



Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social



Dyego Leandro Bezerra de Souza

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRN como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração em Odontologia Preventiva e Social.

Orientadoras: Prof^a Dr^a Iris do Céu Clara Costa
Prof^a Dr^a Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

Natal - RN
2006

Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social

Profª Drª Iris do Céu Clara Costa (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profª Drª Maria do Carmo Eulálio Brasileiro (1ª Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba

Profª Drª Aurigena Antunes de Araújo Ferreira (2ª Examinadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe Maria Messias, ao meu pai Domingos Carvalho, e aos meus irmãos Thereza e Thiago, pelo amor e carinho, traduzidos em apoio e incentivo em toda minha vida. Obrigado.

Agradecimentos

“Há pessoas que nos falam e nem as escutamos; há pessoas que nos ferem e nem cicatrizes deixam. Mas há pessoas que, simplesmente, aparecem em nossa vida e que marcam para sempre”

Cecília Meireles

Diante das dificuldades, encontrei nas palavras, nos pensamentos, nas discussões, nos sentimentos, ou simplesmente, no olhar ou no sorriso, os rumos e as forças para seguir nessa caminhada. Concretizar essa realização só foi possível pela presença marcante de pessoas. Por isso agradecer é o significado principal deste momento.

Agradeço à Deus, por permitir que essas pessoas fizessem parte da minha vida e pela infinita força a me guiar nas escolhas e nas dificuldades.

Professora Maria do Socorro Costa Feitosa Alves, minha primeira orientadora. Desde a iniciação científica construímos uma relação de amizade, respeito e afeto, que levo para a toda a vida. Com carinho, muito obrigado.

Professora Iris do Céu Clara Costa, minha segunda orientadora. Obrigado por me acolher como orientando, pela confiança, carinho e dedicação à realização deste trabalho.

Professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e da Disciplina de Odontologia Preventiva e Social: Angela, Angelo, Betinha, Edna, Kenio, Celeste, Isaremi, Adriana, Marcílio, Seabra, Júnior, Pedrinho, Delane, Neusa e Lecy. Agradeço o acolhimento desde a graduação, o apoio, as discussões e os ensinamentos durante o mestrado.

Professores Antônio Medeiros Júnior e Kenio. Agradeço também as importantes contribuições durante a qualificação, que me deram o caminho para concluir a dissertação.

Aos fumantes, não-fumantes e ex-fumantes. Agradeço com muito respeito a cada um deles por compartilhar suas vivências com o tabagismo, por me mostrar o sentido da vida e permitir a construção deste trabalho.

Colegas de mestrado: Ana Daniela, Allan, Aline Louise, Altaíva, Bianca, Ezilda, Iara, Samara, Gilmara, Irlane, Lailson, Julieta, Jussara, Ricardo, Wilton, Alinne, Candice, Flaviana, Alexandre, Nicole, Bruna Amaral, Bruna Rafaela e Jaqueline, por compartilhar conhecimentos, dificuldades e pelo apoio afetivo que me ajudou nesse desafio.

Samara e Gilmara, obrigado também pela ajuda na realização de outros trabalhos e amizade, sincera e eterna.

Sandra, secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Sempre carinhosa e prestativa com todos nós.

A Unidade Básica de Saúde de Felipe Camarão e em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, que tiveram papel fundamental na coleta dos dados.

Alunos Brisa, Emeline, Fábio e Georgia. Agradeço a colaboração com a coleta dos dados e as apresentações em congressos dos trabalhos frutos dessa dissertação.

Professora Aurigena Ferreira, com quem comecei as primeiras pesquisas, na iniciação científica. Obrigado por me estimular nessa caminhada e pela participação na Banca Examinadora.

Professora Grasiela Piuvezam, pela discussão atenciosa do projeto, ainda na fase de elaboração, pela amizade, generosidade e alegria.

Daniele Nóbrega, mestrande, e a professora Erika Andrade do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRN, pelas discussões e textos sobre a Teoria das Representações Sociais.

Cecília, obrigado pela ajuda na busca dos artigos e nas correções das referências.

Professora Antônia Silva Paredes Moreira, agradeço as discussões na elaboração do projeto e os ensinamentos da Análise de Conteúdo.

Professor Horácio Accioly Júnior, obrigado pela contribuição na análise dos dados.

Aos amigos, agora da vida extra-acadêmica, e familiares. Obrigado pela convivência, carinho e compreensão diante das ausências. Vocês são essenciais em minha vida.

Professora Maria do Carmo Eulálio Brasileiro, pela disponibilidade em contribuir com a análise deste trabalho participando da Banca Examinadora.

E por fim, as instituições que viabilizaram toda essa caminhada: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo incentivo à dedicação ao mestrado; e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela oportunidade da Iniciação Científica.

Resumo

O presente estudo teve por objetivo apreender os significados do tabagismo na dinâmica social, baseando-se na Teoria das Representações Sociais. O estudo foi desenvolvido com adultos, com idade de 20 a 59 anos, de baixa condição sócio-econômica, em Natal-RN. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados o Teste de Associação Livre de Palavras e uma entrevista semi-estruturada, realizadas com fumantes e não-fumantes, além de uma entrevista estruturada, realizada com fumantes, não-fumantes e ex-fumantes, que foram analisadas através da estatística descritiva, da Técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática, e dos Programas ALCESTE e EVOC 2000. As elaborações sobre o tabagismo foram marcadas pela dimensão social, cultural e histórica, mostrando-se, porém, sensíveis às mudanças, e revelaram aspectos positivos e negativos do hábito. Na análise das entrevistas semi-estruturadas apreendemos as seguintes categorias e subcategorias respectivamente: *Iniciação do hábito* (Amigos e família e Admiração e beleza); *Implicações psicossociais do tabagismo* (Relacionamento pessoal, Trabalho e Financeira); *Posicionamento frente ao tabagismo* (Positivo, Negativo e Neutro); *Efeitos do tabagismo* (A saúde dos fumantes e A saúde dos outros); *Descrições sobre as doenças bucais* (Mau hálito, Câncer de boca e Problemas dentários); *Tratamento do tabagismo* (Médico-psicológico, Sobrenatural e Dificuldades). A análise do ALCESTE revelou 4 Classes: *Ambivalência entre o prazer e o adoecer*, *O tabagismo como incômodo e perigo à sociedade*, *A discriminação social do fumante* e *A boca como local de reafirmação da discriminação*, e nos auxiliou a compreender as repercussões psicossociais do hábito. Na estrutura das representações sociais, identificamos como provável núcleo central do grupo fumante as categorias *Prazer* e *Prejudica a saúde* e como elementos periféricos *Bebida alcoólica*, *Prejuízo financeiro* e *Nervosismo*. Para o grupo não-fumante, a categoria *Prejudica a saúde* emerge na centralidade e *Parar de fumar* surge como elemento periférico. Finalmente, esperamos que o conhecimento destas representações venha contribuir para planejar e/ou repensar as práticas profissionais e políticas públicas relacionadas ao tabagismo. Além disso, para uma compreensão mais ampla do objeto de estudo, as discussões sobre as representações identificadas necessitam ser aprofundadas e ampliadas a outras populações e grupos sociais.

Palavras-chave: Tabagismo, Representações Sociais e Saúde Pública.

Abstract

The present study has the purpose of catching the significances of smoking in the social dynamics based on the Theory of Social Representations. It was developed among adults with ages from 20 to 59 years, low social and economic conditions, at Natal – RN, Brazil. The Free-words Association Test was applied as the instrument of data collection and a semi-structured interview with the smokers and non-smokers, besides a structured interview with smokers, non-smokers and ex-smokers. All data was analyzed by the descriptive statistics using the Analysis of Content Technique of the thematic kind and by the softwares ALCESTE and EVOC 2000. Elaborations about smoking were marked by social, cultural and historical dimension, however they showed sensibility to changes and revealed positive and negative aspects of the habit. The analysis of the semi-structured interviews showed the following categories and under-categories respectively: *Initiation of the habit* (Friends and Family and Appreciation and Beauty); *Psychosocial Implications of smoking* (Personal relationship, Work and Financial); *Behavior when facing smoking* (Positive, Negative and Neutral); *Smoking Effects* (Smokers' health and the other people health); *Description about oral diseases* (Bad breath, Oral cancer and Dental problems); *Smoking treatment* (Physician and psychological, Supernatural and Difficulties). ALCESTE analysis presented 4 classes: *Ambivalence between pleasure and get ill*, *Smoking as a trouble and danger to society*, *Social discrimination of smokers* and *Mouth as a place of reaffirmation of the discrimination*. Those helped us to understand the psychosocial repercussion of the habit. On the social representation structure we identified as a probable central nucleus of the smoker group the categories *Pleasure* and *Bad to the health* and as peripheral elements *Alcoholic Drink*, *Financial damage* and *Nervousness*. For the non-smoker group the category *Bad to the health* comes first and *Stop Smoking* comes as a peripheral element. Finally, we hope that the knowledge of these representations can contribute to plan and/or to rethink over the professional practices and public policies related to smoking. Besides that, for an amplified comprehension of the study object the discussions over the identified representations should be deepen and amplified to other population and social groups.

Key words: Smoking; Social Representations and Public Health.

Sumário

Introdução.....	12
Capítulo 1.....	18
A busca dos significados que circulam, se modificam e se transformam: a Teoria das Representações Sociais como marco teórico-conceitual	
Capítulo 2.....	25
Tabagismo, hábito do mundo: história e representações	
2.1. O conflito cultural e a sócio-gênese das representações sociais.....	27
2.2. Tabaco: o remédio para todas as doenças.....	30
2.3. A expansão e a sofisticação do uso do tabaco.....	32
2.4. Os opositores do tabagismo.....	35
2.5. O tabagismo como problema de saúde pública.....	38
Capítulo 3.....	43
Pontuando aspectos sobre o tabagismo: as diversas faces de um problema de saúde pública	
3.1. Aspectos epidemiológicos do tabagismo.....	44
3.2. Efeitos do tabagismo na saúde dos fumantes.....	46
3.3. O tabagismo passivo: a justificativa que faltava para o controle.....	48
3.4. O tabagismo e as relações de poder.....	50
Capítulo 4.....	57
Os caminhos ao encontro do tabagismo	
4.1. Tipo de estudo.....	58
4.2. Aspectos éticos.....	58
4.3. Local do estudo.....	58
4.4. Seleção dos participantes.....	60
4.5. Instrumentos para coleta de dados.....	61
4.6. Análise e tratamento dos dados.....	62
Capítulo 5.....	65
Da iniciação à cessação/adoecimento/morte: as representações sociais do tabagismo	
5.1. Iniciação no tabagismo: influências sociais, a beleza e o prazer de fumar.....	69

5.2. O tabagismo e a dimensão do adoecer: o medo e a culpa revelados.....	75
5.3. A discriminação do fumante: para além do incômodo, o tabagismo como perigo à sociedade.....	86
Considerações finais.....	100
Referências.....	104
Anexos.....	113

Introdução



Paul Cézanne

“Renda-se, como eu me rendi.
Mergulhe no que você não
conhece como eu mergulhei.
Não se preocupe em
entender, viver ultrapassa
qualquer entendimento.”

Clarice Lispector

Introdução

Sufrimento e doença, vida e morte fazem parte da existência humana, e seus significados, bem como os sistemas de explicação desses fenômenos naturais não se reduzem às evidências orgânicas, pois estão intimamente relacionados às características de cada sociedade e do momento histórico vivido. Isto porque a organização social influencia diretamente as interpretações coletivas do processo saúde-doença, da mesma maneira que influencia as condições sociais, políticas, econômicas, as relações de poder e suas formas de controle, contribuindo, inclusive, com as constantes mudanças na sociedade, para transformá-las¹⁰⁰.

Esse processo de organização vem passando por estágios. Houve um tempo em que o homem se via impotente diante do futuro, dos perigos do cotidiano, do seu destino. A idéia de controlar ou prever eventos futuros era impensável e pouco adiantavam ações no sentido de mudar o destino. A previsibilidade diante dos acontecimentos tornou-se possível com o desenvolvimento do saber científico e de um modelo matemático-probabilístico que calcula as chances da realização de fenômenos que envolvem o homem. O que antes era pensado como destino é substituído pela idéia de risco, que se refere aos efeitos inesperados possíveis das atividades ou decisões tomadas anteriormente. A possibilidade de mensurar as incertezas transforma as relações sociais, pois permite controlar comportamentos no presente para evitar problemas futuros. O controle dos fatores de risco emerge então como principal estratégia de poder na atualidade²⁹.

Nessa perspectiva, o tabagismo, fator de risco para diversos tipos de câncer, doenças respiratórias e cardiovasculares, surge, com os avanços científicos, como um comportamento

passível de controle. Considerado um problema de saúde pública, o tabagismo vem sendo alvo de atenção por parte de tantos quantos zelam pela saúde da população¹⁰⁹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, são atribuídas ao uso dos derivados do tabaco cerca de 4 milhões de mortes por ano em todo o mundo e, caso a atual tendência de consumo se mantenha, nos próximos 30 a 40 anos, a epidemia tabagística será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% delas ocorrerão em países em desenvolvimento¹¹⁰. No Brasil, são estimadas cerca de 80.000 mortes por ano decorrentes desse hábito⁶⁰.

De acordo com as instituições do setor saúde, o controle do tabagismo deve incluir uma gama de intervenções que busquem mudar o clima social, como, por exemplo, o aumento de impostos sobre produtos derivados do tabaco, proibição da publicidade, aumento de informações sobre saúde pública e criação de áreas públicas e privadas livres do cigarro. Em diversos países, convém ressaltar, estão sendo criadas leis que proíbem o tabagismo em ambientes coletivos, que restringem ou proíbem as propagandas da indústria tabagista, além de diversas outras medidas de controle.

Conforme o Instituto Nacional do Câncer – INCA⁴³: *“Há consenso de que o controle da epidemia tabagística, mormente nos países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, deve ser fundamentalmente preventivo, alicerçado no binômio legislação-educação. As medidas para o controle do tabagismo devem ser integradas aos programas de saúde, e sua ação, descentralizada nos municípios, nas unidades básicas de saúde, facultando sua disseminação pelo país, com grande penetração nas comunidades.”*

No entanto, há que se pensar de que forma os indivíduos/grupos sociais têm incorporado esses conhecimentos, essas proibições e restrições e como tudo isso tem influenciado as relações sociais e o modo de perceber essa questão.

Sabemos que o processo saúde-doença se constrói na interação de aspectos orgânicos, psicológicos e sociais que deveriam ser preocupação permanente nas práticas de saúde. Entretanto, o Modelo Biomédico tornou-se hegemônico durante o século passado, estando presente nas ações relacionadas à saúde. A doença é ainda percebida como um problema do corpo, e somente seus aspectos orgânicos são reconhecidos, enquanto as dimensões psicológica, social e ambiental tendem a ser deixadas de lado, apesar de serem

aspectos que podem influenciar tanto a origem, quanto a manutenção, evolução e prognóstico do processo de adoecer¹⁰⁰.

Todavia, nas últimas décadas, ocorreram mudanças no processo de adoecimento, com a diminuição de doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das doenças crônico-degenerativas, o que deixa mais claro o papel dos aspectos psicológico e social nesse processo. Em consequência, aponta-se para a relevância da participação de outras áreas do conhecimento, como a Psicologia, a Antropologia e a Sociologia, nas questões relacionadas à saúde.

Nessa linha argumentativa, os ganhos nos níveis de saúde dos indivíduos nos últimos tempos têm se transformado em um tema de grande relevância e interesse na sociedade, que evidencia a importância de se pensar a saúde na perspectiva coletiva, e torna relevante desvelar alguns dos eixos que articulam a existência de determinados problemas, como é o caso do tabagismo.

As pesquisas realizadas com fumantes mostram que, aproximadamente, 80% destes querem parar de fumar. Porém verifica-se que apenas 2,7% conseguem fazê-lo sem um tratamento formal. Tal constatação indica o baixo acesso dos fumantes aos avanços no campo da cessação de fumar e a necessidade de estudos que contemplem a perspectiva do paciente e a dinâmica social envolvida, e não somente a avaliação profissional ou uma visão descritiva/epidemiológica dos fatos¹⁰⁹.

Assim, as abordagens ao tabagismo pelo setor saúde requerem a adoção integrada de medidas que incluam seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais, sem distinção de prioridade, afastando a visão individualista e fragmentada, que contribui para a não resolutividade dos eventos relacionados à saúde e para uma visão descontextualizada dos comportamentos humanos, que focaliza a responsabilidade da doença e do sofrimento nos indivíduos. Os comportamentos que influenciam o adoecer, como o consumo de drogas, a falta de uma prática de exercícios físicos e uma alimentação errada, passaram a ser alvos de controle na nossa sociedade e a ser encarados como escolhas individuais.

Percebemos que, no momento em que a informação biomédica, sobretudo a partir do final do século passado, se intensificou, pelos meios de comunicação de massa, as rotinas de cuidado de si foram modificadas, bem como os ambientes e as formas de lidar com o nascimento, o crescimento e a morte, o que modificou conseqüentemente as interações

personais. Todos passaram a conhecer de onde vêm os perigos que ameaçam a saúde e a sobrevivência, e a administração da vida passou a ser considerada como responsabilidade de cada um. O controle das doenças tornam-se, assim, dependente do comportamento de cada um em relação ao modelo de vida adotado. Os meios de comunicação nos dizem hoje que a manutenção da saúde, a longevidade e o bem-estar de modo geral dependem, em grande parte, das condutas pessoais e dos cuidados de si, o que, porém, limita a compreensão coletiva do problema.

O tabaco e os comportamentos tabagistas são elementos comuns nas sociedades de todo o mundo, o que transforma o hábito em uma prática concretizada como cultura, que envolve aspectos políticos, econômicos e sociais, não se resumindo, portanto, a uma escolha individual.

A difusão e o enraizamento deste hábito na vida cotidiana constituem, todavia, um fenômeno cercado de controvérsias, face às implicações dos seus efeitos na saúde dos fumantes ou na saúde daqueles que estão expostos indiretamente à fumaça do tabaco. Nesse sentido, os significados desse objeto e a compreensão das práticas tabagistas pelo senso comum ultrapassam as dimensões médicas e da saúde, e integram fatores socioculturais que necessitam ser estudados, uma vez que o imaginário coletivo se forma a partir das interações sociais, das experiências cotidianas na dinâmica social, as quais interagem e propiciam a elaboração de valores, crenças, imagens, símbolos, conhecimentos e atitudes, que compõem os significados e as interpretações que o indivíduo-sociedade constrói da realidade, que são suas verdades e suas visões de mundo. Além disso, as pessoas e os grupos refletem conflitos e contradições próprias dos sistemas sociais e políticos e de suas formas de dominação^{59, 63, 66}.

