do hábito e para a permanência em determinado grupo social (PRECIOSO, 2006).

Considerando que a idade dos entrevistados variou entre 30 e 68 anos e que a maioria afirmou ter começado a fumar na adolescência, percebe-se que, embasados em levantamentos epidemiológicos atuais, a vulnerabilidade para iniciação do hábito de fumar ainda é maior na adolescência. Diante disso, acredita-se que os adolescentes configuram-se como um grupo de risco e que há a necessidade de repensar as forma de abordagem com vistas a prevenção e impedimento do início do hábito.

Ninguém nasce fumante, essa é uma identidade que se constrói a partir do conflito de uma série de fatores que levam a pessoa a “aprender a fumar”. O ato de fumar é complexo e envolve um ritual que compreende aspectos sociais, culturais e comportamentais, envolvendo uma “sensação de compartilhamento” com outros fumantes quando em ambientes sociais (SOUZA CRUZ, 2011). Os aspectos sociais incluem a atitude positiva em relação a fumar, dos amigos e dos familiares; o fato dos amigos, familiares ou ídolos fumarem; e o fato do ato de fumar ser um comportamento socialmente aceito (PRECIOSO, 2006).

A Teoria de Aprendizagem Social aponta o processo de aprendizagem pautado nas interações humanas, sendo estimulados e influenciados pela observação imitação de características e dos comportamentos de outras pessoas, compreendendo um processo que envolve as seguintes fases: atenção (o ser humano faz uma seleção naquilo que observa em função das características do modelo, do próprio observador e da atividade em si); retenção (a codificação, a tradução e o armazenamento da informação em padrões, imagens e construções verbais); reprodução (capacidade de traduzir as concepções simbólicas do comportamento armazenadas na memória em ações); e motivação e o interesse (sugerem que um comportamento aprendido somente será executado se o sujeito estiver motivado para fazê-lo).

A teoria considera que o comportamento de uso ou abuso de substâncias é aprendido ou modificado alterando-se os fatores que sabidamente o afetam, como condições antecedentes, crenças, expectativas e consequências que o seguem (CAFRUNI; BROSELE; LOPES, 2014). Nesse sentido, a iniciação do hábito de fumar se dá em consequência a um processo de aprender a fumar, em que a pessoa é influenciada pelo meio em que vive, seja ele familiar ou um ciclo de amizades.

Contudo, a manutenção do hábito se dá por questões que vão além das questões sociais. À medida que o tempo de fumo transcorre, o cigarro passa a ter outros significados que complementam ou podem até mesmo sobrepor às questões de inserção social. O fumante com o tempo passa a utilizar o cigarro para reduzir a tensão e relaxar (FERNANDES, 2008).

Os achados do estudo demonstram que as questões psicológicas e emocionais são motivações para o abandono do hábito de fumar

E1 “[...] Quando a gente fica nervosa. Se ficava preocupado com alguma coisa ai você corria e acendia um cigarro. Ai parecia que o cigarro fazia alguma coisa né”.

E3 “Ah eu acho que é os nervoso que a gente passa na vida as dificuldade. Porque quando a gente tá nervoso, quando precisa resolver alguma coisa e tá fazendo muita raiva na gente sempre fuma mais que o normal [...]”.

E4 “Ih é o nervoso. É igual eu já te falei o danado acalma. Isso é calmante. Você fuma e fica calmo. Se tem problema é só fumar que acalma. Ai tenta parar, fica nervoso vai lá e fuma o calmante.”

E6 “Ah os problema da vida né. É um calmante”

E7 “Ah não sei. Eu só sei que eu fumo mais quando eu tô nervosa. Quando eu acordo dá aquela vontade imensa de fumar depois é tranquilo. Mas quando eu to nervoso eu fumo muito”.

E9 “Ah eu acho que eu fico meio nervosa. Cigarro me distrai ... a mente. Qualquer lugar que eu tô se eu estiver fumando eu me sinto bem. Se eu estiver na cama e estiver fumando eu me sinto bem. Mas se eu tenho que levantar pra poder fuma em outro lugar eu já não levanto
[...].”

E10 “Ah a ansiedade. Você fica nervoso e quer fumar um cigarro. Parece um calmante. Entendeu? Parece um calmante. Você fumando você fica mais tranquilo. Se eu ficasse uns três dias sem fumar e ansiedade viesse eu tinha que fumar. Você fuma um cigarro parece um calmante”.

E12 “Problema de casa, de família. Trabalho. Ficava aborrecida com qualquer coisa eu pegava o cigarro. Eu achava que fumava um maço de cigarro por dia ia resolver meu problema.”

E13 “Nossa! É os problemas. Quer ver? Se eu to tranquila eu não chego a fumar um maço. Mas tem dia que fumo quase dois maços só de nervoso. É um vício isso. Tem jeito não. É a ansiedade e os problemas. É o que faz fumar mais.”

As representações elaboradas pelos participantes do estudo nos lavam a pensar sobre o significado que o fumo assume na vida do tabagista ao longo do tempo. Diante disso, nos colocamos a refletir sobre os conceitos de ancoragem e objetivação, contidos na Teoria das Representações Sociais (TRS), em relação ao tabagismo. A ancoragem trata-se do processo em que o não-familiar se torna familiar e uma representação se tonar um elemento organizador das relações sociais (SOUZA, 2006). A objetivação é a maneira como os elementos constituintes da representação se organizam e o processo pelo qual esses elementos adquirem materialidade e naturalidade (SOUZA, 2006).

Percebe-se que o cigarro é ancorado à condição para se alcançar a tranquilidade e equilíbrio nos momentos de tensão, estresse e dificuldades cotidianas, sendo objetivado como um “ombro amigo”, uma válvula de escape”, um “calmante”.

Nesse sentido, percebe-se que a dificuldade que a pessoa tem sobre o abandono do hábito de fumar pode ser entendida pelas representações elaboradas sobre o hábito de fumar. Sendo assim parar de fumar envolve questões que vão além da dependência química, é uma questão psicossocial.

As maiores dificuldades para o abandono do tabagismo são os fatores sociais e ambientais devido à influência que exercem sobre os fumantes, já que muitas vezes o fumo é utilizado para vencer qualquer dificuldade que possa surgir (ALMEIDA; MUSSI, 2006).

Dessa forma, é possível perceber que o que mantém a pessoa fumando são questões emocionais e psicológicas. Pensar que o ato de fumar alivia o estresse e o ajuda a solucionar os problemas diários, dá significados ao cigarro que ultrapassam as questões de rebeldia juvenil ou uma pura dependência química.

3.2 As Representações Sociais de pacientes internados sobre os malefícios do tabagismo

Durante os depoimentos acerca dos efeitos do cigarro no organismo humano, os participantes se demonstraram inseguros e em dúvida quanto ao que iriam responder. No entanto, eles apontaram que o fumo traz algum malefício ao organismo e demonstram que reconhecem o fumo como prejudicial à saúde, como evidenciam as seguintes falas:

E3 “Ah o cigarro deve faz muito mal né! O cigarro aumenta a pressão. Os médico fala, os meninos do posto falam os problemas de coração. Os no pulmão. Essas falta de ar que sinto ai. Deve ser tudo por causa do cigarro”.

E4 “O que eu tenho né. Câncer. Ah sei não. Acho que câncer. Ah a gente fuma e nem sabe direito que que é.”