Em relação à saúde bucal, o hábito de fumar é um dos fatores de risco mais expressivos para o câncer de boca, além de exercer importante influência nas periodontopatias. Entretanto os estudos que relacionam o fumo e a saúde bucal se restringem aos aspectos biológicos, não contemplando a dimensão social envolvida com o tabagismo, embora a multiplicidade de sentidos das implicações do uso do tabaco na saúde evidencie a importância de se conhecer a percepção dos fumantes, não-fumantes e ex-fumantes, quer na definição da função social do ato de fumar, quer na interpretação que lhe dá o coletivo, considerando suas normas e valores, o que possibilita conhecer os fenômenos psicossociais envolvidos. Compreender tais aspectos possibilitará apreender comportamentos e atitudes dos indivíduos diante do tabagismo e do processo saúde/doença e, por conseguinte, fornecer

subsídios para planejar e introduzir políticas sociais apropriadas e/ou repensar as atuais, além de despertar nos profissionais da saúde o compromisso e a responsabilidade com essa questão⁶³.

O fumo, literalmente, tem como porta de entrada a boca, sendo por ela que todos os produtos químicos irão ter um contato inicial, o que faz a boca local dos primeiros danos ocasionados pelo fumo^{6,34,50,58,70,80,89,97}. Por conseguinte, além de outras partes do corpo, a boca também seria lugar de grande impacto para que os indivíduos reconhecessem os prejuízos advindos do uso do cigarro e as repercussões desses problemas na dinâmica social.

Contudo, conhecer o problema do tabagismo na perspectiva do senso comum, com o propósito de promover a aproximação da complexidade e da diversidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, constitui-se em um desafio que buscamos alcançar. Consideramos que as implicações que cercam o hábito são diversas, e que o presente estudo poderá ser um começo de tantos outros que poderão ser realizados.

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é conhecer os significados do tabagismo construídos na dinâmica social. Partimos, para isso, do pressuposto de que, conhecendo tais significados, será possível compreender as repercussões psicossociais do hábito e o conhecimento socialmente elaborado a respeito do tabagismo e dos agravos à saúde, em especial, à saúde bucal.

Capítulo 1

A busca dos significados que circulam, se modificam e se transformam: a Teoria das Representações Sociais como marco teórico-conceitual

Vincent Van Gogh



"O que será, que será?
Que vive nas idéias desses
amantes?
Que cantam os poetas mais
delirantes?
Que juram os profetas
embriagados?"

Chico Buarque

Capítulo 1

A busca dos significados que circulam, se modificam e se transformam: a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico-conceitual

Pensar, compreender, construir significados e sentidos, representar. Nas pinturas do homem primitivo, na escrita dos povos da Antiguidade, na Arquitetura, na Literatura, no Cinema, na Política, na Economia, o homem sempre buscou entender os acontecimentos e fenômenos sociais à sua volta, explicando-os e representando-os de formas diferentes, de acordo com o conhecimento e os valores de cada época.

Os fenômenos que surgem no campo da saúde, por fazerem parte do cotidiano social, também são revestidos de significados que circulam, se modificam e se transformam, assumindo representações diferentes, de acordo com o âmbito sociocultural dos atores. As experiências do cotidiano, suas normas e seus valores, irão contribuir para que, através da comunicação, conhecimentos, imagens e atitudes apareçam no pensamento coletivo e colaborem para que o processo saúde-doença seja melhor compreendido e enfrentado.

Por conseguinte, assim como outros problemas de saúde, aqueles decorrentes do tabagismo possuem fortes raízes culturais, sociais e econômicas, que só podem ser suficientemente compreendidas e explicadas quando seus portadores são ouvidos e suas opiniões são tomadas em consideração. Ao observar as percepções das pessoas, busca-se

superar o julgamento exclusivo do profissional, reconhecendo a legitimidade do senso comum, o que dá a possibilidade de serem acessados conjuntos de sentidos e significados, através dos quais as pessoas/grupos sociais se organizam e atuam.

Nessa perspectiva, evidenciamos que os indivíduos e os grupos não se limitam a receber e processar informações, pois são também construtores de significados e teorizam a realidade social¹⁰⁴. Entretanto, como se constrói um mundo significante? Como é construído o pensamento social?

É buscando responder essas e outras questões que Serge Moscovici, no início da década de sessenta, desenvolveu o conceito de representações sociais. O surgimento da Teoria das Representações Sociais ocorreu com a publicação da obra *La psicinayse: son image et son public*, constituindo-se uma nova área de interesse da Psicologia Social, em contraposição à Psicologia Clássica vigente, que negligenciava a capacidade criativa do homem e sua participação na produção da história e dos sistemas simbólicos e sociais.

A elaboração do conceito de representação social tem como precursor o conceito de representações coletivas, de Emile Durkheim, que tenta explicar uma multiplicidade de fenômenos sociais, como crenças, atitudes e mitos. Para este autor, a vida social era essencialmente formada de representações, que, apesar de serem comparáveis às representações individuais, são radicalmente distintas. Segundo ele, as representações coletivas têm suas leis próprias e pertencem a uma outra natureza, que é diferente do pensamento individual, exercendo uma coerção sobre o indivíduo. Essa dicotomia entre o social e o individual, sendo o social estático e impermeável à instabilidade das mudanças individuais, é que tornou apagado o conceito de Durkheim no mundo científico⁷².

Ao propor a Teoria das Representações Sociais, Moscovici⁶⁶ tem como objetivo compreender as formas de racionalidade existentes na vida cotidiana. Contudo, a mudança semântica de representação coletiva para social, se justifica pelo fato de que qualquer coisa de individual pode tornar-se social, ou vice-versa, e esta se forma na heterogeneidade dos indivíduos e dos grupos, não sendo homogênea, e sim partilhada na heterogeneidade da desigualdade social, o que não era possível segundo a idéia durkheimiana. As representações sociais seriam, portanto, uma forma de conhecimento particular, relacionada à comunicação, à interação social e à socialização, situada entre o social e o psicológico, delimitada no campo de ação do cotidiano.

Segundo Moscovici⁶⁶, as representações sociais são um conjunto de conceitos, explicações e proposições construídas nas relações interpessoais ocorridas no dia-a-dia, os quais levam os indivíduos a produzir comportamentos, que, como elementos culturais, vão sendo assimilados e concorrendo para a construção de uma concepção comum de mundo que servirá de guia para a prática social.

Após Moscovici, muitos outros pesquisadores contribuíram para desenvolver e ampliar o conceito de representação social. Para Jodelet⁴⁸, *“é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, que tem objetivos práticos e contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social”*. Wagner¹⁰⁶, por sua vez, afirma que *“este tipo de conhecimento é um conjunto de crenças, imagens, metáforas e símbolos compartilhados coletivamente por um grupo, uma comunidade, sociedade ou cultura”*.

Destas colocações, infere-se que as representações sociais podem ser imaginadas como um elo entre o individual e o social, representando o dinamismo do homem moderno. Além disso, essas representações objetivam a diferenciação entre os universos consensuais e reificados. Segundo Sá⁸⁷, o universo reificado é o saber científico formalmente elaborado, enquanto o universo consensual se caracteriza pela construção estabelecida nas interações sociais cotidianas, o território do senso comum, sendo o domínio das representações sociais.

Estas, porém, não são simplesmente uma reprodução ou reação aos estímulos exteriores. Representar um objeto não consiste apenas em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, e sim reconstruí-lo, retocá-lo e modificá-lo⁶⁷. Essa reconstrução dá-se a partir de conhecimentos prévios, decompondo-se os novos conhecimentos e os reorganizando de forma a torná-los possíveis de ser incorporados ao seu referencial, e assumir suas funções no cotidiano.

Tal reorganização absorve os novos conteúdos, não de um modo uniforme e compacto, mas identificando pontos de concordância com os referentes, modelando o dado externo por meio da interação social, remanejando estruturas, redefinindo elementos e reconstruindo um contexto socioafetivo e cognitivo, no qual é produzido e produz⁴⁸.

Antes do advento da Teoria das Representações Sociais, o pensamento das massas, frequentemente denominado “senso comum”, era considerado como um conhecimento inconsistente, confuso, desarticulado e fragmentado, situando-se no pólo oposto ao do conhecimento científico e sendo considerado inferior. Entretanto, como ressalta Nóbrega⁷², as

representações sociais são conhecimentos que não se contrapõem ao saber científico. Antes são mas uma forma de saber, que, como todas as outras, diferencia-se pelos modos de elaborações e funções a que se destina.

Assim, torna-se pertinente salientar que as representações sociais são produzidas pelas interações e comunicações no interior dos grupos sociais, refletindo a situação dos indivíduos, no que diz respeito aos assuntos que são objetos do seu cotidiano. Em consequência, essas representações, possuem quatro funções: formação de condutas, que possibilita aos indivíduos orientar-se no meio-ambiente social, material e o dominar; orientação às comunicações sociais, assegurando a comunicação entre os membros de uma comunidade através de códigos que permitem nomear e classificar as partes do seu mundo e de sua história, seja ela individual ou coletiva; uma função identitária, que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade; e, finalmente, uma função justificadora, que possibilita aos atores manter ou reforçar os comportamentos de diferenciação social, nas relações entre grupos¹. Identificar tais funções em um estudo de representações torna-se essencial para a explicação dos comportamentos e das relações sociais.

Nesse ponto de reflexão, destacamos a complementação elaborada por Abric² à teoria de Moscovici, que foi chamada de Teoria do Núcleo Central, também conhecida como abordagem estrutural das representações sociais. Esta abordagem indica que a representação social possui uma organização com características específicas e uma hierarquização dos elementos, os quais compõem dois sistemas: o sistema central e o sistema periférico.

O sistema central, ou núcleo central, é rígido, coerente, estável, consensual, definindo a homogeneidade do grupo, e está ligado à memória coletiva deste, sendo constituído de um ou mais elementos que dão à representação um significado. A função desse sistema é garantir a continuidade da representação.

Já os elementos periféricos são mais flexíveis, mudam e, sendo sensíveis ao contexto, estão diretamente relacionados às experiências individuais. É neles que se manifesta a heterogeneidade do grupo. As suas funções são adaptar a representação ao contexto e proteger o núcleo central².

Um aspecto que se torna evidente é que as representações sociais podem incluir diferenças individuais, ao mesmo tempo que se encontram organizadas em torno de um

elemento central coletivamente compartilhado. Segundo Abric⁴, o conhecimento simples do conteúdo de uma representação não é suficiente para defini-la, sendo necessário identificar os elementos centrais, ou seja, o núcleo central que dá à representação sua significação, determinando os laços que unem entre si os elementos do conteúdo e que regem sua evolução e transformação.

Ainda sobre o núcleo central, enfatizamos que, em torno deste, se organizam os elementos periféricos da representação. Esse núcleo tem uma função geradora e outra organizadora, ou seja, ele é o elemento pelo qual se cria, ou se transforma, a significação dos outros elementos constitutivos da representação. É através dele que os demais elementos tomam um sentido e ele é determinado, em parte, pela natureza do objeto representado e, em parte, pela relação que o sujeito ou o grupo mantêm com tal objeto. O núcleo central é, assim, determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas, e marcado pela memória coletiva do grupo, bem como pelo sistema de normas⁸⁷.

Nesta pesquisa, buscamos apreender os aspectos psicossociais relacionados ao tabagismo e as doenças bucais, e escolhemos a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico, através de sua abordagem estrutural, por ser possível conhecer fenômenos socioculturais e históricos que se manifestam nas interações sociais e apreender os conhecimentos socialmente elaborados e compartilhados acerca do tabagismo e suas implicações na vida cotidiana.

As experiências com a saúde-doença são propriedades do senso comum e estão inseridas nos mais diversos contextos sociais, contribuindo para a construção das representações que circulam em suas realidades de vidas e valores compartilhados, e que foi estruturado a partir do conhecimento circulante no interior do grupo social.

Ressaltamos que, no processo de construção das representações sociais, encontram-se presentes três dimensões: a atitude ou o posicionamento dos sujeitos frente ao objeto de estudo, no caso, o tabagismo; o conhecimento ou informação; e as imagens. Dentro desse processo, a compreensão das representações sociais sobre o tabagismo possibilita não apenas identificar o conhecimento sobre este, mas também comportamentos e atitudes da sociedade frente ao fumante.

A possibilidade de estudar o processo de interação social, em especial a comunicação, aponta o caráter interdisciplinar das representações sociais, que tem subsidiado

teoricamente estudos nas mais diversas áreas do conhecimento, contribuindo para uma compreensão ampla e aprofundada dos problemas.

Um aspecto que se torna evidente é que o estudo dessas representações, se caracteriza como um esforço para superar a fragmentação, o reducionismo e o a-historicismo que marcou as construções teóricas de diversas disciplinas e, até hoje, fazem sentir seus resquícios, onde o homem era visto esvaziado de si, de seu afetos, de suas vivências, de sua cultura e de suas emoções. A abordagem das representações, ao contrário, resgata a complexidade, assumindo a perspectiva dinâmica, articulada à história e às emoções humanas⁵⁷.

Neste sentido, o conhecimento social sobre o tabaco e os seus efeitos é constituído por um sistema de representações sociais que circulam entre os indivíduos e que desempenham uma função reguladora nas suas opiniões, atitudes, comportamentos e emoções. Estas estruturas de saber comum, que precisam ser conhecidas, integram não só os significados de natureza social e cultural que estão associados a este comportamento, como também a acumulação de evidência científica e médica sobre seus efeitos na saúde.

Isto implica romper com a restrita visão técnica e individualista das causas do processo saúde-doença, o que possibilita o desenvolvimento de ações de promoção à saúde mais efetivas e, conseqüentemente, a elaboração de estratégias que possibilitem modificar o quadro de desigualdades de saúde no País. Mesmo quando se reconhece a complexidade do hábito de fumar e da relação com a saúde e a sua dependência de múltiplos fatores, o tabagismo continua a conter o sintoma de comunicação superficial, sendo importante questionar o lugar e o sentido que ocupa no pensamento cotidiano⁶⁹.

Capítulo 2

Tabagismo, hábito do mundo: história e representações



Pierre-Auguste Renoir

“A história é êmula do tempo,
repositório dos fatos,
testemunha do passado,
exemplo do presente,
advertência do futuro.”

Miguel de Cervantes

Capítulo 2

Tabagismo, hábito do mundo: história e representações

O tabagismo, hábito de aspirar fumaça proveniente da queima do tabaco, foi incorporado de diversos modos e em escala crescente a diferentes culturas. Entretanto, sempre cercado de controvérsias, ele foi alvo de discriminação, restrições e proibições, o que contribui para tornar fascinante sua história.

Ao se escrever a respeito da história do tabaco, pensa-se a historicidade e, nela, os limites impostos pela maneira como os homens deram sentido ao hábito de fumar, e como fatos históricos mudaram este sentido. Nesse enfoque, deve-se buscar a compreensão de como as percepções acerca do estar no mundo mudaram e, por se tratar dos homens organizados em sociedades, não há como negar que a história se processa com seres que têm intenções, finalidades, escolhas, desejos, sonhos, e que lidam também, função disso, com a contingência, o acaso e o cotidiano¹⁹.

Assim, a história não é construída numa evolução linear, mas por desvios, que decorrem de inovações ou de criações, acontecimentos ou acidentes externos. A transformação interna começa a partir de criações inicialmente locais e quase microscópicas, efetuando-se primeiramente em meio restrito a alguns indivíduos e surgindo como desvios em relação à normalidade. Se o desvio não for eliminado pode paralisar a regulação que o

reprimia, para, em seguida, proliferar de modo epidêmico, desenvolver-se, propagar-se e tornar-se tendência cada vez mais poderosa, produzindo a nova normalidade⁶⁵.

Por conseguinte, compreender a história do tabagismo é algo peculiar, devido ao caráter incerto advindo do misto de ser estrutural e factual, de querer ser objetiva e não poder sê-lo, de almejar reviver o passado e só poder reconstruí-lo. Em qualquer estudo histórico, essas clivagens e angústias permanecem, e a abordagem das representações sociais acarreta o mesmo tipo de dificuldades, mesclando-se, por vezes, com o desejo de ultrapassar as ambigüidades que fundamentam a metodologia histórica¹⁹.

Mesmo conhecendo essas limitações, destacam-se aqui recortes históricos das visões sociais e individuais, com o objetivo de compreender os diferentes contextos e concepções, que vão desde a descoberta da planta no Novo Mundo às atuais políticas de prevenção e controle propostas pelos órgãos da saúde, e que contribuem para entender as representações sociais do tabagismo na atualidade.

Segundo Moscovici⁶⁶, as representações sociais são um conjunto de conceitos, explicações e proposições, construídas nas relações interpessoais ocorridas no dia-a-dia, as quais levam os indivíduos a produzir comportamentos. Elas se formam e se reconstróem dentro do contexto social, no qual estão presentes crenças, valores, costumes, etc. Estes elementos culturais vão sendo assimilados pelos indivíduos e vão concorrendo para a construção de uma concepção comum que servirá de guia para a prática social.

Neste sentido, o conhecimento social sobre o tabaco é constituído por um sistema de representações sociais que circulam entre os indivíduos e que desempenham uma função reguladora nas suas opiniões, atitudes e comportamentos, além de construírem e reconstruírem a partir de valores e crenças diferentes, de acordo com o momento histórico e a cultura de cada grupo social.

2.1. O conflito cultural e a sociogênese das representações sociais

Abordar uma dimensão pouco explorada das representações sociais, a sua sociogênese, é essencial para se compreender a história do tabagismo, mostrando que os objetos sociais “nascem” e evoluem, adquirem feições e funções diferentes, segundo suas origens e suas destinações²⁰.

Ao analisarmos as representações sociais de estruturas e eventos sociais, devemos considerar o fato destas serem mais recentes em importância histórica e de atingirem uma população mais restrita, à semelhança do que ocorrem no início da história do tabaco. Estas representações são diacronicamente menos estáveis e sincronicamente menos válidas, pois são compartilhadas por grupos menores de pessoas. Além do mais, são produto de um processo explícito de avaliação social de pessoas, grupos e fenômenos sociais, sendo característicos desse campo os conflitos sociais¹⁰⁷.

Achados arqueológicos revelaram que, por volta de 6000 a.C., já existia tabaco nas Américas. No entanto, apenas em 1000 a.C., os povos da América, provavelmente a Civilização Maia da América Central, começam a usar a planta para fumar e mascar, tendo o seu uso sido adotado gradualmente por civilizações da América Central, e na maior parte da América do Norte e da América do Sul. O fumo fazia parte do cotidiano dos nativos da América e sua representação estava relacionada às crenças destes povos. A fumaça do tabaco fazia parte dos rituais sagrados e tinha como função diagnosticar e curar doenças, além de expulsar os espíritos demoníacos³⁶.