E6 “Provoca muitas coisas né. Doenças né. E a gente tem consciência disso né”.

E8 “O cigarro no organismo só destrói. Acaba com a saúde da gente. Faz muito mau”.

E10 “Como assim? Ah nem eu sei. Estragos né. Pode dar assim falta de ar? Câncer? Ah muitas reações diferentes?

É isso? Será? Muitos danos né. Falta de ar. Igual o médico falou você pode parar de fumar, mas os efeitos continuam aqui né. Tem fumaça lá dentro ainda. Então ai começa os problemas”.

E12 “Ah a gente fica (pausa). É um tipo de uma droga mesmo, que a gente vicia. Fede, mas é um prazer que a gente tem de fumar. Ah eu acho que ataca muita coisa.

Nariz entupido, o peito chiando, toda hora aquela tosse. Mexe com o pulmão, sabe. É triste. Fora o fedor que fica. Fede tudo. Sabe. Uma droga mesmo”.

E13 “Diz que faz mal né. Oh! Pra te falar a verdade eu nem sei direito. Mas faz mal. É um vício danado. Dá chieria e a gente fica cansado. O cigarro que fez meu coração crescer desse jeito.”

E14 “Dá problema de coração ... câncer. Acho que é isso. Meu médico que falou que essas coisas que eu tô vem daí.”

E15 “Eu nem sei direito. A gente fuma tanto tempo e nem sabe que que tá colocando na boca. Ah moça! Deve estragar tudo né. Vai comendo a gente por dentro. O médico que diz que faz mal. Mas eu não sei direito não.”

E16 “Câncer né. Eu acho que câncer. Traz nada de bom não.”

E20 “Faz um mal danado. Tem que vê a canseira que eu fico pra subir escada. Não consigo não moça. Provoca doença né.”

Em relação às consequências do hábito de fumar como gerador de patologias, os participantes afirmam acreditar que o fumo seja responsável por muitas doenças. Entretanto, as representações elaboradas nos mostram que há dúvidas quanto à responsabilidade do hábito de fumar quando o assunto é doença.

E1 “Eles falam o câncer e as outras eu não sei”.

E2 “Principalmente o câncer de pulmão. Eu acho que tem bastante doença”.

E3 “Ah deve ser né. Os menino do posto falam muito disso”.

E4 “Acho que câncer. Igual eu. Câncer”.

E5 “Ah câncer né”.

E7 “O câncer? Acho q é né! Não sei!”.

E8 “Sim. Acredito. Ajuda”.

E10 “De repente nem tanto o cigarro. Mas pode ser o cigarro a bebida. Ainda mais quem usa droga também. Ai vai juntando tudo né”.

E12 “Eu acredito. A avó do meu pai não fumava ela viveu 101 anos”.

E15 “O cigarro e mais um monte de coisa junto né.”

E16 “Sim. Eu acredito que sim.”

E19 “Acho que sim. Se for do pulmão então.”

Alguns participantes trazem nas suas representações que as doenças que eles vivenciam têm uma relação direta com o hábito de fumar. Entretanto, outros hesitam em assumir que a doença que tem esteja diretamente relacionada com o tabagismo.

E2 “80% foi. Um pouco a diabetes. Mais a gordurada que eu comia. Meu pai era criador de porco. Então fomos criados com torresmo. Meu pai morreu de infarto. E junta com o cigarro entope tudo mesmo né”.

E3 “Acredito. Esse monte de problema que tenho deve ser tudo por causa do cigarro. Esse coração desse tamanho que eu tô deve ser por causa do cigarro”.

E4 “Deve ter sido sim. Agora to aqui com câncer de pulmão. Nem sei se saio dessa viu”.

E7 “Não sei. As vezes eu penso que sim. As vezes eu penso que não. Mas só o fato de eu estar me sentindo cansada eu penso que sim. Porque antes eu não me sentia cansada”.

E8 “Eu creio que a maioria foi. Oh menina! Eu tenho tanta causa que o cigarro prejudicou”.

E10 “O que prejudicou foi o cigarro. Por causa do cigarro”.

E11 “Não acredito. Que foi causado pelo cigarro não acredito. Pode até ter alguma relação. Ter acelerado o processo. Mas não acredito porque eu vi várias pessoas nesses dois anos e meio que nunca fumou e tem o mesmo diagnóstico que o meu ou pior. Entendeu?”.

E12 “Não só o cigarro, mas a bebida também. Com certeza. Pra andar a gente fica cansado, não respira direito, vai correr e não aguenta correr, vai subir morro e não aguenta subir”.

E13 “Acho que ele ajudou né. Mas tem mais um monte de coisa também. E a gente é teimoso né. Vocês mandam a gente parar de fumar e a gente não para. Ah eu acho que sim. Essa chiadeira é dele. Menina eu tava cansando até parada sem andar. Tem dia que tem que dormir sentada.”

E14 “Pode ser que sim né. O cigarro faz tanto mal que deve ter me adoecido.”

E15 “Oh eu não sei direito não. O médico tá falando que é. Mas eu não sei não. Não sei se tô doente por causa do cigarro não. Minha vó fumou cachimbo a vida toda e morreu de velhice. Não sei não.”

E17 “Ah foi o cigarro sim. Foi sim. Esse monte de problema é tudo cigarro. Agora tô agarrado aqui e tem que parar de fumar né. Tem que larga isso de lado.”

E19 “O cigarro é o principal né. Meu pulmão tá todo estragado por causa dele. Essa canseira que tenho é tudo cigarro.”

Por meio das falas percebe-se a objetivação do fumo como elemento prejudicial à saúde e causador de doenças. O participante ao reconhecer os malefícios do cigarro elabora representações que substitui as representações que ancorava o fumo a um padrão de vida.

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo apontado como grave problema de saúde pública (MOTTA, ECHER e LUCENA, 2010).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para 2014 e 2015 a ocorrência de 394.450 casos novos de câncer (exceto pele não melanoma) e o combate ao tabagismo é uma das ações de prevenção (INCA, 2013). O hábito de fumar é apontado como fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais, respondendo por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85 % das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doenças cérebro-vascular e 30% das mortes por câncer (INCA, 2007). Além de desencadear e agravar condições como hipertensão arterial e diabetes e aumenta o risco das pessoas desenvolverem e morrerem por tuberculose (INCA, 2007).

A respeito da motivação para parar de fumar, a maioria dos participantes relataram as doenças relacionadas ao cigarro. No entanto, alguns afirmaram que as doenças relacionadas ao cigarro que possuem, não

são motivações para cessar o hábito de fumar. Outros ainda não pensam em parar de fumar, cristalizando assim o conhecimento do saber que tem.

E1 “Não me deu vontade de parar mesmo. Eu fiquei hipertensa e ai a gente vê falar que o cigarro faz mau e a gente vai ficando na idade também. Ai coloquei na minha cabeça que eu vou para de fumar”.

E2 “Foi. Eu parei depois que eu fiz o exame no pescoço e descobri que a veia tava entupida. Tava 95% obstruída.

Ai eu resolvi parar. O médico falou “você parou mais ou menos a tempo”. Porque podia dá um AVC. Ele falou que se a outra veia estive obstruída eu tinha dado um AVC”.

E3 “Ah já tem uns dias que eu to internada. Eu fiquei na

UPA 5 dias e tem 2 que eu to aqui e até hoje eu não fumei. Vamos ver se quando eu sair daqui eu continuo sem fumar, por que eu também não to aguentando mais nada. Como que eu vou chegar lá fora e começar a fumar. Eu vô pedir pra morrer de uma vez”.

E4 “Eu tô tentando. Mas tá difícil. O nervosismo num deixa. O cigarro acalma. Cada hora eles vem com uma coisa aqui. É um remédio novo. É a cirurgia que não marca. Ai eu fumo. Mas eu sei que eu tenho que parar.

Mas o danado acalma”.

E5 “Por causa da saúde. A saúde. O cigarro tava prejudicando. Tanto é que eu parei e passei mal”.

E6 “Penso. Por causa das doenças não. Por causa de mim mesma. Porque eu penso parar mesmo. Sem motivo nenhum. Cigarro é ruim ... não presta e a gente não vê isso”.

E7 “Parei. Eu vi que tava na hora de parar de fumar.”

E8 “Ajudou. Ajudou muito. Porque quando eu comecei a sentir mau com problema de saúde eu logo pensei parar de fumar porque os problemas de saúde que eu to tendo o cigarro vai provocar mais”.

E9 “Quero sim”.

E10 “Já tava sentindo muita fraqueza. Falta de ar. O tanto que eu fumava 02 maços por dia. Deus muita diferença”.

E11 “Não, porque se não eu teria conseguido antes. Acho que assim ... por que foi me atrapalhando. Eu comecei a perceber que tava ficando cansada. Do incomodo de todo mundo reclamando. E isso começou a me irritar. Então eu decidi parar”.

E12 “Já pensei Mas com a ajuda que eu tive daqui. Por que tava mesmo doida pra fumar. Chorando e parece que se colocar o cigarro e um prato de comida eu escolhia o cigarro”.

E13 “Ah eu até já pensei em parar de fumar. Mas não sei se quero não. Isso é um vício ... o danado prende a gente. Ah! Não. Se eu fosse parar de fumar por causa de doença eu já tinha parado.”

E14 “Foi sim. Quando o médico disse que tava com esse problema de coração eu parei e falei ... ou eu fumo ou eu morro. E eu não vou acabar de me matar né.”

E15 “Foi sim. Quando o médico disse que tava com esse problema de coração eu parei e falei ... ou eu fumo ou eu morro. E eu não vou acabar de me matar né.”

E16 “Parei por causa do monte de problema que começou a aparecer. Mas é difícil segurar viu.”

E17 “Eu penso sim. Vamo vê se depois que sair daqui eu consigo ficar lá fora sem fuma. Aqui a gente tá preso. Eu nem vô lá embaixo pra não correr o risco. Porque se eu for lá onde o pessoal fuma eu vou fumar. Então fico aqui. Mas só quero ver quando sair daqui se eu consigo ficar sem fumar.”

E18 “Com certeza. Tem que parar né.”

E19 “Não. Por causa de doença não.”

E20 “Parei depois que apareceu esse problema no meu pulmão. Tomei vergonha na cara né. Mas agora já era. Mas se continuasse a fumar eu nem sei se tava vivo hoje.”

Os participantes mobilizam outras razões para o abandono do hábito, sendo que essas respostas apontaram motivações relacionadas ao convívio em família.

E2 “Ah. É o que eu falei. Hoje em dia fumar é cafona né. As vezes tinha lugar que eu não fumava. Ficava com

vergonha. Todo fumante fica com vergonha. Tem lugar que você não fuma. Tem ambiente que você não fuma. Você fica com vontade, mas não fuma. E eu também cuidei da minha mãe e do meu pai, e eu morava com a minha mãe então nunca fumei perto dos dois. Eles sabiam que eu fumava, mas eu nunca fumei dentro de casa. Não gosto. Meus irmãos quando chegavam lá eu falava “fumar vai lá pra rua”. Lá em casa nunca teve cinzeiro. Por causa da minha mãe e do meu pai. Se eu ficasse uma semana dentro de casa era uma semana sem fumar. Quando dava vontade eu ia lá pra rua”.

E3 “Eu preciso mais parar de fumar por causa dos problemas de saúde que eu tenho. E agora vai nascer meu primeiro bisneto como que eu vou fumar perto da criança. Já fumei perto dos meus netos tudo. E nem vi ainda a cara do menino, que ele nasceu anteontem e eu ainda não conheci ele. Então eu quero parar de fumar pra vê se eu aguento mais um pouco pra ver meu bisneto”.

E4 “Ah minha mulhé ... minha filhas ... viviam falando pra eu parar que uma hora ia aparecer alguma coisa. Tá ai oh ... apareceu. Mas vamo vê se eu paro né.”

E6 “Meus netos que moram comigo. Se não eles viram fumante compulsivo né. Meu filho também fuma”.

E7 “Ah tem minha filha né. Porque como ela é diabética não quero incentivar. Já peguei ela ... não posso afirmar ... não ela fumou ... mas ela tava com pedacinho de cigarro na mão. E eu não posso dar esse exemplo pra ela”.

E10 “Muita pressão da família. Por causa comprava medicamento e não adiantava porque eu fumava e ia beber. E ia corta o efeito”.

E11 “Meus filhos nenhum fuma. E as duas netas começaram a falar muito ... “para vô” “para vô” ... entendeu? Ai acaba que a gente para pra pensar... e isso aqui tá ... 4 filhos nenhum fuma ... meu marido não fuma”.

E12 “Existe. Porque eu tenho um neto e quando a gente ta fumando ele ta perto. E é como minha filha fala já ta viciando ele a fumar”.

E14 “Eu parei de fumar também por causa da minha

neta. Ela me pedia muito. Ai eu adoeci e parei de vez. Mas ela me pedia muito pra não fumar.”

E15 “Ih lá em casa todo mundo enche o saco. Eu nem fumo dentro de casa. Fumo longe de todo mundo. Se parar vai ser bom que eles param de falar na minha cabeça.”

E16 “Família né. Quando você fuma sozinho em casa é complicado. Todo mundo quer que você pare de fumar.”

E17 “Eu queria parar por causa da minha saúde. Eu não tô bem. Mas tem os menino também. Porque eu comecei a fumar vendo o meu pai fumar e os colega da rua. Já pensou se meus filho começam a fumar porque tá me vendo fumar. Eu tenho dois, uma de 10 e outro de 14. Pode não né!”

E18 “Não sei. Minha esposa fica muito incomodada quando eu fumo perto dela né. Eu até evito porque tem vez que dá até briga.”

E19 “Se eu fosse parar de fumar ia ser por causa dos meus netos. Mas eu nem fumo em casa por causa disso. Quando eles vão lá em casa ai que não fumo mesmo.

Minha mulher já desistiu nem reclama mais. Mas minha filha ainda reclama e se eu tiver com cheiro de cigarro ela nem deixa eu pegar a pequenininha.”

E20 “Não. Não tem não. É a saúde mesmo.”

As representações elaboradas quanto às motivações para o abandono do hábito de fumar, leva a acreditar que somente os malefícios causados pelo cigarro ainda não são razões suficientes para levar a pessoa a parar de fumar. Considerando que, os entrevistados eram pessoas internadas em uma unidade hospitalar e tinham conhecimento sobre o seu diagnóstico, reflete-se se as abordagens para estimular e sensibilizar o fumante para abandonar o hábito são realmente eficientes.