O conflito social que engendra a sociogênese das representações sociais do tabaco ocorre entre esses povos que habitavam a América na época do seu descobrimento e os europeus. Nessa época, a Europa se deparava com hábitos incomuns que foram motivos de comentários, como andar sem roupas, pintar o corpo e também aspirar fumaça. E esse sistema de comunicação coletiva será a base para a construção de uma representação social. Assim, faz-se necessário compreender a dinâmica social e a cultura europeia daquele tempo, para entender de que forma os europeus receberam este hábito tão estranho.

O início da Idade Moderna na Europa tem como principais marcos a formação dos Estados Nacionais Modernos, o Renascimento Cultural, a Expansão Marítima e o desenvolvimento das cidades e do comércio. A expansão do comércio marítimo com a África e a Ásia, e a descoberta de novos territórios conduzem a um intenso processo de produção e transferência de riquezas para a Europa. E para dar continuidade a esse processo, as monarquias nacionais europeias fundam companhias mercantis, estabelecem o monopólio comercial e iniciam uma política de colonização. É neste contexto que o mundo começa a conhecer o tabaco²⁵.

No século XV, mais precisamente em 1492, Cristóvão Colombo descobre a América. Uma vez chegado ao Novo Mundo, o primeiro descobrimento foi a planta indígena. Entretanto, o contato com o tabaco, ou o seu descobrimento, não foi feito por Colombo, e sim por um simples marinheiro chamado Rodrigo de Jeres, que foi enviado à terra a fim de procurar ouro. De Jeres não voltou com pepitas, mas com uma novidade: tinha encontrado a terra dos homens-chaminé. Sendo o hábito de fumar desconhecido para Rodrigo de Jeres, este associou o fato a um elemento conhecido, no caso uma chaminé, para poder representar a imagem dos índios fumando⁴⁴.

A sociogênese das representações de fatos sociais tem como referências objetos mais transitórios no tempo e mais restritos no espaço, através de uma ruptura nos fatos ou relações cotidianas. As mudanças nas rotinas cotidianas, provocando um estranhamento do que era familiar ou não-familiar, é que possibilitam a construção das representações sociais. Foi isso que aconteceu com Rodrigo de Jeres no contato com os indígenas²⁰.

Para Wagner¹⁰⁶, o processo de sociogênese tem várias etapas. A princípio, ele se constitui a partir de um fenômeno desconhecido ou de uma situação conflituosa, responsável pela alteração da prática grupal, gerando conflitos entre grupos. Este fenômeno converte-se num objeto relevante para o grupo. Inicia-se, então, um processo de comunicação pública e coletiva, como forma de adaptação simbólica e prática do grupo, frente às novas representações sociais, que buscam dar conta de um conhecimento representacional, específico da maioria dos membros individuais do grupo. Esse conhecimento comum implica uma identidade social comum, que é uma pré-condição necessária aos grupos reflexivos.

Um conflito social interessante, que pode ilustrar essa idéia, foi relatado pelo Conde Corti, em *A history of smoking* e também aconteceu com Rodrigo de Jeres, ao voltar para a Espanha. Segundo ele, o marinheiro fez uma demonstração pública do ato de fumar, com entrada gratuita, à luz do dia. Mas, depois de ver De Jeres soltando fumaça sem se queimar, os espanhóis convenceram-se de que o Diabo havia se apossado do seu corpo. A cúria da paróquia o denunciou ao Santo Ofício, e ele foi sentenciado a passar vários anos em uma prisão de Sevilha. Para sua surpresa, quando voltou para casa, após cumprir sua sentença, descobriu que todos os seus patrícios fumavam⁴⁴.

De tal modo, sendo uma representação social a organização da imagem e da linguagem, ela realça e simboliza atos e situações que nos tornam comuns. Logo, os

espanhóis, influenciados pelas idéias e religiosidade católicas, que caracterizavam a Europa, representaram a imagem de Rodrigo de Jeres como sendo uma influência diabólica e que merecia punição. Segundo Moscovici⁶⁶, diante de uma nova situação de interação social, as representações sociais se formam a partir de associações, remanejamento das estruturas e elementos, numa verdadeira reconstrução do dado, no contexto dos valores, das noções e das regras da sociedade.

Neste ponto de reflexão, destacamos os conceitos de objetivação e ancoragem, que são essenciais para compreender a construção das representações sociais. Os referidos processos mantêm uma relação dialética, combinando-se entre si, para haver inteligibilidade da realidade, da qual resulta um conhecimento prático e funcional, a partir da produção de um conhecimento social, responsável pelo início das relações e situações envolvidas na vida cotidiana.

A objetivação é a forma como se organizam os elementos constituintes da representação e o percurso através do qual estes elementos adquirem materialidade e tornam-se expressões de uma realidade pensada como natural. Segundo Vala¹⁰⁴, analisar o processo de objetivação consiste em identificar os elementos que dão sentido a um objeto, a sua seleção de um conjunto mais vasto de conceitos, as relações entre tais conceitos, a sua figuração e as modalidades que assume a sua naturalização.

A ancoragem, por sua vez, refere-se aos processos através dos quais o não-familiar se torna familiar e uma representação se torna um elemento organizador das relações sociais. Assim, a ancoragem precede a objetivação, por um lado, enquanto, por outro, se situa na seqüência da objetivação¹⁰⁴.

Provavelmente os elementos importantes para tornar o tabagismo como algo familiar e natural, contribuindo para os processos de objetivação e ancoragem foram, além da própria curiosidade humana e a fascinação pela produção de fumaça, o prazer e a satisfação que este hábito propicia ao ser humano, além da capacidade de gerar dependência e a vinculação à cura de doenças, que era uma representação comum nessa época.

2.2. Tabaco: o remédio para todas as doenças

A representação do tabaco como erva poderosa capaz de curar doenças não era exclusividade dos povos da América Central. Esse conhecimento também foi socialmente construído por alguns grupos que passaram a consumir a erva. Determinados acontecimentos elucidam essa associação.

No Brasil, na época do descobrimento, o fumo fazia parte dos rituais indígenas das tribos que entraram em contato com os portugueses. Segundo os relatos dos marujos de Pedro Álvares Cabral, a fumaça obtida a partir da queima das folhas era considerada a materialização milagrosa do hálito dos pajés. Alguns marinheiros da esquadra de Cabral levaram os seus pedaços de fumo para a Europa. Muitos usavam para pulverizar o pó sobre as feridas, pois conheceram com os índios o poder cicatrizante do tabaco; outros preferiam fumar para diminuir o tédio da viagem marítima⁹³.

Por volta de 1550, o poder curativo da planta trazida da Colônia por Luís de Góis, um donatário que viera ao Brasil em 1530, na expedição de Martin Afonso de Souza, chega a Portugal. Por suas propriedades medicinais e aspecto exótico, o tabaco foi plantado nos jardins da Infanta D. Maria e logo passou a ser chamado de “Erva Santa” ou “Erva das Índias”, capaz de curar dores de cabeça, males do estômago, úlceras cancerosas, gengivites, fistulas, além de outras doenças, sendo cultivado pela Farmácia Real em Lisboa⁸⁵.

Incomodados com a existência de um medicamento natural tão poderoso, que escapava totalmente à descrição de suas anotações, grupos de “físicos”, os médicos da época, optaram por uma estratégia científica pouco ortodoxa: puseram-se a escrever tratados sobre o fumo, mesmo sem jamais terem visto uma folha de tabaco. E, assim, rapidamente surgiu toda uma literatura médica empenhada em provar que a “Erva Santa” podia curar nevralgias, dores de dente, pústulas, entre outros males. Naturalmente, surgiram aqueles contra essa tendência de transformar a farmácia em uma “botica de uma droga só” e a polêmica discussão entre tabagistas e antitabagistas, que já duram cinco séculos, começou⁹³.

Na França, o tabaco prosperou por influência da rainha Catarina de Médici, esposa de Henrique II. Esta tinha como embaixador, em Portugal, Jean Nicot, que enviou à sua rainha algumas sementes (*tabac de l’Amérique*) para que fossem plantadas, cultivadas e suas folhas

usadas como remédio para gargarejo, inalações e limpeza dos dentes. Nicot chamou o tabaco de “Planta Sagrada”. Mas na França ela foi chamada de “Erva da Rainha”, “Erva Medicéia” ou “Catarinária”. Em troca, o tabaco recompensou-o: hoje ninguém conhece Jean Nicot como filólogo, mas como aquele que deu o nome científico à planta do tabaco, *Nicotiana tabacum*, e é a nicotina o alcalóide que lhe confere o valor de droga e, por ironia, é também a substância que suja os dedos e dentes quando se fuma⁴⁴.

Em 1571, o físico de Sevilha Nicolas Monardes exaltou as virtudes e grandezas da “Erva Sagrada” e sua importância para as necessidades humanas, pois esta era capaz de curar doenças e expulsar os demônios, além de reduzir a indisposição e ajudar a relaxar. Monardes também descreveu a erva como remédio para os sintomas de uma doença trazida do Novo Mundo para a Europa, a sífilis. Girolamo Fracastoro, em 1530, criou o termo sífilis e achava que se os germes podiam espalhar doenças através do ar, talvez o fumo pudesse curá-las³⁶.

Cabe aqui abordar as funções das representações sociais: contribuir com os processos de formação de condutas; orientar as comunicações sociais; a função identitária, que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade; e, por fim, a função justificadora, que possibilita aos atores manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social, nas relações entre grupos⁷².

A função de orientar as comunicações sociais pode ser ilustrada pela presença do tabaco no Sri Lanka. Segundo Infante⁴⁴, os portugueses introduziram nesse país o tabaco como remédio para o Beribéri e lá a população local chamava o tabaco de *Biri* ou *Bidi*. A pelagra não tinha nada a ver com o fumo, pois é causada por uma nutrição deficiente, mas isso só seria descoberto em 1911, pelo químico polonês Casimir Funk, que descobriu na casca do arroz um fator “anti-beriberi”, que hoje sabemos ser a vitamina B6 ou niacinamida. Como a substância era uma amina, Funk a denominou de "vital amin" (ou amina vital), que acabou sendo abreviada para "vitamina", e que é o nome que hoje se utiliza para essa classe de substâncias (apesar de que se descobriu depois que a maioria delas não são aminas).

A representação do tabaco como um medicamento poderoso permaneceu por muitos anos até que as observações médicas e as descobertas científicas provassem o contrário, o que fez com que as representações sociais do tabagismo sofressem mudanças que até hoje permeiam a comunicação social.

2.3. A expansão e a sofisticação do uso do tabaco

Após o primeiro contato do mundo civilizado com o tabaco, no final do século XV e início do XVI, a planta chega à Europa por quatro caminhos: Espanha, Portugal, França e Inglaterra. E, desses quatro países, o hábito ganha o mundo.

Na Europa, o tabaco se espalhou rapidamente. Após cinquenta anos da sua chegada, praticamente se fumava em todo continente, fossem pobres ou ricos, homens, mulheres ou crianças, todos fumavam. Além do mais, o contexto da política econômica também foi alterado, pois o tabaco tornou-se a maior fonte de renda dos cofres públicos^{87,93}.

Através da colonização européia da América, baseada na exploração e na mão-de-obra de escravos africanos, no século XVI, os espanhóis e portugueses levam o tabaco ao leste da África, de onde depois se expande para o centro e para oeste do continente. E fumar passa a ser mais um dos costumes a ser incorporado pelos povos africanos a partir do imperialismo das nações européias⁵⁶.

O desenvolvimento do comércio no mundo permite a expansão do tabagismo para os demais continentes, por meio das rotas do século XVII. O tabaco, que antes era comercializado na América, Europa e África, é levado para a Ásia e depois para a Oceania, e o mundo todo passa a conhecer o prazer de fumar. Todavia, apesar do hábito tornar-se socialmente aceito, até o século XIX, se uma mulher era vista fumando significava atrevimento e disponibilidade sexual. Segundo relatos históricos, a primeira mulher a fumar em público foi a Baronesa de Dudevant, esposa do compositor Frederic Chopin^{36,56}.

O tabaco foi consumido de diversas formas, sofisticando-se com o tempo. A princípio, a forma mais comum de consumi-lo foi com o cachimbo, tendo este predominado por quase três séculos. Utilizaram-se praticamente todos os tipos de materiais para fabricar cachimbos, como metais, marfim, cerâmica, dentre outros. Havia cachimbos caríssimos, sendo os mais célebres de propriedades de reis e nobres.

O cachimbo surge da adaptação do objeto tradicionalmente usado pelos índios norte-americanos, que aspiravam a fumaça pelo nariz, através de tubos em forma de Y. Sir Walter Raleigh trouxe o hábito da Virgínia, colônia britânica que mais tarde passaram a fazer parte

dos Estados Unidos, para a Inglaterra e, a partir daí, o cachimbo se incorpora à imagem típica do inglês⁹³.

Impulsionado por Frederico Guilherme, o cachimbo difundiu-se na Prússia, no século XVII, a ponto de, em sua corte, ser fundado o *Tabak Collegium*, onde diariamente, ministros, generais, políticos e literatos discutiam, propunham e assinavam decretos, sentados em torno de uma imensa mesa, chupando cachimbos com hastes de meio metro ou mais⁸⁵.

Segundo Jodelet⁴⁸, a necessidade de nos ajustarmos ao mundo em nossa volta, como nesta época na Prússia, faz com que procuremos saber como nos comportar, como dominá-lo física ou intelectualmente, identificar e resolver os problemas que se apresentam. Para isso, criamos representações. Partilhamos este mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. As representações sociais nos guiam no modo de nomear e definir diferentes aspectos da realidade, e no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles.

Com o tempo, outras formas de consumir tabaco foram criadas. A partir do século XVIII, espalhou-se a mania de aspirar rapé. O hábito de cheirar tabaco estava se popularizando e, ao mesmo tempo, tornando-se artigo de luxo e moda nos salões, reinando por 200 anos. O pó finíssimo das folhas torradas e moídas era servido em ricas caixinhas de metal e porcelana, trabalhadas com ouro e pedras preciosas. E este era comportamento de diferenciação social determinado pelo sistema de valores e normas da época, e essa prática nos remete às funções identitária e justificadora das representações sociais^{3,36}.

Não demorou muito para que as nações envolvidas com o consumo e a produção de fumo descobrissem que ele estava se tornando um negócio muito lucrativo, capaz de pesar na balança comercial dos países produtores e distribuidores. Os lucros obtidos através do comércio não paravam de crescer e as divisas geradas pelos impostos eram cada vez maiores. Os Estados Unidos, por exemplo, introduziram uma taxa ao tabaco para ajudar a financiar a Guerra Civil Americana, em 1776. As palavras do Presidente George Washington corroboram essa afirmação: “*I say, if you can't send money, send tobacco*” – “Eu digo, se você não pode enviar dinheiro, envie tabaco”⁵⁶.

Assim, o tabaco logo passa a ser representado como sinônimo de riqueza e cobiçado pela burguesia. Segundo alguns relatos, em sua festa de casamento com Maria Luiza,

Napoleão Bonaparte ficou impressionado com a exuberância dos trajes e jóias de uma senhora desconhecida, que ofuscava até mesmo a rainha. Curioso, perguntou quem era, e se surpreendeu quando lhe responderam que era uma burguesa, esposa de um riquíssimo fabricante de tabaco. O Imperador, grande estrategista e administrador, passou para as mãos do Estado o monopólio da comercialização do tabaco, pois uma fonte tão espetacular de lucro não poderia ficar apenas nas mãos de particulares⁹³.

As representações sociais, como essa construída por Napoleão, são produtos e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade. Como fenômenos cognitivos, essas representações envolvem a pertença social dos indivíduos, suas implicações afetivas e normativas com as interiorizações de experiências, práticas, modelos de condutas e pensamentos, socialmente elaborados ou transmitidos através da comunicação social⁴⁸.

Uma forma de consumir tabaco e que sempre foi representada como sinônimo de elevado *status* econômico-social, vinculada à fama e riqueza, sendo símbolo de bom gosto e sofisticação, foi o charuto, que teve seu apogeu nos séculos XIX e XX. Em dezembro de 1983, um fato curioso confirma esse vínculo. O anúncio de página inteira da revista *Variety*, chamava a atenção para o "primeiro leilão do gênero - uma coleção de charutos cubanos produzidos há muitos anos". Pela primeira vez, desde que os Estados Unidos decretaram o embargo de Cuba, em 1960, os nova-iorquinos poderiam adquirir, legalmente, charutos cubanos. O *New York Times* noticiou o fato com um título de primeira página "Leilão de charutos cubanos atrai compradores", fez um relato do evento, com uma foto na qual se mostrava a sala de leilões, com muitas pessoas em pé. O preço estimado no catálogo pelos leiloeiros esperava conseguir de dois a doze dólares por charuto. Mas o lance que venceu a concorrência de 700 pessoas foi de 84 dólares⁴⁴.

O cigarro surgiu em meados do século XIX. Como relata Rosemberg⁸⁵, na Espanha, muitos anos antes, já se fumava tabaco enrolado em papel, que era chamado "papelete". Paris foi invadida pelo cigarro em 1860. Nos Estados Unidos, houve verdadeira explosão do cigarro na década de 1880, quando se inventou uma máquina que produzia duzentas unidades por minuto. O cigarro teve uma maior expansão, por ser mais econômico, mais cômodo de carregar e usar do que o charuto ou o cachimbo, tornando-se um dos maiores fenômenos de transculturação do mundo. A primeira expansão mundial ocorreu com a Primeira Guerra

Mundial, sendo, no entanto, sua difusão praticamente no sexo masculino. A difusão entre as mulheres cresce após a Segunda Guerra Mundial.

A invenção da máquina de fabricação de cigarros e a criação do cigarro contribuíram para aumentar em milhões o número de fumantes, enriquecendo os seus fabricantes. Este quadro foi alcançado através da vinculação que os fabricantes fizeram ao esporte, com realce da associação com a beleza, liberdade, sucesso e outros aspectos, transformando-o em um hábito familiar e objeto de desejo de milhões de pessoas, principalmente a partir da década de 50, quando se desenvolveram as técnicas de publicidade⁵⁶.