Os participantes ao relatarem sobre a sua representação sobre parar de fumar apontaram que o abandono do hábito de fumar estaria relacionado

à melhora da saúde, maior sobrevivência e melhor convívio com pessoas significativas.

E1 “Ah eu acho que vai melhorar a vida da pessoa. Parar

de fumar. A saúde. Eles falam que parar é outra coisa. Ah tem que ser positivo. Pro melhor.”

E2 “Ah to me sentindo bem melhor. Apesar de ter pouco tempo. Tô me sentindo mais leve. O peito leve. O peito.

Eu me sentia muito cansado. Eu gosto de fazer caminhada, mas me sentia cansado. Eu acho que eu já melhorei bastante. Apesar do tempo ser pouco. Melhorei fisicamente. Parte respiratória.”

E3 “Ah eu acho que vou consegui viver um pouquinho mais. Eu acho que vai dá pra leva mais um tempo aí. Porque deixa de ser doente eu não vou não. Os médicos já falou que o que tenho não tem cura. Mas eu acho que se eu parar de fumar eu vou viver um pouquinho mais.”

E4 “Diz por aí que vive mais né. Mas já que deu problema. Nem sei se vai adiantar alguma coisa. Mas acho que as mulhé lá de casa vão tê mais sossego se eu parar de fumar.”

E11 “Ah muita coisa. Mudou o paladar é outro. Voce sente vontade de sentir coisas que não sentia antes, como doce. Isso é realmente verdade, o paladar é outro. Você tem mais disposição. A pele melhora. Isso é realmente. O amarelo das unhas ... da mão ... muda completamente. Uma semana que você para de fumar já vê diferença.”

E12 “Eu acho que eu vou viver mais. Que eu to com 60. Eu queria ficar mais uns 4, 5 ou 10 anos ou mais. Ah se eu parar de fumar a minha vida vai mudar. Porque pelo menos eu vou ter mais força, mais saúde pra sair. E fora o que eu te falei. As crianças e meus sobrinhos que ficam perto.”

E14 “Depois que eu parei de fumar eu melhorei. A pressão chegou no lugar. O coração não tem jeito mais não. Mas pior que tá não fica mais porque parei de fumar. E minha neta não fica mais triste de vê o vô fumar né.”

E16 “A gente fica melhor. Saúde melhora. Respira melhor. Até pra comer a gente melhora. Eu parei e já senti diferença, mas não é fácil não.”

E17 “Os remédios vão começar a funcionar né. Lá em casa quando eu fazia a nebulização não adiantava nada porque eu fumava depois. Mas aqui tô sem fumar e tô

melhorando. Tem que parar de vez e quando sair daqui ficar sem fumar. E tem os menino lá de casa que não pode ficar me vendo fumar não.”

E18 “Vai acabar o vício né. Porque isso é uma droga. Pra saúde melhorar também. E tem a mulher lá que briga comigo. Ai ela para de brigar.”

E19 “Não sei te falar não. Não sei não. Nem penso em parar de fumar. Só meus netos mesmo porque minha filha nem deixa eu pegar a pequenininha depois que fumo. Mas eu não sei. Cigarro é um vício né. Quem fuma precisa do cigarro senão fica doido. Mas se parar é meus netos mesmo.

Embora os malefícios do fumo muitas vezes não sejam suficientes para levar a pessoa a parar de fumar, percebe-se que o abandono do hábito de fumar é objetivado como determinante para ter melhores condições de saúde e aumentar a sobrevivência. Além disso, fica claro que o abandono do hábito de fumar também é objetivado como condição para se ter melhor convívio com pessoas significativas.

O abandono do tabagismo é relacionado à saúde e qualidade de vida, independente se o indivíduo possui ou não uma doença relacionada ao cigarro. A OMS define saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, e qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997).

Como descrito na categoria de análise anterior, as dificuldades parar se parar de fumar estão relacionadas a questões psicossociais e, como se pode perceber com os dados obtidos, a pessoa se mantém fumante mesmo diante do diagnóstico de uma patologia relacionada ao cigarro.

Considerando que a propagação do consumo de tabaco está fortemente relacionada com questões sociais, como parte de um estilo de vida padrão para a aceitação e inserção social, e questões econômicas, por se tratar de uma atividade extremamente lucrativa, não se pode desconsiderar os aspectos relacionados à adesão ao fumo e manutenção da pessoa fumando. Já que, além das questões patológicas, os depoimentos obtidos nesse estudo nos mostram que o tabagismo é imerso em questões sociais e psicológicas.

Como profissionais da saúde, na maioria das vezes, aborda-se a necessidade do abandono do tabagismo simplesmente como uma questão relacionada com a prevenção de um agravo ou com a minimização da repercussão da doença já instalada, esquecendo os conceitos de saúde e qualidade de vida que envolvem aspectos que vão além da ausência de doença ou

enfermidade. Desse modo, falhamos nas tentativas de ajudarmos na cessação do tabagismo, já que desconsideramos os fatores sociais e ambientais.

O processo de abandono do hábito de fumar proporciona a muitos fumantes a experimentação de quatro ou mais dos sintomas da síndrome de abstinência, que incluem humor disfórico ou deprimido; insônia; irritabilidade; ansiedade; dificuldade de concentração; inquietação ou impaciência; bradicardia; aumento do apetite ou ganho de peso (NUNES et. al., 2011).

Os depoimentos obtidos diante do questionamento sobre as dificuldades para parar de fumar apontam as questões emocionais e psicológicas. As respostas poderiam ser justificadas pela síndrome de abstinência. No entanto, entre aqueles que apontaram questões emocionais e psicológicas como dificuldades para o abandono do hábito de fumar há participantes que nunca haviam tentado parar de fumar e, conseqüentemente, não haviam experimentado a síndrome de abstinência.

Nesse sentido, acredita-se que as desordens emocionais e/ou psicológicas podem ser fatores que contribuem para a manutenção da pessoa fumando, mesmo quando não são apresentadas pela síndrome de abstinência. A prevalência do tabagismo é maior entre pessoas com transtorno psiquiátrico, sendo que na presença de tal acometimento o abandono do fumo pode ser mais difícil (MUNARETTI; TERRA, 2007; NUNES et. al., 2011).

Alguns dos entrevistados atribuíram ao cigarro o poder de calmante, como expressado nas seguintes falas:

E4 “Ih é o nervoso. É igual eu já te falei o danado acalma. Isso é calmante. Você fuma e fica calmo. Se tem problema é só fumar que acalma. Ai tenta parar, fica nervoso vai lá e fuma o calmante”.

E6 “Ah os problema da vida né. É um calmante”

E10 “Ah a ansiedade. Você fica nervoso e quer fumar um cigarro. Parece um calmante. Entendeu? Parece um calmante. Você fumando você fica mais tranquilo. Se eu ficasse uns três dias sem fumar e ansiedade viesse eu tinha que fumar. Você fuma um cigarro parece um calmante”.

E11 “As horas tensas. Igual semana passada eu tive que me segurar muito com essa história de vir pra cá para fazer a cirurgia. Então nessas horas você tem que se segura muito, se não acende o cigarro. A gente acredita que é um calmante né.”

E12 “Ah a gente fica (pausa). É um tipo de uma droga mesmo, que a gente vicia. Fede, mas é um prazer que a gente tem de fumar. Ainda mais quando a gente fica nervosa. Pega um cigarro você acha que tá ...

é um calmante. Mas não é. Tira o paladar. Você não come. Não sente o paladar. E fora o mau pra dormir.”

Conforme já foi descrito anteriormente, por muito tempo foi atrelado ao tabaco a fama de poderoso remédio, o que contribuiu para a sua propagação a nível mundial. Atualmente o tabaco não detém mais essa característica, porém nos relatos da pesquisa onde se afirmam que o cigarro representa um calmante preocupa-se com a possibilidade de melhor aceitação do fumo.

Ao longo dos anos o cigarro passou a ser visto com maus olhos e os índices de incidência e prevalência do tabagismo caíram. Entretanto, mesmo com a redução, os índices relacionados ao fumo ainda são preocupantes e a associação entre cigarro e calmante identificada por este estudo alerta quanto ao risco daqueles acometidos por alterações emocionais e/ou psicológicas se manterem fumantes por esta razão. Além disso, a preocupação é agravada com a possibilidade de essa associação mascarar a existência de algum comprometimento emocional e/ou psicológico, como a depressão ou ansiedade, podendo acarretar na não identificação do transtorno em questão, no não tratamento e dificultando ainda mais o abandono do hábito de fumar.

Aqueles que sofrem de transtornos como a depressão, podem fazer da nicotina uma automedicação para aliviar sintomas causados pelo estado deprimido, sendo assim pessoas deprimidas tendem a fumar mais cigarros do que pessoas não deprimidas (VIEYRA-REYES, 2009). Há também relatos na literatura de que o tabagismo é altamente prevalente em diversas perturbações da ansiedade (FARINHA et. al., 2013).

Não há registro nos prontuários dos entrevistados que algum deles tenha sido diagnosticado com alguma alteração emocional e/ou psicológica. No entanto, os relatos quanto à dificuldade para se parar de fumar e a atribuição do poder de calmante ao cigarro faz refletir sobre a possibilidade de que efeitos psicoativos da nicotina, utilizada como “automedicação” para estados deprimidos, possam mascarar comprometimentos emocionais e/ou psicológicos.

A problemática vai além dessa questão, uma vez que nos fumantes com histórico de transtornos depressivos a cessação do tabagismo é fator de risco para a manutenção do quadro clínico ou o desenvolvimento de novo surto depressivo (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

A objetivação do tabaco como um calmante faz acreditar que se deve repensar a relação entre tabagismo e as questões emocionais e psicológicas. É preciso repensar a abordagem atual ao tabagista e a forma como se lida com o processo de abandono do fumo.

Verifica-se a necessidade de antes de incluir o tabagista em um programa de cessação do hábito de fumar, identificar a existência de algum comprometimento emocional e/ou psicológico, tratando conforme for necessário. Tal medida poderia contribuir para o aumento da taxa de sucesso para o processo de abandono do hábito de fumar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção das Representações Sociais de pacientes internados sobre o abandono do hábito de fumar deixa clara a complexidade do assunto, e que a problemática está imersa em questões que envolvem todos os aspectos biopsicossociais do ser humano.

As Representações Sociais mostraram-se como um terreno fértil para se tratar da temática proposta, uma vez que possibilita expressar e analisar os significados de diversos aspectos relacionados às vivências de um determinado social.

A reconstrução da trajetória histórica demonstra que o cigarro ao longo dos anos se sustentou por questões sociais e econômicas, que atualmente, mesmo com toda a divulgação dos malefícios que ele causa, ainda influenciam o mercado tabagístico. Percebeu-se que ao longo do tempo as representações elaboradas por aqueles que fumam sobre o hábito de fumar deram lugar a novas representações conforme o contexto histórico vivido. Sendo assim, o cigarro hoje não é mais relacionado a um ideal de vida e os próprios fumantes reconhecem que o fato de fumarem dificulta a relação com pessoas significativas. Além disso, o hábito de fumar foi objetivado como elemento prejudicial à saúde e causador de doenças, uma vez que os participantes reconhecem que o fumo traz prejuízos à saúde.

No entanto, percebeu-se que, mesmo com a construção de novas elaborações, atualmente a iniciação do hábito de fumar ainda se dá por determinantes sociais, como o convívio com fumantes em família ou sem ciclo de amizades.

Os participantes apontaram que o seu abandono do hábito de fumar é dificultado por razões emocionais e psicológicas. As representações elaboradas por eles revelam que o fumo é ancorado a uma condição para se alcançar a tranquilidade e equilíbrio nos momentos de tensão, estresse e dificuldades cotidianas, sendo objetivado como um “ombro amigo”, uma válvula de escape”, um “calmante”.

Diante das representações elaboradas surge a preocupação quanto à objetivação do tabaco como um calmante, uma vez que este fato pode contribuir para maior aceitação do tabagismo e dificultar o abandono do hábito de fumar, bem como mascarar a existência de algum comprometimento emocional e/ou psicológico. Diante disso, percebe-se um grande desafio que impõe a necessidade de grande sensibilidade para o reconhecimento do fumo como automedicação para alívio dos sintomas de comprometimentos emocionais e/ou psicológicos.

Ao alcançar os objetivos do estudo foi possível compreender que o conhecimento acerca do hábito de fumar não é suficiente para a mudança do hábito ou sua cessação, mesmo quando a pessoa é acometida por uma patologia relacionada ao tabagismo. Percebe-se que as questões psicológicas e emocionais influenciam fortemente as pessoas a se manterem fumando, sendo muitas vezes determinantes na manutenção do tabagismo.

As representações aqui elaboradas possibilitaram uma discussão sobre a problemática e levou a refletir sobre a abordagem do profissional de saúde para o incentivo ao abandono do hábito de fumar. Percebeu-se que é necessário que seja repensada a abordagem do profissional de saúde, uma vez que na maioria das vezes considera-se apenas os riscos de se desenvolver alguma patologia relacionada ao cigarro ou agravamento do quadro quando já existe uma patologia instalada. O profissional de saúde ao lidar com um paciente tabagista deve incluir em sua abordagem todas as questões envolvidas no hábito de fumar, visto que a manutenção do mesmo, na maioria das vezes, é determinada por questões que parecem ter mais significado do que o fato de se ter ou não uma doença relacionada ao tabagismo.

Nesse sentido, reafirma-se que não basta abordar o fumante para abandonar o hábito de fumar, é necessário considerar os sujeitos em todos os seus aspectos biopsicossociais a fim de pensar as necessidades de um cuidado de saúde integral que seja capaz de contribuir para alcançar o abandono do hábito de fumar.

O estudo evidenciou a importância de investimentos em pesquisas que tratam dos aspectos sociais envolvidos no tabagismo. Percebe-se que é necessário olhar o tabagismo por outra ótica, uma vez que o assunto ainda é muito tratado do ponto de vista patológico.

REFERÊNCIAS

ABREU, Mery Natali Silva. **Prevalência e fatores associados ao tabagismo entre adolescentes e adultos jovens**. 2011. 107 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-8N2JDH/volume_final___mery_natali_silva_abreu_2011.pdf?sequence=1>. Acesso em: 03 maio 2014.