Todas as formas de consumo de tabaco foram representadas nos diversos ramos da manifestação cultural: do Teatro à Escultura, da Pintura ao Cinema. Por exemplo, em 1650, o “Balé do Tabaco”, na Corte de Savoia. Moliere, na peça “Don Juan” (1665), logo no primeiro ato faz referência ao tabaco. Na música erudita, Bach escreve *Die tabakpfeifer* (1720). As óperas “Carmen de Bizet” e a “Secreto de Susana”, de Wolf-Ferrari, contêm temas sobre tabaco. Trataram do tabaco, poetas como Baudelaire, Fernando Pessoa e Augusto dos Anjos, além de muitos outros. Na literatura de ficção, autores como Thomas Mann, Ítalo Suevo, Dom Franke e Graciliano Ramos abordaram o tabagismo como tema principal ou correlato. Inúmeros filmes utilizam o cigarro como elemento de uma trama incerta e nebulosa, no desenrolar da história, como “Casablanca”, de Michael Curtiz, e “O Grande Golpe”, de Stanley Kubrick. A Pintura focaliza o tabaco desde as tapeçarias de Flandres, as telas de Goya, Van Dik, Delacroix, e até os impressionistas e cubistas Renoir, Cézanne, Degas, Monet, Van Gogh, Picasso e tantos outros⁸⁵.

Em linhas gerais, traçamos o panorama de expansão e a sofisticação que o hábito alcançou, embora tenha havido aqueles que se opunham e buscavam formas de eliminar ou controlar o tabagismo, como veremos a seguir.

2.4. Os opositores do tabagismo

As representações sociais do tabagismo, enquanto formas de conhecimento, precisam ser entendidas a partir do contexto que as engendram e em relação à sua funcionalidade nas interações do cotidiano.

São as elaborações de um objeto socialmente valorizado que irão construir as representações sociais, sendo essa construção capaz de revelar a natureza contraditória da organização em que os atores sociais estão inseridos e conduzir a transformações sociais.

Seguindo esse raciocínio, surgem representações sociais a partir das elaborações de que o tabagismo é um hábito nocivo ao homem, e essa representação conduzirá a sociedade a buscar mudanças sobre os efeitos do tabaco. Tendo as representações sociais a função de orientação das condutas, começam a surgir alternativas de controle, como na Rússia, onde o tabaco foi proibido pelo primeiro Czar Romanov, e a pena de morte foi prescrita como cura para o hábito. Amurata IV, rei dos turcos, e o Xá da Pérsia chegaram a estabelecer penas para os fumantes que iam dos açoites, para transgressores primários, até o corte do nariz e a pena de morte, para os reincidentes³⁶.

Na obra “Work for chimney sweepers”, publicada, em 1601, por Philaretos, pseudônimo de um bispo chamado Hall, o tabaco é representado mais uma vez como invenção do Demônio. Já o inglês John Taylor garantia que o próprio Satanás havia ordenado a seus sequazes que propagassem o vício de fumar. Taylor citava um velho ditado da Idade Média, que advertia “Beba, e o Demônio fará o resto”, adaptando-o para “Fume, e o Demônio soprará o fumo”. Mas foi justamente na Inglaterra, que os clubes de fumantes mais proliferaram e, nessa época, Sam Slick disse: “Um homem se converte em filósofo no momento em que acende seu cachimbo”⁴⁴.

Em 1604, o rei da Inglaterra, James I, foi provavelmente o primeiro a divulgar os perigos provocados pelo tabagismo. Em “A counterblast to tobacco”, James I descreveu o hábito de fumar como um costume detestável para os olhos, odioso para o nariz, prejudicial ao cérebro, perigoso para os pulmões e sem fundamento, além de aumentar em 4000% o imposto sobre o tabaco. Contudo, esta imposição não impediu a sua expansão, de tal forma que, no ano de 1614, já existiam cerca de 7000 lojas de venda de tabaco na Inglaterra⁵⁶.

O rei James I era um homem tolerante, se compararmos aos monarcas do Oriente. Na Rússia, fumar foi considerado um delito moral, pois induzia à modorra e ao aturdimento. Então o Czar impôs um castigo corporal àqueles criminosos que ousassem fumar cachimbo. Para curar os pecadores, eram necessárias vinte chibatadas, e os reincidentes, conforme a lei, perdiam uma parte do lábio superior, o que transformava os fumantes em “portadores de lábio

leporino". Os que tinham sorte de ficar com o lábio intacto eram enviados para invernar na Sibéria⁴⁴.

Na Turquia, um mandatário otomano chamado Murad, o cruel, como era conhecido, decretou que fumar violava todos os princípios do Alcorão e, nos seus últimos cinco anos de reinado, 25 mil turcos foram odiados pelo seu amor ao fumo⁴⁴.

Na China, o tabaco foi introduzido por marinheiros espanhóis e por mercadores portugueses que operavam em Macau. Logo, fumar tornou-se um hábito, como tomar chá, para os chineses. O último imperador da dinastia Ming tentou proibir o uso do tabaco em 1641, uma proibição que não surtiu efeito nem mesmo na Cidade Proibida. Juntamente com a sua arte, os chineses passaram o vício aos japoneses e coreanos, e hoje a China produz e consome mais tabaco que qualquer outro país do mundo, com exceção dos Estados Unidos⁴⁴.

O tabaco chegou à Itália em 1561, por meio do Cardeal Prospero Santa Croce, que levou sementes fornecidas por Nicot. Foi cultivado no Vaticano, onde recebeu o nome de “Erva Santa” ou “Divina”. O cachimbo e o rapé eram comumente usados e a Catedral de São Pedro obscurecia-se durante as celebrações. Em Sevilha, havia padres que cachimbavam durante a missa⁽¹²⁾. Mas, em 1642, o Papa Urbano VIII promulgou uma bula ameaçando de excomunhão todos os fiéis que, durante o serviço religioso, fumassem “essa erva conhecida como tabaco”, tratando de acabar com o “abuso escandaloso da Casa do Senhor”. Condenou e proibiu que “todas as pessoas de qualquer sexo, seculares, eclesiásticos e todas as ordens religiosas usem tabaco tanto nos pórticos quanto no interior das igrejas, seja mascando-o, fumando-o ou inalando-o sob forma de pó. Em suma, usá-lo de qualquer modo ou maneira”. O que demonstra que fumar era um ato de fé católica⁴⁴.

De todas as restrições feitas ao hábito de fumar, talvez a motivada pelo argumento mais fora do comum tenha sido a adotada por Miguel Federovitz, Grão-Duque de Moscóvia. Depois de dois ou três incêndios que quase destruíram a capital do país, provocados por fumantes descuidados que dormiam com seus cachimbos acesos, o governante resolveu proibir a entrada e o uso do tabaco em todos os seus Estados, não por precauções morais ou de saúde pública, mas para preservar sua cidade, construída inteiramente de madeira⁹³.

Atualmente, os maiores opositores do tabaco são as instituições que cuidam e regulamentam as questões relacionadas à saúde das pessoas, que apontam o tabagismo como a maior causa evitável de mortalidade para este século.

2.5. O tabagismo como problema de saúde pública

O aumento do número de fumantes doentes chama atenção dos pesquisadores, que começam a fazer associações entre o fumo e diversas doenças. John Hill, em 1761, na Inglaterra, adverte os usuários de tabaco para o risco de desenvolver câncer de nariz e, em 1795, o pesquisador alemão Sammuell Thomas Von Soemmering relata casos de câncer de lábio em fumantes⁵⁶.

Entretanto, os primeiros estudos a comprovar que fumar causa câncer de pulmão e aumenta o risco de desenvolver doenças cardíacas foram realizados pelos epidemiologistas britânicos Richard Doll e Austin Bradford Hill, sendo publicados em 1950 e 1954 na *British Medical Journal*^{30,31}. Essas publicações deram bases à luta anti-tabagista contemporânea e foram as primeiras de muitas que vieram a transformar as representações do tabagismo. O fumo, que antes era representado como símbolo de vitalidade, modernidade e independência, passou a ser visto ambigualmente como sinônimo de morbidade e morte, e essas representações antagônicas serão marcantes a partir daqui.

Com o desenvolvimento das sociedades modernas e a ascensão do Capitalismo, os órgãos sociais começam a se interessar pelos perigos que ameaçam a vida, buscando a manutenção de um prazer saudável e produtivo, e o fim dos hábitos perigosos, na perspectiva do controle preventivo dos riscos de determinadas populações se desviarem das normalidades esperadas para um cidadão, caracterizando o início da “sociedade do risco” ou “sociedade de controle”. O objetivo passa a ser a gestão do risco, pelo controle do estilo de vida, passando a redução e eliminação do tabagismo a ser um desses objetivos⁶².

Dentro dessa linha de pensamento, o conceito de risco passa a envolver a sofisticação estatística e sua utilização a ser objeto do Estado, na ciência sanitária do Estado de Bem-Estar-Social e logo os riscos deixam de ser pessoais para se transformarem em perigos globais que ameaçam toda a humanidade⁹⁵.

Conseqüentemente, é necessário projetar o futuro a fim de organizar as ações do presente, monitorando constantemente a saúde, através de indicadores de qualidade e diagnósticos preventivos. A sociedade enquanto povo, suas características e estatísticas, foi

transformada em objeto de estudo, necessitando esse povo de ser rastreado, cartografado e analisado para que padrões de comportamentos repetitivos possam ser percebidos.

E como ciência, a Medicina tem papel fundamental neste processo. Impulsionada nos séculos XVIII e XIX, pela incorporação da tecnologia e os avanços nas pesquisas científicas, participa dessas relações de poder, caracterizando o fenômeno denominado “medicalização da sociedade”. A Medicina passou a ser um instrumento de controle social, que tem como objetivo o desaparecimento dos grandes surtos epidêmicos, a baixa taxa de morbidade e o aumento da duração média de vida, considerados problemas de saúde pública³³.

A ascensão dessa ciência baseada na prevenção torna todos potencialmente doentes. O adiamento da doença tem como preço a constante vigilância e gera discussões éticas sobre a perda da individualidade. O desenvolvimento da Biotecnologia e da Engenharia Genética tem nos mostrado os riscos a que estamos sujeitos por nossas características hereditárias, o que exige um esforço redobrado e constante para minimizá-los, a fim de evitar ou adiar uma doença e o surgimento veloz de novas tecnologias estimula a medicalização crescente. Logo, o tabagismo passa a ser um grande inimigo.

Entretanto, essa discussão só foi ampliada e tornou-se central, na história do tabaco, no início do século XX. Podemos destacar, durante esse século, três períodos diferentes do interesse da ciência pelo tabagismo.

No primeiro período, de 1850 – 1930, a principal preocupação era com a alegação da associação entre tabagismo e enfermidades gerais, tais como insanidade, paralisias, raquitismo, dentre outras, e o debate envolvia as questões de moderação e adulteração, além da moralidade em torno do fumo juvenil. Porém, alguns benefícios do fumo à saúde também eram destacados, como o alívio do *stress*.

A era clássica de 1930-1980 se caracteriza pelo estabelecimento das primeiras associações entre cigarro e o câncer, e a partir daqui esse tema permaneceu importante para o futuro dos fumantes e os futuros fumantes.

O terceiro período, a partir de 1980 até os dias atuais, pode ser caracterizado como a era do não-fumante, em que além da preocupação com os fumantes, ganha destaque a capacidade do tabagismo prejudicar aqueles que não fumam. E este passa a ser o mais forte

argumento das atuais campanhas antitabagistas, que se baseiam na proibição do hábito em áreas coletivas, sejam elas públicas ou privadas³⁶.

Por conseguinte, o tabagismo passou a ser visto como um fator de risco para diversas doenças, tanto para fumantes como não-fumantes, como o câncer de pulmão, de esôfago, de boca, tuberculose pulmonar, hipertensão arterial, degeneração miocárdica, dentre outras doenças que o colocam hoje como um problema de saúde pública. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o tabagismo provocará 4,9 milhões de mortes por ano, sendo a maior causa de morte prematura e evitável do mundo, em 2020¹⁰⁹. Para essa organização, a síndrome da tabaco-dependência constitui doença, incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID). O combate tem sido prioridade na maioria dos países desenvolvidos, através dos mais diversos programas de intervenção, que visam à redução da prevalência de fumantes e à prevenção a iniciação do hábito. As estratégias utilizadas para o controle do tabagismo se baseiam na propagação, que buscam modificar as representações sobre o tabagismo, através dos meios de comunicação.

Desde o início das sociedades modernas, os meios de comunicação contribuíram para a construção das representações sociais. Sempre em sintonia com o surgimento e consolidação das sociedades capitalistas modernas, esses meios desenvolveram-se de forma espantosa. Um dos traços do mundo contemporâneo é o fluxo de imagens e de conteúdos simbólicos, disponibilizados pelos meios de comunicação a um número cada vez maior de pessoas, e que, de certa maneira, contribuem para as relações sociais e a construção das representações.

Falar de representações sociais implica necessariamente falar de comunicação, pois é no processo de comunicação que as representações sociais são geradas e expressas. Segundo Moscovici⁶⁷, nós não podemos comunicar sem que partilhemos determinadas representações, e uma representação é compartilhada e entra na nossa herança social quando ela se torna objeto de interesse e de comunicação.

Há diferentes sistemas de comunicação que irão moldar diferenciadamente o pensamento social: a difusão, a propagação e a propaganda. A difusão é um processo no decurso do qual a transmissão das informações é feita do cientista (minoría) para uma maioria. Seu objetivo é criar um saber comum, dando margem para o surgimento de opiniões diversas. A propagação tem como característica a produção organizada da informação, feita

pelos membros do grupo, no sentido de propagar uma idéia, buscando acomodar o novo saber a princípios já estabelecidos, provocando atitudes precisas. E a propaganda é uma forma de comunicação que se insere em relações conflituosas, onde cada partido ou instituição busca impor a sua idéia através de estratégias de persuasão, manipulando o saber e formando estereótipo, com vistas a estabelecer a identidade do grupo.

Como podemos ver, o conhecimento das representações sociais veiculadas pelos meios de comunicação é de fundamental importância, tendo em vista que nos possibilita ter acesso a um conjunto de sentidos e significados que servem de referência para os indivíduos e grupos no seu processo de apreensão da realidade e nas suas práticas sociais.

Nos últimos tempos, as representações sociais do tabagismo sofreram grande influência da publicidade. As empresas do tabaco conhecem o valor da mídia e o controle que os meios de comunicação exercem sobre as pessoas, e estão sempre publicando novas campanhas associando o hábito à vitalidade, à prática de esportes, ao desejo sexual e à beleza, criando um estereótipo de fumante. Esta foi e é a principal estratégia utilizada pelas indústrias para aumentar a prevalência de fumantes.

Porém, recentemente, as instituições responsáveis pela saúde contra-atacaram, propagando os malefícios provocados pelo hábito. Em 1965, os Estados Unidos colocaram advertências nos maços de cigarro. Começaram a surgir locais onde o fumo passou a ser limitado às áreas restritas ou até proibido, como aconteceu em 1987, nos vôos com menos de duas horas das linhas aéreas americanas. Essas foram decisões legalizadas e copiadas em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil, e hoje, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, contribuem para que o tabagismo seja representado atualmente, pelo senso comum, como doença e um problema de saúde pública, como no estudo de Soares e colaboradores⁹².

Logo, procurar impedir a regulamentação das proibições à publicidade do tabagismo é uma prioridade das indústrias, pois essa medida é uma ameaça às vendas, apesar das companhias negarem publicamente a relação entre publicidade e prevalência do tabagismo. Além do mais, a indústria confunde a população, questionando fatos que a comunidade científica aborda como razões para o controle do tabagismo, como a relação do fumo com diversas doenças, a dependência provocada pela nicotina e o tabagismo passivo⁷⁶.

Contudo, vimos que os europeus tiveram o primeiro contato com o tabaco no descobrimento da América e, não muitos anos depois do descobrimento, riquezas mil nasceriam das folhas do tabaco. E no Novo e no Velho Mundo, gastaram-se fortunas com a sua compra, só para vê-lo transformar-se em fumaça.

Assim, paradoxalmente, ao mesmo tempo que o tabaco dissolveu barreiras sociais, ele também as respeitou, pois cada povo incorporou o hábito dentro da sua cultura, assumindo funções conforme os rituais e tradições locais. E, em um mundo largamente dividido por distâncias geográficas, costumes, *status* social e religiões, o fumo tornou-se uma prática comum e estimulou as interações sociais, configurando um dos maiores fenômenos de transculturação da história.

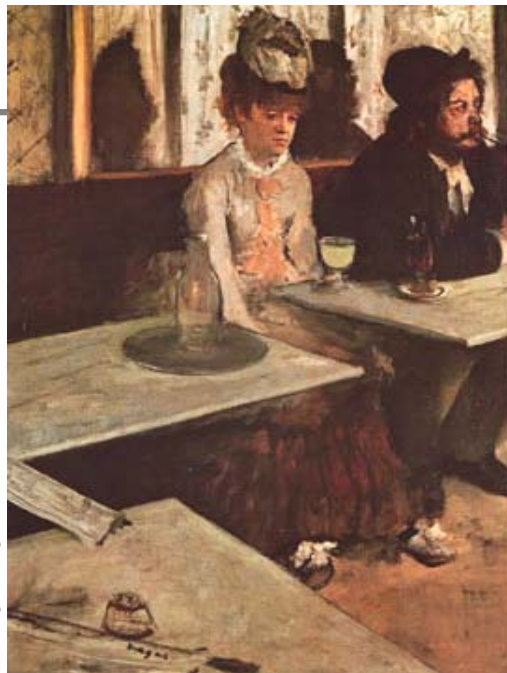
A princípio, o tabaco era representado como um instrumento importante para tratar diversos tipos de doenças, como malária, sífilis, gengivites, fístulas, além de ser usado também para inalações e limpeza dos dentes. Por essas propriedades, foi chamado de “Erva Santa” ou “Planta Sagrada”, representando a cura para todos os males.

Entretanto, com as descobertas científicas que associaram várias doenças ao hábito de fumar e, a partir da divulgação científica e da propagação dos malefícios provocados pelo tabagismo à saúde, as representações sociais se modificaram e atualmente este é sinônimo de morbidade e morte.

Por fim, destacamos as limitações de estudos dessa natureza, cujo desafio de se chegar às representações do tabagismo através dos (des)caminhos de sua história, sem poder, todavia, reviver essa realidade, consiste em se reconstituir a lógica, através da qual, tais representações foram produzidas e socializadas. No entanto, são estudos baseados na historicidade que poderão ajudar a reconhecer os antecedentes das atuais representações, e, por conseguinte, ajudar as ciências médicas a melhor realizar seu trabalho de prevenção, tratamento e cura de doenças.

Capítulo 3

Pontuando aspectos sobre o tabagismo: as diversas faces de um problema de saúde pública



Edgar Degas

“Não há fatos eternos, como
não há verdades absolutas.”

Friedrich Nietzsche

Capítulo 3

Pontuando aspectos sobre o tabagismo: as diversas faces de um problema de saúde pública

O tabagismo, ato de aspirar fumaça oriunda da queima da planta conhecida como fumo ou tabaco, a *Nicotiana tabacum*, é hoje um polêmico problema social e representa uma preocupação em diversos setores da sociedade, por se tratar de um hábito que está além de uma simples adição de nicotina, pois representa uma prática tradicional nas relações humanas, concretizada como cultura, e que envolve aspectos políticos, sociais e econômicos.