ACTBR. Aliança de Controle do Tabagismo no Brasil. **Relatório carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil**. ACTBR. 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf> Acesso em: 02 abr. 2014

ALEXANDRE, Marcos. **Representação Social: uma genealogia do conceito**. Comum - Rio de Janeiro - v.10 - nº 23 - p. 122 a 138 - julho / dezembro 2004. Disponível em <<http://www.sinpro-rio.org.br/imagens/espaco-do-professor/sala-de-aula/marcos-alexandre/Artigo7.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2014.

ALMEIDA, Aline Farias de; MUSSI, Fernanda Carneiro. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2014.

ALMEIDA, Geovana Brandão Santana. **Representações sociais de usuários e profissionais de serviços básicos de saúde sobre a hipertensão arterial: o discurso do sujeito coletivo**. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edição revisada e actualizada. Lisboa: Edições, v. 70, 2009.

BOEIRA, Sérgio Luís. **Atrás da cortina de fumaça: tabaco, tabagismo e meio ambiente: estratégias da indústria e dilemas da crítica**. Itajaí - SC: Editora Univali, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **A Anvisa e o Controle dos Produtos Derivados do Tabaco**. Brasília: Anvisa, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGe. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2012**. Rio de Janeiro: IBGE – 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2_012.pdf> Acesso em: 04 abr. 2014

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Secretaria Executiva da CONICQ. **A Política Nacional: Observatório da Política Nacional de Controle do tabaco**. Rio de Janeiro, 2014a. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/a_politica_nacional>. Acesso em: 02 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - Inca. Coordenação de Prevenção e Vigilância (conprev). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro: Inca, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2014b. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: 2014. Disponível em: <<https://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

CAFRUNI, Karine Hahn; BROLESE, Giovana; LOPES, Fernanda. **Tratamentos Não Farmacológicos para Dependência Química**. Diaphora, v. 14, n. 1, p. 10-19, 2014. Disponível em:<

<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sprgs.org.br%2Fdiaphora%2Fojs%2Findex.php%2Fdiaphora%2Farticle%2Fdownload%2F32%2F32&ei=y7PHVJKME5L7sATa6oGoCw&usq=AFQjCNF8vAQDp0mkrJZvfU6EwXyGUsnErA&sig2=Ptw8cOJKbfJT3GDNSCVo8A>> Acesso em: 20 jun. 2014.

CAMPBELL, John B.; HALL, Calvin; LINDZEY, Gardner. Teorias da personalidade. **Tradu. Maria Adriana Veríssimo Veronese-4ed. Porto Alegre, 2000.**

DELFINO, Lúcio. **Responsabilidade civil & tabagismo**. Curitiba - Pr: Juruá Editora, 2008.

DIAS, Cláudia Rovadoschi Kretzmann et al. Grau de dependência à nicotina em pacientes participantes de um programa de cessação do tabagismo. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 12, n. 39, p.21-27, jan./mar. 2014. Disponível em:<http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2015/1482>. Acesso em: 04 ago. 2014.

DICHTER, Ernest. **The psychology of everyday living**. Barnes & Noble, inc., 1947.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Tratamentos farmacológicos para dependência química: Da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DIETRICH, Odair Berwaldt. **O processo histórico e as transformações socioeconômicas que ocorreram na cultura do tabaco**. 2011. 49 f. TCC (Graduação) - Curso de Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, São Loureço do Sul, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/52342/000821701.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 maio 2014.

FARINHA, Helder et al. Relação do Tabagismo com Ansiedade e Depressão nos Cuidados de Saúde Primários. **Acta Médica Portuguesa**, v. 26, n. 5, p. 523-530, 2013.

FERNANDES, Backer Ribeiro. **Mundo de Marlboro: a comunicação corporativa da Philip Morris Brasil**. 2007. 167 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Comunicação Social, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2007. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/infotec/teses07-08/resumo_7108.html>. Acesso em: 02 maio 2014.

FERNANDES, Maria Manoela Pereira. **Ansiedade, depressão, stress e tabagismo - Estudo Corporativo em indivíduos fumadores e indivíduos não fumadores**. 2008. 34 f. TCC (Graduação) - Curso de Licenciatura em Psicologia, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1466/1/MONO_1102.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2014.

FONSECA, Aureliano da. Tabaco e Tabaquistas. **Arq Med**, Porto , v. 21, n. 5-6, 2007 . Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132007000400008&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 26 jan. 2014.

GONÇALVES, Clênia Maria Toledo de Santana. **Tabagismo e qualidade de vida: um estudo da implicações biopsicossociais à luz das representações sociais**. 2013. 315 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Doutorado da Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013. Disponível em: <http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_arquivos/19/TDE-2014-07-01T160058Z-2652/Publico/arquivototal.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2014.

HOROCHOVSK, Marisete Teresinha Hoffmann. **Representações Sociais: Delineamentos de uma Categoria Analítica**. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2 nº 1 (2), janeiro-junho/2004, p. 92-106. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/13629/12494>> Acesso em: 06 jun. 2014.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros_destaque/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2014.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva. **Saber saúde: prevenção do tabagismo e outros fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis**. Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva. – 3 ed rev atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Saber_saude_2013.pdf> Acesso em: 08 abr 2015.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo - Um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2007. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2014.

JAQUES, Tiago Alves. Dos usos e abusos do cigarro: o hábito que se tornou vício. In: 1ª JORNADA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS E DA SAÚDE, 1., 2011, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos da 1ª Jornada de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 1 - 10. Disponível em: <http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/images/site/pdfs/dos_usos_e_abusos_do_cigarro.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2014.

LOPES, Gustavo Acioli. **Correntes de fumaça**. 2007. Disponível em: <<http://www.revistadehistoria.com.br/secao/artigos-revista/correntes-de-fumaca>>. Acesso em: 02 jan. 2014.

MACHADO, Ana Lúcia et al. **Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações**. Rev.Esc.Enf.USP, v.31, n.3, p. 486-97, dez. 1997. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/393.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2014

MEIRELLES, R. H. S. Tabagismo e DPOC—dependência e doença—fato consumado. **Pulmão RJ - Atualizações Temáticas**, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de. Souza. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOSCOVIC, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 4º ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MUNARETTI, Cristina Lunardi; TERRA, Mauro Barbosa. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Jan. 2015.

NARDI, Jean Baptiste Jean Baptiste. **O fumo brasileiro no período colonial**. São Paulo: Brasiliense, 1996. 452 p.

NUNES, Sandra Odebrecht Vargaset al. **A Dependência do Tabaco**. Londrina: Eduel, 2011. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sj9xk/pdf/nunes-9788572166751-02.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

PANTANI, Daniela; PINSKY, Ilana; MONTEIRO, Anna. **Publicidade de tabaco no ponto de venda**. São Paulo: Ed. do Autor, 2011.

PRECIOSO, José. Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. **Rev Port Clin Geral**, Porto, v. 22, n. 2, p.201-222, mar. 2006. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/304_Boas_Praticas_em_prevencao_do_tabagismo_no_meio_escolar.pdf> Acesso em: 03 maio 2014.

RABELLO, Elaine; PASSOS, José Silveira. **Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento**. PortalBrAT, 2009. Disponível em <<http://josesilveira.com/artigos/erikson.pdf>> Acesso em: 20 junho 2015.

REIS, Sebastiana Lindaura de Arruda; BELLINI, Marta. **Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental**. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/10256/pdf>> Acesso em: 06 jun. 2014.

RODRIGUEZ, Miguel Angel Schmitt. **O cigarro como protagonista no cinema clássico de Hollywood**. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 23.,2005, Londrina. Anais do XXIII Simpósio Nacional de História – História: guerra e paz. Londrina: ANPUH, 2005.