Assim, destacamos que a complexidade dos fatores envolvidos na problemática do tabagismo está muito além daqueles que serão abordados aqui, e seria impossível analisá-los em sua totalidade. Limitaremos a discutir alguns pontos que nortearão essa investigação. A princípio, através da discussão de alguns dados epidemiológicos, dos efeitos do tabagismo na saúde das pessoas, em especial na saúde bucal, vamos delinear as razões que levaram o tabagismo a ser considerado um problema de saúde pública. Em seguida, apresentaremos a ligação desse problema de saúde pública com as relações de poder, importante para compreender a dimensão e as implicações do controle do tabagismo.

3.1. Aspectos epidemiológicos do tabagismo

Estima-se que, na atualidade, existam cerca de 1 bilhão e 300 milhões de fumantes, sendo que a maioria, cerca de 80%, estão nos países em desenvolvimento. Os fumantes passivos, aquelas pessoas que não fumam mas que estão expostas aos efeitos nocivos das substâncias tóxicas do tabaco, são cerca de 2 bilhões, dos quais 700 milhões são crianças.

Resulta daí que aproximadamente metade da população terrestre está exposta, direta ou indiretamente, ao tabagismo⁷⁶.

Essa prevalência de fumantes no mundo deve-se principalmente à ação da indústria do tabaco, que investe grandes quantias em promoção e propaganda de cigarros. Para manter os seus lucros, a indústria do tabaco precisa repor continuamente seu “estoque” de fumantes, fazendo dos jovens e adolescentes os principais alvos de suas campanhas publicitárias. Cerca de 80% a 90% dos fumantes se inicia no tabagismo antes de 18 anos, sendo que, nos países em desenvolvimento, a maior proporção é de jovens em torno dos 12 anos⁸⁵.

Avalia-se que o mundo ganha 100 mil novos fumantes por dia, totalizando mais de 36 milhões anualmente e este quadro é mais evidente nos países em desenvolvimento, onde os agravos relacionados ao tabagismo dividem o cenário com problemas de desnutrição, deficiência de saneamento e de suprimento de água e doenças infecto-contagiosas ainda não controladas⁹⁰.

Nos países da América Latina, torna-se difícil implementar políticas públicas para este problema, pois existem outras doenças que exigem a atenção das políticas de saúde. Apesar da transição epidemiológica, as doenças infecto-contagiosas, como dengue, cólera, malária e tuberculose, ainda figuram entre os principais problemas de saúde pública. Além do mais, o tabagismo predomina, sobretudo, na camada da população ou em regiões menos favorecidas economicamente e com menor nível de educação, que, não dispõem recursos para bancar gastos com tratamento dos males gerados pelo fumo¹⁶.

Existem importantes diferenças no padrão e tendências do consumo de tabaco por gênero no mundo. Desde que o tabagismo foi introduzido na sociedade moderna, a proporção de homens fumantes tem sido mais elevada do que a de mulheres. Porém, nas últimas décadas, a prevalência do uso entre as mulheres está aumentando e até ultrapassando os homens em algumas regiões. Nos homens, os mais altos índices encontram-se na Rússia e em toda a Ásia, onde cerca de 60% ou até mais dos homens são fumantes. Nos países europeus, no continente norte-americano e Austrália, os índices são de 30% a 39%. Na América Latina, o percentual de homens fumantes fica entre 40% e 49%. A prevalência em mulheres é cerca de 24% nos países desenvolvidos. Na Ásia e em diversos países africanos, o percentual é de aproximadamente 10%; na França e na Alemanha, entre 30% e 39%; e nos Estados Unidos e Canadá, 20% e 29%⁸⁵.

No Brasil, o quadro epidemiológico revela disparidades na magnitude do problema. De uma forma geral, as cidades mais populosas e mais industrializadas, situadas nas regiões Sul e Sudeste, apresentaram maiores prevalências de uso regular de cigarros. A maior foi em Porto Alegre (25,2%) e a menor, em Aracaju (12,9%). Comparando-se a prevalência entre homens e mulheres, em todas as regiões, a prevalência foi maior entre os homens. Além disso, o tabagismo foi maior entre os grupos com menor escolaridade. Um fator promissor foi o elevado índice de cessação de uso de tabaco: cerca de 50% em todas as capitais brasileiras pesquisadas⁴³.

Na cidade de Natal, o percentual de fumantes regulares de cigarro, na população de 15 anos ou mais, é de 14,7%, sendo que o percentual de homens fumantes foi de 17,9% e o de mulheres, 12,2%, sendo que 63,4% dos fumantes iniciaram o hábito antes dos 19 anos. Em relação ao número de cigarros fumados por dia, 48,6% fumavam de 1 a 10; 38,7%, de 11 a 20; e 12,6%, 21 cigarros ou mais/dia. O percentual de não-fumantes expostos à poluição ambiental dentro do domicílio, na população de 15 anos ou mais, foi igual a 25,7%⁴³.

Contudo, apesar de toda a divulgação científica, o consumo mundial de tabaco dobrou, embora a medicina tenha provado que o tabaco provoca mortes. Mesmo assim, a cada dia, eleva-se o número de fumantes.

3.2. Efeitos do tabagismo na saúde dos fumantes

A fumaça do tabaco, resultante da combustão incompleta da matéria orgânica, é extremamente danosa ao organismo, pois contém aproximadamente cinco mil elementos diferentes, dentre os quais se destaca a nicotina, que potencializa a vontade de fumar. Essa substância atua da mesma forma que a cocaína, o álcool e a morfina, pois provoca dependência e obriga o fumante a usar continuamente o cigarro. Outro componente do tabaco, o alcatrão, é composto por substâncias como arsênico, níquel e benzopireno, e tem potencial carcinogênico. Além da nicotina e do alcatrão, muitas outras substâncias estão presentes no tabaco, como metais pesados, a exemplo do cádmio e o cromo, resíduos de agrotóxicos, tolueno, amônia e monóxido de carbono¹⁵.

A dependência da nicotina, como a de outras drogas, envolve a inter-relação entre efeitos farmacológicos, fatores adquiridos ou condicionadores, personalidade e condições

sociais. Os fumantes relatam efeitos positivos do consumo de tabaco, como prazer, estímulo, relaxamento, redução na ansiedade e no estresse, diminuição da fome e do ganho ponderal. Além dessas reações, a dependência é reforçada, pois o indivíduo começa a associar situações ou fatores ambientais específicos ao consumo do tabaco, resultando em um condicionamento e no desejo compulsivo de usá-lo novamente¹⁵.

O ato de fumar é então associado, repetidas vezes, a eventos específicos, como fumar depois de uma refeição, após tomar uma xícara de café, durante um programa com amigos para beber ou até antes de iniciar uma tarefa que exija concentração. Essas circunstâncias acabam tornando-se estímulos poderosos para o desejo de fumar. O fumante também pode aprender que não fumar causa irritabilidade, pois esse é um dos sintomas da síndrome de abstinência da nicotina, e ele passa a considerar a irritabilidade de qualquer causa, como estresse ou frustração, como um estímulo ao ato de fumar.

Desde a década de 50, do século passado, quando foram publicados os primeiros artigos onde se concluiu que o tabagismo era a maior causa de câncer de pulmão, a evidência científica vem demonstrando que o uso do tabaco é um fator causal de mais de 25 doenças diferentes, das quais a maioria se constitui em importantes causas de morte. Deste modo, estima-se que a cada dez minutos uma pessoa morra no mundo devido a esse vício e estima-se que cerca de dez milhões de mortes ocorram, a cada ano, a partir de 2020, por causa do tabagismo, e 70% delas nos países em desenvolvimento¹⁰⁹.

Muitos estudos demonstraram o aumento do risco de doenças cardiovasculares em fumantes^{51,112}. A ação do tabaco sobre o sistema cardiovascular envolve principalmente dois agentes: a nicotina e o monóxido de carbono. A cada tragada de cigarro aumenta a concentração dessas substâncias no sangue e o aumento de nicotina produz um intenso efeito colinérgico no sistema nervoso central, assim como a produção de catecolaminas, adrenalina e vasopressina, que desencadeiam aceleração da frequência cardíaca e vasoconstrição, elevando a pressão arterial. Por outro lado, o monóxido de carbono forma carboxihemoglobina, a qual diminui a oxigenação do miocárdio e dos tecidos em geral, fazendo com que o coração trabalhe mais e com maior esforço, recebendo menos oxigênio, entrando logo em sofrimento. Ainda pelo efeito da nicotina, surgem lesões endoteliais nas artérias, ocorre formação de trombos, surgem processos de fibrose nas paredes, com espessamento das coronárias e arteríolas intramiocárdicas⁸⁵. Estas são algumas das alterações provocadas pelo uso do tabaco no sistema cardiovascular e que podem levar o fumante a um

infarto do miocárdio, angina pectoris, acidente vascular cerebral, aneurisma da aorta, vasculopatias periféricas, aterosclerose, além de outras cardiopatias.

O tabaco torna os pulmões vulneráveis às infecções virais ou bacterianas e provoca bronquite crônica e enfisema pulmonar, levando conseqüentemente à doença pulmonar obstrutiva crônica. Dentre as alterações provocadas pelo tabagismo no pulmão, podemos citar a hipertrofia das glândulas mucíparas dos brônquios, aumento da produção de muco com a consistência físico-química alterada, edema e inflamação do epitélio brônquico, prejuízo do transporte muco-ciliar, hipertrofia dos músculos da parede bronquial e estreitamento da luz bronquial. A nicotina também atua sobre os macrófagos alveolares, prejudicando a fagocitose, ao mesmo tempo que os estimula a liberar quimiotáxicos, atraindo para os pulmões os leucócitos polimorfonucleares, além de destruir a elastina, indispensável para a estrutura pulmonar⁸⁵.

As revisões sistemáticas e metanálises evidenciam que o hábito de fumar aumenta o risco de câncer de pulmão, pâncreas, bexiga, boca, esôfago, faringe, laringe, nariz, estômago, renal, mama, útero e do trato urinário^{41,45,52,53,81,83,101,113}. O tabaco contém cerca de 70 substâncias cancerígenas e participa, nas três etapas da gênese do câncer, como agente iniciador, promotor e multiplicador das células geneticamente modificadas, constituindo-se em um agente carcinógeno completo.

A grande maioria das substâncias cancerígenas pertence a três grupos: hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, aminas aromáticas e nitrosaminas. As pesquisas na área de biologia molecular evidenciam que o tabaco produz alterações no DNA, provocando mutações e expressões de genes, ativando os oncogenes e anulando os protooncogenes em diversos tecidos⁴⁰.

O tabagismo também aumenta os riscos de problemas durante a gravidez, elevando a probabilidade de parto prematuro e nascimento de criança com baixo peso, gravidez ectópica, pré-eclâmpsia, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, rompimento prematuro das membranas que envolvem o líquido amniótico e outras complicações^{7,21}. Além disso, o hábito de fumar também é fator de risco para a infertilidade feminina⁸ e a impotência sexual masculina⁹⁹.

Existe ainda forte associação entre o tabagismo e outras doenças, como o lúpus eritematoso sistêmico²⁷, glaucoma¹³, esquizofrenia²⁸, fraturas ósseas⁴⁹ e diversas outras

alterações que o cigarro pode produzir no organismo. Entretanto, ainda há divergências na literatura quanto à relação do tabagismo com outras patologias, como a Síndrome de Down⁸⁶ e a Doença de Parkinson^{5,39}.

Em particular, para a saúde bucal, o tabagismo compromete os tecidos periodontais^{9,34,50,89,97}, e está associado a alterações como a xerostomia, pigmentações dentárias, candidíase, gengivite ulcerativa necrosante, quadros de halitose e estomatite nicotínica⁷⁰, favorecendo ainda o desenvolvimento de lesões cancerígenas, sendo o câncer de boca o sexto tipo mais comum em todo o mundo^{6,58,80}.

3.3. O tabagismo passivo: a justificativa que faltava para o controle

Os danos provocados pela poluição tabagística ambiental aumentaram a dimensão do problema, pois a exposição involuntária à fumaça do tabaco, que a cada dia é mais estudada, tem sido associada a diversas doenças. Os poluentes do tabaco se dispersam homogeneamente no meio ambiente, de tal forma que os não-fumantes, estando próximos ou distantes dos tabagistas, acabam inalando a mesma quantidade de nicotina e de monóxido de carbono, apresentando também as mesmas taxas de nicotina e do carboxihemoglobina no sangue⁸⁵.

A separação de fumantes e não-fumantes, em qualquer lugar, só tem efeito psicológico, porque cientificamente não existe eficácia, mesmo com os sistemas de renovação de ar, pois pouco adiantam as renovações mecânicas da ventilação e os processos químicos de filtração⁷⁴.

Mulheres gestantes não-fumantes, expostas à poluição tabagística ambiental nos domicílios e/ou locais de trabalho, têm nicotina no sangue, no líquido amniótico e no cordão umbilical, o que transforma o feto em um consumidor de nicotina, prejudicando a função respiratória da criança durante a gravidez e após o nascimento⁶⁸.

Os fumantes passivos, dependendo da idade, sofrem riscos significantes de desenvolver diversas doenças. Nos adultos, a poluição tabagística ambiental é fator de risco para o câncer do pulmão e doenças cardiovasculares, relação cientificamente comprovada através de várias metanálises e revisões sistemáticas^{12,17,37,38,47,54,98,108}.

Em relação às crianças, aquelas que convivem com familiares tabagistas, especialmente os genitores, são fumantes passivas que sofrem diversos danos, sendo o problema agravado quando a mãe é tabagista, pela sua mais estreita convivência com os filhos, de modo geral. O tabagismo passivo nas crianças aumenta o risco de infecções respiratórias, como bronquite, pneumonia e asma, além de infecções respiratórias altas, como amigdalite e sinusite. Esses episódios respiratórios explicam o maior número de hospitalizações de crianças fumantes passivas, em comparação com os que vivem em ambientes sem fumantes^{46,55}.

Contudo, verificamos que a exposição aos produtos tóxicos do tabaco é considerada grave problema de saúde pública mundial, e a polêmica sobre os direitos dos fumantes acabou perdendo o sentido, face aos atuais conhecimentos científicos de que a poluição do ar ambiente é prejudicial. Nessa linha argumentativa, segundo os órgãos que cuidam da saúde das populações, o fumante não tem o direito de poluir o ar prejudicando a saúde dos outros. Diante desses conhecimentos, o fumante pode fumar quanto quiser, mas não onde quiser.

Assim, segundo o discurso da Organização Mundial de Saúde⁷⁶, o ambiente torna-se o cerne da cessação do tabagismo e, para que os esforços sejam bem sucedidos, este não deve ser aceito. Dessa forma, a cessação deve incluir uma variada gama de intervenções, que busquem mudar o clima social, como por exemplo, o aumento dos impostos sobre produtos derivados do tabaco, proibição da publicidade, aumento de informações sobre saúde pública e a criação de áreas públicas e privadas livres do cigarro. Além disso, os outros componentes para o controle do tabagismo seriam: uma abordagem do sistema de saúde que considere a boa prática clínica e atividades de vigilância, pesquisa e informação.

De acordo com um levantamento realizado pela Organização Mundial de Saúde, em 196 países, 118 têm leis abolindo e/ou restringindo fumar em locais públicos oficiais e/ou privados¹¹¹. A Organização Mundial de Saúde promove as reuniões da “Convenção Quadro de Controle do Tabagismo”, que tem por objetivo regulamentar leis em todo o mundo, com vistas à criação de regras para o uso. Essa Convenção já teve a adesão de 192 países e cerca de 200 ONGs²⁴. De acordo com o Artigo 4º: “*Todos deverão estar informados das conseqüências sanitárias e da capacidade de causar dependência e do perigo imposto pelo consumo do tabaco e pela exposição à fumaça gerada pelo tabaco, e deverão ser criadas e implementadas medidas legislativas, executivas, administrativas e outras necessárias à proteção de todas as pessoas dos efeitos da exposição à fumaça do tabaco*”. Segundo o

Artigo 8º: “*As evidências científicas têm inequivocamente estabelecido que a exposição à fumaça do tabaco gera mortes, doenças, incapacidade e, portanto, impõe-se adoção de medidas efetivas de caráter legislativo, executivo e administrativo e outras medidas oferecendo adequada proteção à exposição da fumaça do tabaco em ambientes de trabalho, fechado, transportes públicos, locais públicos de trabalho e, quando apropriado, outras áreas públicas*”.

No Brasil, a Lei Federal 9294, de 15 de julho de 1996, estabelece no Artigo 2º: “*É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos e cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não de tabaco, em recinto coletivo privado ou público, salvo em áreas destinadas exclusivamente a esse fim, devidamente isoladas e com arejamento conveniente*”, e o Decreto 2018, de 1º de outubro de 1996, da Presidência e a Lei Federal 10.167, de 27 de dezembro de 2000, têm artigos dispendo no mesmo sentido⁸⁵.

3.4. O tabagismo e as relações de poder

Como discutimos nos capítulos anteriores, os seres humanos, os grupos e a sociedade dão significado, intencionalidade e interpretam suas ações e construções desde as primeiras Civilizações, através das Religiões, da Filosofia, dos Mitos, da Poesia e da Arte, que têm sido instrumentos do conhecimento, desvendando lógicas profundas do inconsciente e do imaginário coletivo, da vida cotidiana e do destino humano.

De acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e com a organização particular da sociedade e de sua dinâmica, criam-se visões de mundo e representações, com nuances e diferenciações relacionadas às condições de vida e às heranças culturais. De diversas formas, a humanidade busca formas de explicar os fenômenos que cercam a vida e a morte e o lugar dos indivíduos na organização social, assim como os mecanismos de poder e de controle⁵⁹.

As relações de poder podem ser pensadas como interferência contínua no processo social de constituição dos indivíduos. Segundo Foucault³³, as formas de poder produzem o sujeito, a autoconsciência, a interpretação de suas crenças e os seus comportamentos. Concretamente, através do poder, ocorre a naturalização das crenças e valores, e a idéia de que a nossa cultura enfim descobriu a verdade do homem e do mundo. Para o autor, não existe

algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares. O poder não é um objeto natural, uma coisa. É uma prática social e, como tal, constituída historicamente. Logo, existem formas de poderes que estão além do poder do Estado, que se articula com ele, a níveis locais, específicos, circunscritos a uma pequena área de ação, e que assumem formas mais regionais e concretas. Essas relações de poder ou micropoderes se relacionam e formam uma teia que se alastra por toda a sociedade, de que ninguém pode escapar.

Além disso, o poder muito mais que repressivo é produtivo, pois cria, a partir do seu funcionamento, realidades, sujeições, sujeitos e objetos, e contribui para a construção do pensamento coletivo. Quem exerce o poder pretende fazer o outro agir, pensar, sentir, analisar e se posicionar diante das coisas de acordo com seu interesse. Assim, os homens se tornam sujeitos, percebem e, principalmente, apreendem certo modo de vida e de mundo, que se constitui como guias para o comportamento social³³.

As transformações socioeconômicas e culturais, por sua vez, influenciam decisivamente os processos de construção do pensamento social, as condições do desenvolvimento da ciência, e conseqüentemente, a sociedade, pois modificam as relações de poder. Até o século XVIII, o modo do homem elucidar os acontecimentos da vida se baseava na noção de destino ou de uma divindade. Com o desenvolvimento do Capitalismo, surge a necessidade de adequar os indivíduos às normas sociais, através da disciplina, e o corpo da sociedade torna-se o alvo das relações de poder²⁶.

O período que vai do século XVIII até à segunda metade do século XX marcou o desenvolvimento das sociedades disciplinares. Nessa época, ocorreu o desenvolvimento de instituições como escolas, hospitais, indústrias e prisões, com o objetivo de adequar os indivíduos às normas sociais, através da disciplina, todas funcionando segundo os princípios de correção e integração. O poder disciplinar, de início, dá atenção às diferenças visíveis e mensuráveis de comportamento. A seguir, hierarquiza as diferenças entre o normal e o anormal. Por fim, produz em todos a experiência de culpa, pela inquietação contínua com a normalidade de seus atos e desejos¹⁰⁵.

Dessa forma, cada indivíduo experimenta uma inquietação com a normalidade do que faz e pensa, esforçando-se para pertencer aos normais, adequar-se às normas e não ser considerado diferente. O poder na modernidade supõe a distribuição dos homens entre normais e anormais, distribuição que produz em cada indivíduo uma cisão e um esforço de se

conformar aos valores sociais. O objetivo da sociedade disciplinar é fazer com que a vida, ao longo dos dias e anos, se esgote nos espaços fechados, sem que os indivíduos se desviem da normalidade.

Em seguida, diante das transformações ocorridas na segunda metade do século XX, após a Segunda Grande Guerra, o desenvolvimento do Capitalismo Contemporâneo e da Globalização, foi importante a criação de outros mecanismos eficazes de comando que conseguissem ser eficientes, econômicos e apropriados às modificações impostas pela sociedade.

Nesse sentido, o desenvolvimento da ciência dá lugar a um modelo matemático-probabilístico para explicar os fenômenos sociais, o qual é usado em diversas disciplinas. A noção de perigo aliada à possibilidade de prever eventos futuros faz surgir o conceito de risco. Busca-se a manutenção de um prazer saudável e produtivo, o fim dos hábitos perigosos, na perspectiva do “controle preventivo dos riscos” dos indivíduos se desviarem das normalidades esperadas para um cidadão, caracterizando o fim da *sociedade disciplinar* e o início da *sociedade do risco* ou *sociedade de controle*, onde o objetivo passa a ser a gestão do risco, pelo controle do estilo de vida. O que interessa basicamente não é expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades, e sim gerir suas vidas, controlá-los em suas ações, para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades^{29,62}.

O risco refere-se aos efeitos inesperados possíveis, que são conseqüências das atividades e decisões tomadas anteriormente. A previsão dos acontecimentos passa a ser uma necessidade absoluta para os empreendedores, investidores e para o Estado. Com a finalidade de planejar o futuro e realizar escolhas mais confiáveis, a aquisição desses dados tornou-se essencial e levou a outra noção: a de controle. Paulo Vaz¹⁰⁵ descreve o risco como um mecanismo de poder fundamental em nossa sociedade, e o controle como um elemento-chave de manutenção das estruturas de poder do capital.

Ao ser estabelecido o conceito de risco, ocorreu a multiplicação das pesquisas epidemiológicas, articulando hábitos e a propensão a se desenvolverem doenças não-infecciosas, como os cânceres e as doenças cardiovasculares. Surge então a idéia de antecipar e evitar um futuro indesejável, que é o diagnóstico dos riscos. Logo, a diferença entre o estado

de saúde e de doença torna-se mais tênue, e pressupõe mudanças constantes no comportamento, para evitar a situação de doença.

Os órgãos sociais passam a se interessar pelos perigos que ameaçam a vida. Tudo que pode antecipar a morte é colocado em evidência e é enfrentado como risco de morte prematura, como se houvesse um momento certo de morrer. Assim, são desenvolvidas campanhas de instituições não-governamentais, órgãos estatais ou movimentos sociais, no sentido de modificar os hábitos, comportamentos e desejos que significam riscos à vida. As instituições, como as que cuidam das questões da saúde, são criadas com o pressuposto de conhecer e melhorar a qualidade de vida da população, com vistas a regular os processos relacionados à vida e à morte.

Nessa perspectiva, a Medicina ganha lugar de destaque nas relações de poder, compondo um fenômeno chamado *medicalização da sociedade*. Esta pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com o conhecimento científico sobre os problemas que afetam a saúde e a oferta de serviços e de bens de consumo cada vez mais intensa. Esse mecanismo de poder promove uma cientificização dos hábitos da vida, o que aumenta ainda mais os efeitos de autovigilância e de autocontrole, e, conseqüentemente, a individualização dos comportamentos e a culpabilização dos sujeitos pelas situações de doença^{11,62}.

A relação entre Mídia e Medicina envolve a noção de controle dos fatores de risco e infere novas formas de pensar e agir em relação à vida. A partir do momento que a informação médica passou a ser disponibilizada pelos meios de comunicação, todos passam a saber de onde vêm os perigos que ameaçam a saúde e a sobrevivência, modificando a disposição do ambiente, as rotinas de cuidado de si, as formas de lidar com o nascimento, o crescimento e a morte e as interações das pessoas.

O problema do risco emerge assim reforçando as estruturas de dominação capitalista e se torna um instrumento privilegiado para o controle. Os riscos, mesmo aqueles relacionados à saúde, não se restringem à dimensão biológica, pois assumem uma complexificação nas relações de causalidade e atingem outras dimensões. O risco, nessas relações de poder e diante da possibilidade de controle, adquire *status* mais global, sendo considerado risco social, político e econômico.

Assim, dentre os problemas de saúde que devem ser controlados na sociedade, destaca-se o tabagismo, que, com os avanços científicos, passa a ser visto como um fator de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão, de esôfago, de boca, tuberculose pulmonar, hipertensão arterial, degeneração miocárdica, dentre outras doenças que o colocam hoje como um problema de saúde pública, devido às 4,9 milhões de mortes provocadas por ano, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde¹⁰⁹.

Além disso, a problemática do controle do tabagismo também é complexificada, pois significa um risco para a economia, para a política, para o meio ambiente e para a sociedade. Os benefícios econômicos do plantio, processamento, industrialização, exportação e tributação do tabaco são argumentos colocados por alguns, para que os países não controlem o tabagismo, justificando que o tabaco contribui com receitas, trabalho e renda para a população. Enquanto, para os que estão a favor do controle, há que se considerar a relação custo-benefício, pois as divisas geradas pela comercialização do tabaco não são suficientes para cobrir os gastos com os problemas provocados pelo seu consumo à saúde das pessoas. Além do mais, o tabaco também provoca perdas econômicas ocasionadas pela falta ao trabalho, queda de produtividade, aposentadoria precoce, acidentes no trabalho e no trânsito. Na área rural, as agressões são provocadas pelo desmatamento em larga escala, amplo uso de agrotóxico, causando danos ao ecossistema e à saúde dos agricultores. Essas e outras discussões permeiam as decisões e as políticas sociais adotadas no mundo todo para o controle do tabagismo⁷⁶.

Além da Medicina, a indústria tabagista também exerce uma função de controle sobre os indivíduos. As principais táticas de controle utilizadas pelos fabricantes de cigarros são a manutenção dos níveis de nicotina, com a finalidade de provocar a dependência física, e principalmente o poder da mídia, que é utilizada para ganhar novos usuários e substituir os que estão morrendo. Diversos estudos mostram que o incremento na publicidade do tabaco está diretamente relacionado ao aumento do consumo na população em geral, principalmente com a iniciação ao tabagismo entre grupos específicos, como mulheres, crianças e adolescentes⁷⁷.

Atualmente, provavelmente devido às ações judiciais e à medicalização da sociedade, que passa a difundir os males provocados pelo cigarro e a controlar esse estilo de vida, as indústrias estão mudando de tática. Depois de passarem décadas negando os malefícios do cigarro, as empresas começaram a proclamar, em *sites* próprios e até em

campanhas publicitárias, que o fumo é realmente um produto *terrível*. O objetivo é destacar na mídia a responsabilidade social e o compromisso com a cidadania, baseadas nas campanhas que tem como tema: “Fumar com moderação”. Mas, seria possível fumar com moderação? Além disso, algumas empresas estão mudando de nome para fugir do estigma de “empresa que mata pessoas” e associar o seu nome a atitudes que reforcem a responsabilidade social, como doações a instituições de saúde e a centros de pesquisa. No entanto, não parece contraditório uma empresa que vende um produto que levará milhões de pessoas à morte ter “responsabilidade social”? O propósito dessas novas táticas é a manipulação das informações e da opinião pública, na tentativa de desviar o foco da discussão, confundindo e reconstruindo uma nova imagem para as empresas e produzindo novas subjetividades em seus consumidores.

O poder da mídia é um dos principais instrumentos utilizados para o controle, através do qual, o imaginário social é trabalhado e transformado em objeto de consumo e de identificação. A publicidade é uma das técnicas de poder que conseguem efetivar o comando social, pois interfere diretamente no comportamento das pessoas, e age de diferentes formas: por sedução, interesse, curiosidade, prazer incontrolável de consumo e de aquisição⁶².

Os meios de comunicação de massa reforçam o mecanismo de poder do risco, através de estratégias persuasivas e apelos populares do chamado “jornalismo científico”. Assistimos constantemente a um bombardeio de informações sobre a saúde. Medidas preventivas, alimentação saudável, avanços da Engenharia Genética, o fim dos hábitos perigosos, são temas que todos os dias acessamos na televisão, nos jornais e na Internet. Dessa forma, os jornalistas e cientistas constroem categorias e veiculam informações, de modo a, eventualmente, colaborar, mesmo que involuntariamente, com desinformações, estímulo a posições preconceituosas e, dependendo do caso, a possibilidade de provocar reações alarmistas. O contexto sociocultural, onde acontecem a veiculação e a apropriação desse discurso por distintos grupos humanos, permanecer no plano secundário²².

Assim, as tentativas de intervenção no tabagismo contribuem para a discussão de dilemas e tensões na atualidade, entre os quais: os direitos do indivíduo e do Estado; a autonomia individual e a ordem social, em âmbito nacional, global e local. Além disso, o poder do risco exacerbou algumas dicotomias discursivas que servem como tentativa de se proteger das ameaças: eu/outro; inocente/culpado; familiar/estranho; correto/errado; virtude/vício; vida/morte; responsabilidade/ irresponsabilidade. O gerenciamento dos riscos é,

muitas vezes, apresentado como responsabilidade dos indivíduos, colocada em termos de escolhas comportamentais, sob o conceito de estilo de vida, e as propostas educacionais que visam atingir mudanças nesta dimensão. Entretanto, o conceito estilo de vida remete a noção de “escolha” e comportamentos com repercussões nos padrões de adoecimento²².

Assas idéias contribuem, sim, para a construção de uma concepção de escolhas intencionais, racionais e voluntárias. Porém, cada um de nós é a resultante singularizada de complexas configurações bioquímicas, psicológicas e socioculturais. O conceito de estilo de vida esconde ações culpabilizantes e limitadas, que contribuem para a efetividade restrita das ações de saúde. Além do mais, em muitos grupos sociais, inseridos em um contexto de miséria e dificuldades sociais, as margens de escolha praticamente inexistem. Na verdade, nestas circunstâncias, o que há são estratégias de sobrevivência²².

A inserção do tabagismo na sociedade, portanto, envolve um processo histórico e social, que somado às relações de poder, influencia a construção do pensamento que circula no senso comum. Por conseguinte, é preciso entender de que forma a população percebe e compreende o tabagismo em suas vidas, para que se possa atuar de maneira mais abrangente e eficiente sobre essa problemática e/ou repensar as dimensões atuais de enfrentamento. Ao compreender o problema dessa forma, torna-se claro que o foco de intervenções que envolvam o tabagismo não deve centrar-se no comportamento individual, e sim identificar e abranger os próprios determinantes da sua inserção social no processo saúde/doença.

Capítulo 4

Os caminhos ao encontro do tabagismo



Vincent Van Gogh

“O alvo da minha pintura é o sentimento. Para mim, a técnica é meramente um meio. Porém, um meio indispensável.”

Candido Portinari

Capítulo 4

Os caminhos ao encontro do tabagismo

A complexidade das implicações do uso do tabaco, seja no processo saúde-doença, seja nas relações sociais, evidencia a importância de se estudar essa problemática na perspectiva do senso comum, e de se conhecer sob ângulos e estratégias diferentes, as repercussões psicossociais do hábito de fumar. Não pretendemos, e nem seria possível, exaurir nessa análise o objeto de estudo. Buscamos, portanto, acessar conjuntos de sentidos e significados, até então pouco explorados, através das orientações metodológicas apresentadas a seguir.

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, com uma abordagem plurimetodológica, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, que considera o discurso dos atores sociais como fonte de informação para a apreensão das experiências do grupo com o tabagismo e as doenças bucais.

4.2. Aspectos Éticos

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 02 de setembro de 2005, sob o Parecer nº 116/05 (Anexo A). O pesquisador explicou a cada um dos entrevistados o objetivo do trabalho e a participação destes se deu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

4.3. Local do estudo

O processo de construção da representação social de um objeto é dinâmico, e acontece a partir do indivíduo, na sua interação com o contexto social, tornando-se fundamental conhecer os elementos históricos e culturais vivenciados pelos atores sociais. Por conseguinte, faz-se necessário conhecer a realidade dos sujeitos, para melhor compreender suas representações.

O estudo foi realizado no Bairro de Felipe Camarão, situado na região administrativa oeste da cidade de Natal – Rio Grande do Norte – Brasil. Esse bairro foi escolhido porque já havia um vínculo dos pesquisadores com a Unidade de Saúde ali estabelecida.

O bairro é um dos mais pobres da cidade e registra altos índices de violência, consumo de drogas e desemprego. Segundo dados do IBGE⁴², o valor de rendimento nominal médio mensal das pessoas com rendimento é de 327,28 reais, sendo um dos mais baixos de todos os bairros da cidade. Em relação à educação, 78,83% dos responsáveis pelos domicílios têm menos de 8 anos de estudo e, desses, 21,90% são analfabetos, e as situações de subemprego ou emprego informal são características no bairro. Todavia, salientamos que no bairro, assim como na realidade brasileira, há variações sócio-econômicas em seus habitantes, e isso foi levado em consideração na coleta e análise dos dados.

Percorrendo o bairro, encontramos a maioria das ruas calçadas, entretanto, o saneamento é precário e parte do esgoto doméstico corre pelo meio fio. Além disso, é comum o acúmulo de lixo em algumas áreas do bairro, o que prejudica ainda mais as condições sanitárias.

Existem pequenos estabelecimentos de serviço e comércio, como mercadinhos, oficinas, quitandas, bares, e são muitos os equipamentos sociais, como escolas, creches, igreja católica, igrejas evangélicas, centro espírita, conselho comunitário, o que, de certa forma, demonstra a capacidade de organização da população e as práticas culturais, religiosas e políticas do bairro. A área conhecida como “Favela do Fio” revela-nos uma parte da população onde a falta de condições mínimas de moradia e de muitas dificuldades econômicas conduz a população à marginalização e à exclusão das atividades sociais.

A assistência à saúde em Felipe Camarão, assim como na maioria da cidade de Natal, vivencia uma conjuntura de crise. A estrutura física da Unidade de Saúde e o número de profissionais são insuficientes para atender à população, o que prejudica a prestação de serviços e a sua resolutividade, gerando insatisfação dos usuários e um sentimento de

incapacidade nos profissionais. A falta de material de consumo e medicamentos agrava ainda mais essa situação.

4.4. Seleção dos participantes

Buscando observar o objeto de estudo sob referenciais diferentes, para melhor compreendê-lo, realizamos a investigação com três grupos de sujeitos: um grupo de fumantes, outro de não fumantes e um terceiro com ex-fumantes.

Os critérios de seleção foram: ter idade de 20 a 59 anos, não apresentar problemas psiquiátricos que dificultassem a comunicação e concordar em participar da pesquisa. Para o grupo não-fumante, foram excluídos os ex-fumantes.

A faixa etária de 20 a 59 anos foi eleita, pois corresponde ao grupo etário adulto⁸⁴, que geralmente, devido às dificuldades de reunir essas pessoas, é um grupo menos estudado do que os demais. Além disso, escolhemos não retirar um segmento dessa faixa etária, pois, segundo Moscovici⁶⁶, as representações sociais se formam na heterogeneidade dos indivíduos e dos grupos, não sendo homogêneas, e sim partilhadas na desigualdade.

Os participantes do grupo fumante deveriam ser fumantes há mais de 5 anos, pois este padrão revela que o hábito já tenha um peso importante na vida deles⁷⁸, e, apesar de existirem outras formas de consumo de tabaco, como o cachimbo ou o hábito de mascar, o consumo de cigarro foi escolhido, pois é a forma de tabagismo mais comumente observada. Os indivíduos incluídos no grupo de ex-fumante deveriam ter cessado o hábito há pelo menos 5 anos.

A coleta de dados foi realizada de outubro de 2005 a julho de 2006 e ocorreu através da visita domiciliar, com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica do bairro, que por conhecerem a população, ajudaram a identificar os fumantes e ex-fumantes.

Sobre o número de participantes, seria impossível defini-lo antes da entrada em campo, ou mesmo no início da coleta dos dados, já que escolhemos, como opção

metodológica, trabalhar com a saturação dos discursos. As primeiras informações foram cheias de surpresas, devido às dificuldades sociais relatadas e as experiências com o tabagismo, e ficávamos imaginando se haveria semelhanças entre os discursos. Contudo, progressivamente, temas comuns apareceram e a repetição dos discursos nos indicou o momento de parar a coleta. Somente ao final desta, diante da saturação dos discursos dos entrevistados, é que pudemos definir quantos indivíduos foram incluídos³⁵.

Foram selecionados cento e sessenta e quatro sujeitos, sendo oitenta e dois fumantes e oitenta e dois não-fumantes e, para a etapa inicial da pesquisa, utilizamos os dois primeiros instrumentos: o Teste de Associação Livre de Palavras e a Entrevista Estruturada, que serão explicados a seguir. Posteriormente, realizamos entrevistas semi-estruturadas em profundidade, com um número menor de indivíduos, totalizando quinze, sendo cinco fumantes, cinco não-fumantes e cinco ex-fumantes.