RONDINA, Regina de Cássia; GORAYEB, Ricardo; BOTELHO, Clóvis. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 5, p. 592-601, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n5/v33n5a16.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2014.

SANTOS, Renata Fricks; SOUZA, Cinthia Ferreira de. **Cigarro: Como continua sobrevivendo sem propaganda? E os desafios da propaganda “Brasil sem Cigarro.”**. In: XVII CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUDESTE. Ouro Preto: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2012. p. 1 - 13.

Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sudeste2012/resumos/R33_0339-1.pdf>. Acesso em: 02 maio 2014.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Atlas: corações do Brasil**. São Paulo: SBC 1 (2005): 40-54. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/condicoes-chronicas-nao-transmissiveis/atlas_-_coracoes_do_brasil.pdf> Acesso em: 04 abr. 2014

SILVA, Leonardo Xavier da. **Análise do complexo agroindustrial fumageiro sul-brasileiro sob o enfoque da economia dos custos de transação**. 2002. 287 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, 2002. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/629.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

SILVA, Luiz Carlos Corrêa da (Org.). **Tabagismo: doença que tem tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, Sandra Tavares da et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.539-552, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200539&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 ago. 2014.

SILVA, Sílvio Éder Dias da.; CAMARGO, Brígido Vizeu; PADILHA, Maria Itayra. **A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2011 set-out; 64(5): 947-51. Brasília – DF, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2014.

SOUZA CRUZ. **O ato de fumar**. 2011. Disponível em: <http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO7V9MGN?opendocument&SKN=1>. Acesso em: 03 maio 2014.

SOUZA, Dyego Leandro Bezerra de. **Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social**. 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal - Rn, 2006. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/17080/1/Dy_egoLBS.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2014.

TANNI, Suzana Erico et al . Avaliação do conhecimento sobre tabagismo em pacientes internados. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 36, n. 2, Abr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2014.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis RJ.: Editora Vozes, 2003.

VALA, Jorge; CASTRO, Paula. Pensamento Social e Representações Sociais. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. **Psicologia Social**. 9. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013. p. 587.

VIEYRA-REYES, P. et al. Acción de la nicotina como antidepresivo y regulador del sueño en sujetos deprimidos. **Rev Neurol**, v. 49, p. 661-7, 2009.

WHO. World Health Organization. **ICD - 10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2015.** WHO: 2014a. Disponível em <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>> Acesso em: 27 maio 2012.

WHO. World Health Organization. Measuring Quality of Life. **The World Health Organization quality of life instruments.** Geneva: World Health Organization; 1997. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf> Acesso em: 18 jan. 2014.

WHO. World Health Organization. **Tobacco facts.** 2014b. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/tobacco_facts/en/#>. Acesso em: 03 maio 2014.

WHO. World Health Organization. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship.** WHO: 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf>. Acesso em: 02 maio 2014.

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Identificação na pesquisa: _____ Iniciais: _____		DN: ____/____/____
Sexo: Feminino () Masculino ()	Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () União estável	
Ocupação: _____	Grau de escolaridade:	
Renda familiar:	() Ensino fundamental incompleto	
() 1 a 3 salários mínimos	() Ensino fundamental completo	
() 3 a 5 salários mínimos	() Ensino médio incompleto	
() 5 a 10 salários mínimos	() Ensino médio completo	
() mais de 10 salários mínimos	() Superior completo	
Quanto ao hábito de fumar	Comecei a fumar com _____ anos.	
	Quando começou a fumar alguém da sua família ou ciclo de amizade fumava? () sim [() familiares () amigos] () não Se sim, essa pessoa te influenciou para você começar a fumar? () sim () não	
	() Fumo	Fumo há _____.
	Fumo _____ maço (s) de cigarro por dia.	

Já tentou parar de fumar alguma vez? () sim () não Quantas vezes?
O que te levou a tentar parar de fumar?

Conseguiu parar de fumar alguma vez? () sim () não Quantas vezes? _____
Se sim, por quanto tempo deixou de fumar? _____.
O que te levou a voltar a fumar? _____

Buscou ajuda de profissionais da saúde para parar de fumar? () sim () não
Se sim, onde você buscou ajuda? _____

() **Parei de fumar** Fumei por _____ e parei há _____.

Fumava _____ maço (s) de cigarro por dia.

É a primeira vez que você tentou parar de fumar? () sim () não

Se não, por quantas vezes você já tentou parar de fumar?

Você conseguiu parar de fumar em alguma delas? () sim () não

Se sim, o que te levou a voltar a fumar? _____

Buscou ajuda de profissionais da saúde para parar de fumar? () sim () não

Se sim, onde você buscou ajuda? _____.

Você é portador de alguma doença? Qual? _____

1. Na sua opinião, quais são os efeitos do cigarro sobre o nosso organismo?
2. Você acredita que muitas doenças sejam causadas pelo cigarro?
3. Você acredita que a doenças que você desenvolveu esteja relacionada ao cigarro?
4. Você parou de fumar ou pensa parar de fumar devido à doença que tem?
5. Existem outras razões para você querer deixar de fumar?
6. Se sim, o que representa para você a decisão de parar de fumar?
7. Para você quais são as dificuldades de parar de fumar?
8. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Faculdade de Enfermagem da UFJF

Pesquisador Responsável: Geovana Brandão Santana Almeida

Endereço: Rua Ministro Amorílio Lopes Salgado, 215/501 Bairro:
Cascatinha CEP: 36033-290 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 8421-2105

E-mail: gevanabrandao@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr (a) _____, está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Abandono do hábito de fumar: as representações sociais de pacientes tabagistas sobre o abandono do hábito de fumar”. Neste estudo, pretendemos: Analisar as representações sociais de pacientes sobre abandono do hábito de fumar; Descrever o conhecimento dos indivíduos sobre o de hábito de fumar; Conhecer as estratégias utilizadas para aderir a proposta de abandonar o hábito de fumar.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o fato do tabagismo ser considerado um importante fator de risco isolado de doenças graves e fatais e de o principal componente do tabaco, a nicotina, causar dependência química e psicológica naqueles que fumam. Muitas vezes quem fuma se vê diante da difícil decisão de parar de fumar quando recebe o diagnóstico de alguma doença relacionada ao cigarro, e essa decisão tem uma série de representações para o tabagista, já que o cigarro representa para ele o alívio de tensões e a “válvula de escape” de seus problemas.

Para este estudo serão convidados para participar tabagistas ou ex-tabagistas que receberam o diagnóstico de uma doença relacionada ao consumo de cigarro. O estudo será desenvolvido no Hospital Universitário da UFJF (HU-UFJF), localizado no município de Juiz de Fora – MG, no setor de clínica médica. A pesquisa se dará por meio de entrevistas realizadas por meio de um roteiro semiestruturado e os dados coletados serão analisados em quatro etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e inferência e interpretação destes.

Para participar deste estudo, o entrevistado não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Ele (a) será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Você poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a identidade do menor com padrões profissionais de sigilo. O participante não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar

banho, ler, etc. Apesar disso, é assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 __ .

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital universitário Unidade Santa Catarina

Prédio da Administração Sala 27

CEP 36036-110

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

ANEXO I

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representação social de pacientes tabagistas sobre o hábito de fumar

Pesquisador: GEOVANA BRANDÃO SANTANA ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32478514.0.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 704.191

Data da Relatoria: 23/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo acerca da Representação social de pacientes tabagistas sobre o abandono do hábito de fumar, onde os participantes serão 20 pessoas internadas, maiores de 18 anos, independente de gênero, que fumam ou que são ex-fumantes e que receberam o diagnóstico de uma doença relacionada ao consumo de cigarro. Será utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado composto por questões acerca do perfil sociodemográfico e norteador por questões abertas e as falas serão gravadas em mídia eletrônica. Metodologia baseada na Teoria das Representações Sociais, com dados colhidos através de entrevistas individuais.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são condizentes com o objeto e a metodologia da pesquisa, quais sejam: Analisar as representações sociais de pacientes sobre abandono do hábito de fumar; Descrever o conhecimento dos indivíduos sobre o de hábito de fumar; Conhecer as estratégias utilizadas para aderir a proposta de abandonar o hábito de fumar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa apresenta risco mínimo, cujo resultado poderá permitir conhecer as representações sociais dos pacientes que necessitam abandonar o tabagismo devido a uma patologia relacionada ao cigarro, bem como fornecer informações que subsidiarão o

Endereço: Rua Celso Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5305 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 784.161

reconhecimento dos profissionais de saúde das necessidades dos fumantes para abandonar o hábito.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto é pertinente e de valor científico, com metodologia adequada aos objetivos buscados, sem que haja comprometimento da integridade dos sujeitos, estando-lhes garantido o direito à informação, privacidade e desistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram adequadamente apresentados. O TCLE não deixa claro que a pesquisa é de risco mínimo e que o pesquisador se responsabilizará por eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 30 de Junho de 2014

Assinado por:
Gisela Aparecida Fófano
(Coordenador)

Endereço: Rua Celso Benviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep/ha@ufjf.edu.br

ANEXO II

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representação social de pacientes tabagistas sobre o hábito de fumar

Pesquisador: GEOVANA BRANDÃO SANTANA ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32478514.0.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 871.419

Data da Relatoria: 25/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo acerca da Representação social de pacientes tabagistas sobre o abandono do hábito de fumar, onde os participantes serão 20 pessoas internadas, maiores de 18 anos, independente de gênero, que fumam ou que são ex-fumantes e que receberam o diagnóstico de uma doença relacionada ao consumo de cigarro. Será utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado composto por questões acerca do perfil sociodemográfico e norteado por questões abertas e as falas serão gravadas em mídia eletrônica. Metodologia baseada na Teoria das Representações Sociais, com dados colhidos através de entrevistas individuais.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetos são condizentes com o objeto e a metodologia da pesquisa, quais sejam: Analisar as representações sociais de pacientes sobre abandono do hábito de fumar; Descrever o conhecimento dos indivíduos sobre o de hábito de fumar; Conhecer as estratégias utilizadas para aderir a proposta

Endereço: Rua Celso Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 671.618

de
abandonar o hábito de fumar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco Mínimo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto é pertinente e de valor científico, com metodologia adequada aos objetivos buscados, sem que haja comprometimento da integridade dos sujeitos, estando-lhes garantido o direito à informação, privacidade e desistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as normas do CEP .

Recomendações:

Sem recomendações .

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado o novo TCLE .

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 27 de Novembro de 2014

Assinado por:
Gisele Aparecida Fófano
(Coordenador)

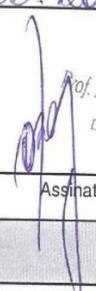
Endereço: Rua Celso Brochieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catearina CEP: 36.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.ha@ufjf.edu.br

ANEXO III



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Representação social de pacientes tabagistas sobre o abandono do hábito de fumar		2. Número de Participantes da Pesquisa: 20	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: GEOVANA BRANDÃO SANTANA ALMEIDA			
6. CPF: 997.949.937-00		7. Endereço (Rua, n.º): MINISTRO AMARILIO LOPES SALGADO CASCATINHA 215/501 JUIZ DE FORA MINAS GERAIS 36033290	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (32) 3215-6097	10. Outro Telefone:
		11. Email: geovanabrandao@yahoo.com.br	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>21 / 05 / 14</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF		14. CNPJ: 21.195.755/0002-40	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (32) 4009-5100		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Dimas Augusto C. de Araújo</u>		CPF: <u>545.953.126-87</u>	
Cargo/Função: <u>Diretor Geral</u>			
Data: <u>21 / 05 / 14</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO IV



Hospital Universitário da UFJF
Rua Catulo Breviglieri s/nº. Bairro Santa Catarina – CEP.: 36036-110.
Juiz de Fora – MG, Brasil

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

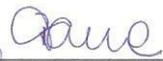
Ilmo ao Srª. Maria Inês Alves Cabral

Solicito a Vossa Senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa "As Representações Sociais de pacientes tabagistas sobre o abandono do hábito de fumar", que é desenvolvida sob a orientação da professora Drª Geovana Brandão Santana Almeida pela mestranda Mariana Ribeiro Freire do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da FACENF-UFJF.

Os objetivos deste estudo são analisar as representações sociais de pacientes sobre abandono do hábito de fumar, descrever o conhecimento dos indivíduos sobre o de hábito de fumar e conhecer as estratégias utilizadas para aderir a proposta de abandonar o hábito de fumar.

Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivos científicos e será mantido o absoluto anonimato em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/2012 do Conselho de Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa antes de ser realizada será avaliada pelo Comitê de Ética da UFJF.

Desde já coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos


Profª Drª Geovana Brandão Santana Almeida
Orientadora

Geovana Brandão S. Almeida
ENFERMEIRA PROFª UFJF
COREN-MG 79420


Mariana Ribeiro Freire

Mestranda do PPG em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da FACENF UFJF

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informado quanto as finalidade desta pesquisa, que este Hospital possui infraestrutura, local para realização das entrevistas e autorizo a realização da coleta de dados.

Juiz de Fora, 28 de maio de 2014


Maria Inês Alves Cabral
DIRETORA ENFERMAGEM
COREN MG 19634
Maria Inês Alves Cabral
Diretora de Enfermagem do HU UFJF

ANEXO V



Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Enfermagem
Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário. Bairro São Pedro. CEP: 36036-900
Juiz de Fora – MG, Brasil

DECLARAÇÃO

A Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, por ser cenário de formação de recursos humanos e instituição vinculada ao desenvolvimento de pesquisa dispõe de espaço e infraestrutura física para viabilizar o processo de coleta e análise de dados da pesquisa intitulada: **“As Representações Sociais de pacientes tabagistas sobre o abandono do hábito de fumar”** cujos objetivos são analisar as representações sociais de pacientes sobre abandono do hábito de fumar, descrever o conhecimento dos indivíduos sobre o de hábito de fumar e conhecer as estratégias utilizadas para aderir a proposta de abandonar o hábito de fumar. Diante do exposto considero compatível e viável a realização desta investigação.

Atenciosamente

Juiz de Fora, 28 de maio de 2014

Geovana Brandão S. Almeida
ENFERMEIRA PRO-UFJF
COREN-MG 79420

Chefe do Departamento de Enfermagem Aplicada da FACENF-UFJF
Profª Drª Maria Carmem Simões Cardoso de Melo
Profª Drª Geovana Brandão Santana Almeida (em exercício)