4.5. Instrumentos para coleta de dados

4.5.1. Teste de Associação Livre de Palavras

Com o objetivo de apreender a estrutura das representações sociais, utilizamos como instrumento de coleta de dados, o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), que é uma técnica projetiva, utilizada inicialmente em Psicologia Clínica e depois adaptada à Psicologia Social, com a finalidade de fazer surgir espontaneamente, a partir de um estímulo indutor, associações relativas à temática estudada⁷¹.

Os estímulos indutores usados foram “cigarro” e “boca de um fumante”, que foram submetidos a um pré-teste, o qual comprovou sua adequação ao objeto de estudo. Para cada indivíduo, foi solicitada a evocação de três palavras e posterior ordenação por importância e explicação da escolha da mais importante (Anexos C e D).

4.5.2. Entrevista Estruturada

Esse instrumento foi utilizado com o propósito de registrar informações como idade, gênero, estado civil, ocupação profissional, escolaridade, renda familiar, serviço de

saúde mais utilizado e a prática religiosa, sendo essas variáveis utilizadas para caracterizar, social e economicamente, os participantes da pesquisa (Anexos C e D).

Perguntamos também sobre o hábito de fumar para os tabagistas, com que idade que iniciou o hábito, o número de cigarros fumados por dia, a marca de cigarro mais fumada, o valor pago pelo maço ou carteira de cigarro, se já havia parado de fumar pelo menos um dia, por que estava tentando seriamente parar de vez. Essas questões foram adaptadas de um estudo de base domiciliar realizado pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA⁴³.

Na expectativa de conhecer as experiências dos sujeitos com as doenças bucais relacionadas ao tabagismo, fizemos questões abertas e as respostas eram anotadas pelo entrevistador.

4.5.3. Entrevista Semi-Estruturada

A Entrevista Semi-Estruturada apresenta-se como uma técnica composta de perguntas abertas, dispostas em ordem pré-estabelecida e feitas oralmente, em que ao entrevistador é permitido o esclarecimento das questões propostas e a elaboração de novas questões, de acordo com a condução da entrevista. Segundo Turato¹⁰², a entrevista é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando o encontro face-a-face, apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção das idéias em estudo, a partir da interação entrevistador-entrevistado.

As entrevistas foram individuais, com os fumantes, não-fumantes e ex-fumantes, tendo uma duração média de trinta minutos. Antes de cada uma, buscamos estabelecer uma conversa informal que permitisse uma empatia com o entrevistado. Todas as entrevistas foram gravadas, com a autorização do entrevistado, e posteriormente transcritas.

Optamos por realizar as entrevistas semi-estruturadas após a análise do Teste de Associação e da Entrevista Estruturada, a partir da qual identificamos a necessidade de realizar entrevistas também com ex-fumantes, e com um número menor de participantes, o que possibilitou um aprofundamento maior dos temas discutidos e uma apreensão do conteúdo das representações sociais sobre o tabagismo.

Os tópicos guias das entrevistas semi-estruturadas estão apresentados no Anexo E.

4.6. Análise e tratamento dos dados

4.6.1. Teste de Associação Livre de Palavras

Os dados coletados a partir da associação livre foram inicialmente organizados através de um processo de agrupamento, reunindo as palavras próximas em nível léxico e depois em nível semântico, sendo, em seguida, foram classificadas, com o objetivo de estabelecer as categorias de análise, conforme preconiza Bardin¹⁰. Para cada categoria, foi escolhida uma evocação que representou todas as palavras evocadas.

Em seguida, o material foi submetido à análise quantitativa através do Programa Evoc 2000, que nos possibilitou determinar a Frequência (F) e a Ordem Média das Evocações (OME). A identificação da estrutura da representação foi efetuada a partir da utilização da técnica do quadro de quatro casas, estabelecendo-se um esquema figurativo que permitiu a distribuição dos termos evocados em função de dois critérios: a Frequência Intermediária (FI) e a Média das Ordens Médias das Evocações (MOME) das palavras.

4.6.2. Entrevista Estruturada

As informações sociodemográficas da entrevista estruturada foram analisadas através da Estatística Descritiva e organizadas em tabelas e quadros, sendo as respostas das questões abertas sobre as doenças bucais analisadas através da técnica de análise de conteúdo temática¹⁰³, que tem como objetivo compreender criticamente o sentido das comunicações, buscando revelar o que está por trás das palavras. Nesse instrumento, apresentaremos os resultados através do percentual representado por cada subcategoria. Esta técnica foi realizada através das seguintes etapas:

- a) *Leitura Flutuante*: constituiu o primeiro contato com o texto a ser analisado e onde surgiram as primeiras impressões que foram posteriormente aprofundadas com novas leituras.
- b) *Constituição do Corpus*: composto pelas entrevistas que foram escritas, sendo o material no qual se fundamentou a análise lingüística.

- c) *Seleção das Unidades de Análise*: consideramos como unidade de contexto para esta análise, os parágrafos e, como unidade de registro, as frases. As unidades de contexto correspondem ao segmento mais largo do conteúdo e as de registro foram os segmentos escolhidos para se enquadrar à categorização.
- d) *Recorte e Codificação*: nesta fase, inicialmente dividimos todo o *corpus* nas unidades de análise e, posteriormente, cada unidade foi analisada a partir dos temas semânticos mais simples, agrupadas em subcategorias e depois em categorias.

Para enriquecer a discussão dos resultados da análise de conteúdo, as entrevistas foram submetidas à análise quantitativa através do Programa ALCESTE – *Analyse Lexicale par Contexte d'un Esemble de Segments de Texte*⁸³, que realiza uma análise léxica das palavras de um conjunto de textos, independentemente da origem de sua produção. Ao fazer a análise léxica de um conjunto de dados textuais, o ALCESTE agrupa raízes semânticas, definindo-as por classes, levando em consideração a função da palavra dentro de um dado texto. Assim, tanto é possível quantificar, como inferir sobre a delimitação das classes, que são definidas em função da ocorrência e da co-ocorrência das palavras e da sua função textual⁶¹.

As entrevistas constituíram um único arquivo, chamado *corpus* que em seguida foi preparado segundo critérios definidos pelo Programa, como forma de garantir a análise. Na preparação, determinamos como única variável a identificação do grupo (fumante, não-fumante e ex-fumante). A interpretação das classes lexicais resultou em temas que foram submetidos a uma leitura teórica em função do interesse dos pesquisadores e das relações evidenciadas, conforme preconizam Oliveira e colaboradores⁷³.

Capítulo 5

Da iniciação à cessação/adoecimento/morte: as representações sociais do tabagismo

Vincent Van Gogh



"A coisa mais bela que podemos experimentar é o mistério. Essa é a fonte de toda a arte e ciências verdadeiras."

Albert Einstein

Capítulo 5

Da iniciação à cessação/adoecimento/morte: as representações sociais do tabagismo

Os sentidos e significados apreendidos nesta investigação revelam a articulação dos aspectos psicossociais, históricos e culturais envolvidos no processo de construção do pensamento social sobre o tabagismo. As representações sociais do tabagismo que serão apresentadas foram construídas na história dos indivíduos, em suas relações familiares, grupais e intergrupais, em meio às quais, afetos, necessidades, valores, normas, crenças, atitudes, estereótipos, imagens, símbolos, demandas e interesses tomaram forma e se articularam em cada palavra proferida ou silenciada e em cada palavra compreendida ou negada, que podemos acessar⁵⁷.

Buscando circunscrever, compreender e analisar essas representações, recorreremos a estratégias metodológicas diferentes, cujos resultados serão apresentados a seguir numa lógica temporal, desenvolvida por cada um e por todos os indivíduos no processo de viver o tabagismo, direta ou indiretamente. Da experimentação à cessação/adoecimento/morte, discutiremos a iniciação, a dependência, os medos e os enfrentamentos do processo de adoecer, assim como as implicações psicossociais dessa trajetória.

No estudo das representações sociais, mais importante que o conteúdo imediato, são as relações em meio às quais elas foram construídas. Por isso não é possível a apreensão de uma representação, isolando-a de outras de cuja relação ela depende e, para analisar essa trama de representações, é preciso compreender o contexto no qual elas foram produzidas.

Segundo Jodelet⁴⁸, destacar o contexto social na produção das representações sociais assegura a impossibilidade de se conhecer o ser humano sem considerá-lo inserido na sociedade, na cultura, no momento histórico e em determinadas condições políticas e econômicas.

Com o objetivo de conhecer o contexto social vivenciado, realizamos uma entrevista estruturada, através da qual delinearíamos o perfil socioeconômico dos participantes. Em relação ao gênero, observamos que o gênero feminino foi predominante no grupo de fumante e no grupo não-fumante, sendo, respectivamente, 65,5% e 84,14%, enquanto o percentual de homens foi de 34,14% e 15,85%. Isso ocorreu devido ao processo de seleção, no qual realizávamos as entrevistas através da visita domiciliar e, culturalmente, nessa população, a maioria das mulheres se dedica às atividades do lar e os homens realizam atividades ocupacionais fora do domicílio. Em relação ao estado civil, 47,56% dos fumantes e 65,85% dos não-fumantes são casados. Os percentuais de fumantes e não-fumantes solteiros foram de 34,14% e 25,60%; de separados, foram 8,53% e 7,87% e de viúvos, 3,65% e 2,43%, respectivamente.

Quanto à ocupação profissional, os percentuais de fumantes e não-fumantes assalariados foram, respectivamente 38,96% e 42,68%; os que trabalhavam como autônomo: 18,18% e 9,75%; exercendo atividades não-remuneradas, foram 38,96% e 45,12%; e desempregados, 3,89% e 2,43%.

Sobre a utilização dos serviços de saúde, 98,8% de fumantes e de não-fumantes afirmaram utilizar o serviço público de saúde, mostrando que a maior parte da população não possui condições econômicas para usufruir de serviços privados.

Na Tabela 1, podemos observar que a média e a mediana da idade foram um pouco menores no grupo não-fumante e, em relação à escolaridade, que foi mensurada em anos de estudo, ocorreu o inverso.

Tabela 1. Caracterização dos participantes através das variáveis Idade, Início do hábito (em anos de idade), Tempo de hábito (em anos), Consumo de cigarro/dia, Renda (em reais), Gasto mensal com cigarro (em reais) e Escolaridade (em anos de estudo), para os grupos Fumantes (F) e Não-Fumantes (NF). Natal, RN, 2006.

Variável	Grupo	Média	DP	Min	Q25	Mediana	Q75	Máx
Idade	F	39,12	11,13	20	30,25	41	48	59
	NF	33,84	10,08	20	25	32	39,75	57
Escolaridade	F	4,70	3,43	0	2	4,5	7,75	11
	NF	6,67	3,53	0	4	7,5	10	16
Início do hábito	F	14,39	4,94	7	12	14	16	40
Tempo de hábito	F	24,73	12,13	5	15	26	35	47
Consumo de cigarro/dia	F	19,04	13,46	3	10	20	20	60
Renda	F	526,09	443,49	60	300	340	637,5	2200
	NF	457,07	241,06	100	300	400	600	1200
Gasto mensal com cigarro	F	41,70	30,00	4,5	19,05	36	54	180

A idade média para iniciar o tabagismo foi aos 14 anos, sendo que 75% dos participantes iniciaram o hábito com 16 anos ou menos. De acordo com Rosemberg⁸⁵, o tabagismo está sendo encarado como doença pediátrica, porque, em torno de 98% dos casos, o início do consumo de tabaco ocorre entre os 12 e 18 anos de idade. O adolescente que fuma um cigarro tem alto risco de continuar fumando quando adulto, porque mais de 90% dos jovens fumantes desenvolvem dependência da nicotina.

Em relação ao tempo de hábito, a média foi de 24,75 anos e 75% dos participantes tinham 15 anos ou mais de tabagismo e o consumo de cigarro por dia foi em média de 19,04 e 75% fumavam 10 ou mais cigarros por dia. Todos os estudos que relacionam o tabagismo ao risco de morbi-letalidade demonstram que essa relação é dose-dependente e a relação linear da mortalidade com o número de cigarros consumidos por dia e o tempo que se fuma é confirmada pela evidência científica⁸⁵.

Quanto à marca mais utilizada, percebemos que predomina em cerca de 80% o uso da marca com menor valor comercial, e esse é o fator principal para a escolha. Além disso, aproximadamente 86% dos fumantes já tentaram parar de fumar pelo menos uma vez. É extremamente difícil para os tabagistas abandonar o tabaco, devido à dependência da nicotina e à dependência psicológica. Há inúmeros estudos que registram o desejo de cessação do hábito e os fracassos nas tentativas, que quase sempre se repetem por várias vezes, e, por isso, contribuem para a continuidade do hábito⁸⁵.

Quanto à variável renda, apesar de ser um dado que apresenta grande variabilidade, o valor da mediana foi de 340 reais no grupo fumante e 400 reais no grupo não-fumante.

Aqueles que têm renda familiar até 340 reais, o gasto com cigarro pode comprometer até 17,26% da renda familiar, e os que possuem renda acima deste valor o percentual comprometido é cerca de 7,58%. Portanto, para aqueles com menor poder aquisitivo, o consumo de cigarro compromete uma significativa parcela da renda mensal, e que poderia estar sendo destinada a outros gastos mais essenciais, como alimentação, educação e assistência à saúde.

Em relação à prática religiosa, 50% dos fumantes não freqüentam culto religioso e 50% freqüentam, e, desses, quando perguntados sobre a freqüência no mês anterior, 42,10% responderam não ter ido nenhuma vez à igreja ou ao culto religioso, 50%, de uma a cinco vezes, e 7,89% mais de cinco vezes. E nos não-fumantes: 36,58% não costumam freqüentar culto religioso, enquanto 63,42% freqüentam e, desse percentual, 29,41% não freqüentaram a igreja no último mês, 52,94% foram até cinco vezes e 17,64% mais de cinco vezes.

Como foi demonstrado, o contexto social no qual foram produzidas as representações deste estudo é marcado pelas dificuldades sociais e econômicas, as quais permearão a análise dos discursos dos atores sociais. Apesar do desafio, buscaremos unificar a estrutura e o conteúdo das representações, discutindo-se os resultados do Teste de Associação Livre de Palavras, conjuntamente aos resultados emergidos das entrevistas. Por essa razão, apresentamos a seguir o Quadro 1, que mostra as categorias e subcategorias simbólicas apreendidas a partir da análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas.

Quadro 1. Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas apreendidas das entrevistas semi-estruturadas dos fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. Natal-RN, 2006.

Categorias	Subcategorias
1. Iniciação do hábito	Amigos e família Admiração e beleza
2. Implicações psicossociais do tabagismo	Relacionamento pessoal Trabalho Financeira
3. Posicionamento frente ao tabagismo	Positivo Negativo Neutro
4. Efeitos do tabagismo	A saúde dos fumantes A saúde dos outros
5. Descrições sobre as doenças bucais	Mau hálito Câncer de boca

	Problemas dentários
6. Tratamento do tabagismo	Médico-psicológico Sobrenatural Dificuldades

As categorias e subcategorias apresentadas no quadro acima não serão discutidas separadamente, pois decidimos integrá-las aos demais resultados desta pesquisa e apresentar, através de temas mais amplos: a iniciação no tabagismo; o tabagismo e a dimensão do adoecer e a discriminação social do fumante.

5.1. Iniciação no tabagismo: influências sociais, a beleza e o prazer de fumar

A categoria *Iniciação do hábito* compreende as unidades de análise em que os sujeitos falam sobre as razões que levaram ao início do hábito de fumar e envolve duas subcategorias: Amigos e família; Admiração e beleza. Percebemos nos discursos dos fumantes, não-fumantes e ex-fumantes (ver Anexo F), que o hábito de fumar reveste-se de simbolismo e assume significados e sentidos que são socialmente construídos a partir da memória coletiva. As falas dos sujeitos revelam as atitudes e comportamentos diante da iniciação do hábito, como a busca pela aprovação, imitação e necessidade de pertença a um grupo social.

Na história da humanidade, o consumo de drogas esteve sempre presente assumindo características diferentes, de acordo com cada cultura. Porém, as funções lúdica e ritualista, são comuns, por facilitar a inserção grupal e intensificar sentimentos de pertencimento e comunhão com as demais pessoas. Esses sentimentos favorecem o combate às sensações de angústia, abandono, solidão e proporcionam um momento de esquecimento ou suspensão das ansiedades e incertezas de um mundo indiferente e ameaçador⁷⁹.

Assim, o tabagismo representa um instrumento de inserção ritual no grupo, que lembra os rituais dos povos indígenas que habitavam a América na época do descobrimento, para os quais o ritual de fumar era uma forma de socialização, amizade e inserção no grupo, como discutimos no Capítulo 2. A iniciação torna-se então um acontecimento social, e o grupo ou indivíduo que proporciona a experimentação representa o exemplo de

comportamento, de hábitos, ou, ainda, uma forma de comunicação a ser aprendida, conforme destacamos nas falas abaixo:

Grupo Fumante: “...eu comecei através de pessoas mesmo que fumava aí me deu vontade (...) minha irmã também é fumante (...) aí a gente vê os outros fumando, aí tem vontade de fumar (...) a mais velha aprendeu assim com as amigas mais velhas (...) eu comecei a fumar porque via minha irmã fumar, fui dando um traguinho, dois... depois me viciiei...”

Grupo Ex-Fumante: “...eu comecei a fumar por influências de amigos e de amigas (...) aí eu aprendi assim, com as amizades (...) aí depois fui a outra festa com os colegas, aí passei mais uns quatro anos fumando, aí depois desisti (...) fumava porque via meus amigos e amigas fumar também...”

Grupo Não-fumante: “...eu acho que as pessoas começam a fumar através de outras pessoas (...) por exemplo a mãe, o pai...as vezes incentivam (...) têm deles que incentivam (...) ela aprendeu a fumar com avó dela (...) no começo as pessoas fumam por curiosidade e incentivo de alguém (...) eu acho que as pessoas começam a fumar por causa dos amigos, ou quando ver o pai ou a mãe fumando, ou então o irmão...”

Nota-se que aprender a fumar é sempre uma atitude relacionada a uma pessoa mais velha, que se torna símbolo de referência. Por isso, o tabaco aparece aqui como produto social e cultural, simbolizando a ascensão social imediata do indivíduo, pois o ato de fumar o primeiro cigarro, além de permitir a experimentação das sensações positivas, como a felicidade e tranquilidade, significa uma passagem para a vida adulta e independente.

Não é surpreendente, portanto, que a imagem do fumante reafirme valores buscados na juventude, como a rebeldia e a noção de independência, de estar executando um ato próprio dos adultos. A fascinação pelo desconhecido, a necessidade de satisfazer a curiosidade, aliada à atração do elemento proibido, completam as motivações que levam as pessoas a experimentar e iniciar o hábito de fumar.

Por essas razões, o ato de fumar ainda é admirável e representado como sinônimo de beleza, remetendo os indivíduos às propagandas dos fabricantes de cigarro, que foram alvo de

proibições apenas na última década em nosso país. A imagem do fumante que era associada à beleza, ao charme, à saúde, aos esportes, à liberdade, à sensualidade e à sofisticação, que foi construída pelas propagandas do século passado, ainda permanece na memória coletiva do indivíduo/grupo social. Essa imagem também contribuiu para a iniciação do hábito, conforme os segmentos a seguir:

Grupo Fumante: “...as pessoas fumam pra passar o tempo, porque é bonito, pra esquecer dos problemas, esquecer alguma coisa (...) não tinha propaganda contra o cigarro (...) a propaganda era a favor do cigarro (...) era charme... hoje não é (...) todo mundo achava bonito, a vinte anos atrás... hoje em dia não...”

Grupo Ex-Fumante: “...achava bonito, achava cheiroso (...) quando era adolescente né... adolescente não tem o que fazer aí inventa essas coisas (...) rapaz eu acho que eu comecei assim... é... a pessoa quando vai ficando adolescente vai vendo as pessoas fumar, aí acha bonito...”

Grupo Não-Fumante: “...eu acho que as pessoas começam a fumar porque gostam e acham bonito (...) tem muita gente aqui nessa rua que fuma só por vaidade mesmo, porque acha bonito...”

O contexto social no qual o indivíduo está inserido influencia as suas escolhas e os seus comportamentos. Deste modo, o ambiente pode facilitar ou dificultar a iniciação. A convivência com outros fumantes, principalmente familiares e amigos, contribui para o desenvolvimento de comportamentos favoráveis ao hábito. O hábito de fumar geralmente é desenvolvido na infância ou na adolescência, quando o indivíduo busca a formação de sua própria identidade, construindo sua imagem e afirmando o seu espaço individual e de grupo. Quase sempre o primeiro contato com o tabaco, assim como com o álcool, ocorre dentro das reuniões familiares, sendo a princípio, considerado aceito socialmente.

Nessa linha de pensamento, aprender a fumar é representado como um ato da infância ou da adolescência, que pode se iniciar como uma brincadeira, a qual é aprovada ou reprovada pelo grupo social. Todavia, iniciar o hábito na idade adulta adquire um sentido de incoerência. De acordo com o senso comum, começar a fumar é admissível quando o sujeito é ainda uma criança ou adolescente, que são percebidos como ingênuos e ignorantes diante do

mal, enquanto o adulto conhece os males provocados pelo consumo de tabaco. Por essa razão, a sociedade espera e exige escolhas mais sensatas e racionais. Logo, iniciar o hábito na idade adulta é sinônimo de contra-senso, como vemos abaixo:

Grupo Fumante: “...ta vendo que eu não ia começar a fumar depois de velha (...) depois de vinte anos aprender a fumar...”

Grupo Ex-Fumante: “...eu comecei a fumar eu tinha dez anos de idade, você repare que é muitos anos (...) está com trinta e sete anos, e começou a fumar com quinze anos...”

Grupo Não-Fumante: “...minha amiga fuma desde criança (...) ela diz que fumava desde dez anos...”

Além dos processos de influência social, que marcam e regulam o desenvolvimento da personalidade de cada indivíduo, seja na infância, seja na adolescência, como vimos anteriormente, a iniciação envolve outra dimensão: a experiência de novas sensações, como a sensação de prazer. Essa dimensão emerge na estrutura das representações sociais do cigarro para o grupo fumante, como veremos a seguir.

Figura 1. Identificação dos possíveis elementos do Núcleo Central das representações sociais do cigarro pelo grupo fumante. Natal/RN, 2006.

OME <2,00 e F>50		OME >2,00 e F>50	
Prazer (50)	1,94		
Prejudica a saúde (84)	1,94		
OME <2,00 e F<50		OME >2,00 e F<50	
Rejeição social (13)	1,76	Bebida alcoólica (13)	2,61

Parar de fumar (18)	1,65	Prejuízo financeiro (14)	2,07
		Nervosismo (24)	2,20

Figura 2. Identificação dos possíveis elementos do Núcleo Central das representações sociais do cigarro pelo grupo não-fumante. Natal/RN, 2006.

OME <2,00 e F>27		OME >2,00 e F>27	
Prejudica a saúde (73)	1,90	Droga (27)	2,22
		Rejeição social(62)	2,08
OME <2,00 e F<27		OME >2,00 e F<27	
Câncer (13)	1,30	Parar de fumar (11)	2,09
Morte (14)	1,50		
Problemas no pulmão (16)	1,93		

As Figuras 1, 2, 3 e 4 constituem os dados relativos ao Teste de Associação Livre de Palavras que foram analisados através do EVOC, e têm como base um gráfico de dispersão, no qual o eixo das abscissas (x) corresponde aos valores referentes às Ordens Médias das Evocações (OME), e o eixo das ordenadas (y), aos valores da Freqüência (F). Desse modo, cada categoria de evocações corresponde a um ponto no gráfico, o que sugere uma correlação positiva entre as variáveis. Ao se deslocar o eixo para o ponto que representa o valor de suas médias, estabelecem-se os quatro quadrantes que estão representados.

As evocações que figuram no quadrante superior esquerdo são as que mais provavelmente fazem parte do núcleo central das representações sociais, enquanto aquelas que estão no quadrante inferior direito pertencem ao sistema periférico, e as evocações nos demais quadrantes são consideradas intermediárias, que podem estar mais próximas da centralidade ou da periferia.

Nas Figuras 1 e 2, onde estão apresentados os resultados da estrutura das representações sociais do cigarro, observamos que as Médias das Ordens Médias das Evocações (MOME) para os dois grupos foram iguais a 2,00 e a Frequência Intermediária (FI) foi igual a 50 para o grupo fumante e 27 para o grupo não-fumante.

Na estrutura da representação social do cigarro para os fumantes, a categoria *prazer* emerge como elemento central. Através de estudos químicos e fisiológicos, a nicotina foi identificada como responsável por provocar efeitos de prazer nos consumidores, através da diminuição da tristeza e tensão. Efetivamente, a nicotina favorece a produção de ácido glutâmico que estimula o sistema límbico, centro do prazer no organismo humano. Tal sensação faz com que fumar seja representado como um controle da ansiedade, da depressão, das desilusões, que estão representadas na categoria *nervosismo*, que aparece no sistema periférico para os fumantes.

O núcleo central aponta para funções, sendo uma geradora e outra organizadora. É ele determinado em parte pela natureza do objeto representado, e, em parte, pela relação que o sujeito ou o grupo mantêm com tal objeto. É definidor da homogeneidade de um grupo social, sendo determinado pela história desse grupo e ligado à sua memória coletiva. O Núcleo central é determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas, marcado pela memória coletiva do grupo, bem como pelo sistema de normas. Sendo normativo, é resistente a mudança, e sua função é garantir a continuidade da representação^{2,89}.

De acordo com Spink⁹⁴ as representações sociais se estabelecem como campos socialmente estruturados que revelam a concomitância de conteúdos mais estáveis, que são os elementos centrais, e de conteúdos dinâmicos, mais sujeitos às mudanças, os elementos periféricos. As representações são, portanto, a expressão de permanências culturais, assim como a expressão da multiplicidade, da diversidade e da contradição. O prazer de fumar também aparece nas entrevistas semi-estruturadas, na categoria *Posicionamento frente ao tabagismo*, na subcategoria *Positivo* (ver Anexo E), conforme as falas a seguir:

Grupo Fumante: “...ai eu fumo um cigarro e é tão gostoso (...) é aquele cheiro, a gente acha cigarro tão cheiroso (...) mais ele também distrai (...) ai parece que quando a gente ta fumando alivia...”

Grupo Ex-Fumante: “...o cigarro é quem alivia os problemas (...) era saboroso tomar um cafezinho e fumar um cigarro (...) sentia alívio, sentia vontade, sentia a nicotina tomando conta de mim mesmo, que quanto mais eu fumava mais vontade eu tinha...”

Grupo Não-Fumante: “...eles falam que é bom quando a pessoa está nervosa (...) diz que alivia o apertado (...) é como se fumar fosse uma coisa boa (...) as pessoas que fuma cigarro fala que esquece dos problemas e que é bom pra eles (...) dizem que dá um alívio (...) a pessoa fica mais tranqüila...”

Com o passar do tempo, após iniciar o tabagismo, conhecer as sensações de prazer, o fumante então experimenta o outro lado do hábito: a dimensão do adoecer, que é permeada por sentimentos de medo e culpa. Cria-se, portanto, a ambivalência entre o “bom” e o “mal” do fumar.

5.2. O tabagismo e a dimensão do adoecer: o medo e a culpa revelados

Os elementos centrais para os fumantes, as categorias *prazer* e *prejudica a saúde*, revelam a contraditória relação do fumante com o cigarro, pois, ao mesmo tempo, que este é representado como prazer, satisfação, felicidade, tranqüilidade e alívio para os problemas diários, que são aspectos positivos do hábito, remetem os indivíduos aos prejuízos provocados à saúde, que revelam duas dimensões: as experiências com o processo de adoecimento decorrente dos efeitos do tabagismo no organismo ou o medo do adoecer.

A ambivalência dessa relação também foi identificada na análise lexical das entrevistas, realizada pelo Programa ALCESTE. O Quadro 2 reúne o relatório descritivo resumido produzido pelo Programa e o Quadro 3, as quatro classes ou contextos temáticos principais.

Quadro 2. Relatório descritivo resumido produzido pela análise do *corpus*, pelo Programa ALCESTE, referente às representações sociais sobre o tabagismo e às doenças bucais nos grupos fumante, não-fumante e ex-fumante. Natal-RN, 2006.

<p>Nome do <i>corpus</i>: Representações sociais sobre o tabagismo e as doenças bucais</p> <p>Número total de ocorrências: 20188</p> <p>Formas distintas: 1806</p> <p>Formas reduzidas das análises: 547</p> <p>Frequência média de uma forma: 11</p> <p>Frequência máxima de uma forma: 951</p> <p>Qui-quadrado mínimo por palavra: 2</p> <p>Número de UCIs: 15</p> <p>Número de UCEs Selecionadas: 490</p> <p>Número de classes obtidas: 04</p> <p>329 UCE das 490 UCE/ 04 classes 67,14%</p>

Quadro 3. Descrição das Classes e dos traços lexicais característicos com os valores do quiquadrado, segundo a análise do ALCESTE referente às representações sociais sobre o tabagismo nos grupos fumante, não-fumante e ex-fumante. Natal-RN, 2006.

Tema da classe	Os traços lexicais característicos por classe
<p>1. <i>Ambivalência entre o prazer e o adoecer</i></p> <p>66,57% das u.c.e.s</p>	<p>Ano+ (18.66), Deus (14.71), Deixei (9.00), Graças (7.89), Parar (7.86), Médico+ (6.65), Comecei (6.28), Carteira (5.18), Vontade (5.10), Depressão (3.59), Tratamento (3.07), Medo (3.07), Morreu (2.55).</p>
<p>2. <i>O tabagismo como incômodo e perigo à sociedade</i></p> <p>11,25% das u.c.e.s</p>	<p>Fumaça (34.30), Prejudica (27.66), Catinga (25.31), Perto (22.69), Emprego (16.49), Trabalho (15.09), Sente+ (15.52), Difícil (12.34), Respirando (9.32).</p>
<p>3. <i>A discriminação social do fumante</i></p> <p>10,33% das u.c.e.s</p>	<p>Lugar+ (64.38), Proibido (54.02), Fumam (38.93), Gostam (35.13), Outr+ (27.43), Pede (20.93), Apagar (26.27), Respeitar (18.27), Vergonha (10.37), Pavor (10.37).</p>
<p>4. <i>A boca como local de reafirmação da discriminação</i></p> <p>11,85% das u.c.e.s</p>	<p>Dente (155.39), Boca (69.46), Hálito (75.93), Amarelo+ (37.34), Preto (37.34), Estragado (37.34), Escuro (30.11), Provocar (22.56), Escovar (22.51), Extrair (17.57), Perd+ (17.34), Catinga (10.59).</p>

A Classe 1, *Ambivalência entre o prazer e o adoecer*, concentra 66,57% das u.c.e.s e é o contexto temático mais significativo do conjunto analisado. O conteúdo desta classe foi formado, em sua maior parte, pelo discurso dos fumantes e ex-fumantes. O grupo de traços lexicais que a compõem evidencia que o início do hábito é associado à infância e que a possibilidade do adoecer ou morrer desperta medo e um sentimento de culpa e, por conseguinte, a vontade de *parar de fumar*, que emerge como provável elemento intermediário para os fumantes e como periférico, para os não-fumantes. Mas por que esses sentimentos de medo e culpa permeiam o imaginário dos fumantes?

Através da articulação entre Mídia e Medicina, apreendemos a invasão do cotidiano pela ciência e pela tecnologia, que advertem a existência de riscos nos hábitos individuais e propõem os meios de contorná-los ou evitá-los. Em todos os meios de comunicação, acessamos reportagens sobre como gerenciar nossas vidas, evitando os riscos, através do cuidado. O controle dos riscos constitui-se, portanto, em uma forma de poder que promove a cientificização dos hábitos da vida e, por conseguinte, a individualização dos comportamentos e a culpabilização dos indivíduos pela doença⁶².

Os significados que compõem as representações sociais são resultantes da interação entre o senso comum e o conhecimento científico, onde existe uma relação de influência mútua e permanente entre estes dois universos, resultando numa diversidade de sentidos e significados que circulam através dos meios de comunicação formais e informais, os quais são assimilados e reelaborados socialmente⁶⁶.

Nos jornais, nas revistas, na televisão, na Internet, todos os dias acessamos conteúdos sobre a importância dos hábitos e escolhas saudáveis. Conhecer o amanhã das escolhas que fazemos hoje permeia todas as decisões diante da vida. Estamos sempre divididos entre fazer ou não fazer algo, entre o prazer e a emoção imediata propiciada por uma ação e o futuro cientificamente simulado.

Nesse sentido, a perda do controle na relação com o que dá prazer significa descuido em relação ao futuro, exposição aos riscos e desenvolvimento do vício. Assim, toda ação prazerosa, como o tabagismo, deve comportar a percepção do risco e, por conseguinte, o prazer torna-se um sentimento a ser moderado, com a finalidade de evitar o vício e suas conseqüências, o que permitiria a continuidade de uma vida prazerosa¹⁰⁵.

Entretanto, a busca por uma nova sensação de prazer transforma-se em necessidade, o que foi construído pelo imaginário social como dependência ou vício. Segundo Sissa⁹¹, *“não tem mais nada a ver com uma vitalidade feliz, ao contrário, torna-se um estado físico e psíquico atroz. Aos poucos, o desejo não acha mais na droga um princípio motor, mais uma exacerbação tão despótica que esse mesmo desejo a ela se agarra sem poder mais se mover no sentido de alguma outra coisa. A dose seguinte, em vez de trazer uma volúpia, evita uma queda no sofrimento. É sob essa forma que daí em diante surge a necessidade: uma dor insuportável e, entretanto, irresistível.”*

No discurso dos fumantes, ex-fumantes e não-fumantes, o tabagismo também é representado como uma droga, capaz de causar dependência, que é vinculada à nicotina. Essa imagem também é representada pela palavra “vício”, que atualmente é evitada nos meios que lidam com a dependência química, devido à conotação moral negativa e um caráter pejorativo, que sugere uma forte conexão da representação com significados e símbolos de cunho moral do senso comum. Entretanto, o tabaco, por ser uma droga lícita, tem uma aceitação social, o que não se dá com as ilícitas.

Grupo Fumante: *“...olhe quem tem vício é uma desgraça (...) mais ai eu vou deixar, porque não tem futuro não (...) o cigarro... o cigarro é uma peste (...) o vício é uma peste...”*

Grupo Ex-Fumante: *“...sentia a nicotina tomando conta de mim mesmo, que quanto mais eu fumava mais vontade eu tinha (...) o vício acaba com a pessoa...”*

Grupo Não-Fumante: *“...fumar é como uma droga (...) o cigarro é uma coisa muito ruim (...) cigarro é ruim (...) cigarro é uma droga (...) o fumante fica viciado e acha que é bom pra ele mas é muito ruim a pessoa fumar...”*

De acordo com Cavalcante e Santos¹⁸, a palavra “vício” apresenta uma forte conotação pejorativa, pois assume o significado de “defeito grave que torna uma pessoa ou coisa inadequada para certos fins ou funções, inclinação para o mal, desregramento habitual, conduta ou costume censurável ou condenável, libertinagem, devassidão e prática de mau hábito”. Nas entrevistas realizadas no nosso estudo, há um consenso nos discursos de que o

tabaco é uma droga que causa dependência e que prejudica a saúde. Entretanto, essa representação é mais explícita no grupo não-fumante, pois o elemento *droga* também aparece na periferia próxima ao núcleo central da representação do cigarro para esse grupo.

O conceito de sistema periférico surge paralelo à idéia de centralidade, onde ocorrem atualizações e contextualizações, quebrando o consenso e remetendo a representação à mobilidade, à flexibilidade e à expressão individualizada. A principal função do sistema periférico é a promoção da interface entre a realidade concreta e o núcleo central, garantindo a aproximação da representação na realidade do momento, através da concretização, regulação e adaptação do núcleo central da representação^{2, 89}.

Nos elementos periféricos, que estão em torno do núcleo central e são organizados por ele, apreendemos que o hábito de fumar, para o grupo fumante, encontra-se associado e reforçado por outro hábito que também provoca dependência e aumenta a sensação de prazer do tabagismo, que é a *bebida alcoólica*. Essa interação dificulta as tentativas de intervenção no hábito de fumar e nos mostra que o sucesso do tratamento do tabagismo deve estar associado a abordagens que contemplem também o alcoolismo.

Ao falar em dependência do tabaco, é importante considerar os três aspectos relacionados a esta: a dependência física, provocada pela nicotina, que é responsável pela síndrome de abstinência; a dependência psicológica, fundamentada em processos de condicionamento próprios de cada fumante, como a associação com outros hábitos, a exemplo do alcoolismo; e a dependência social, baseada na aceitação social do tabagismo e das pressões ambientais que incitam ao consumo, como a publicidade e o grupo social²³.

Nesse sentido, a sociedade incentiva à experimentação do tabaco como algo que promove o bem-estar e a socialização. Porém, quando o sujeito se torna dependente, esta mesma sociedade particulariza o uso e culpabiliza o sujeito. Ele e somente ele será responsabilizado pelas conseqüências da dependência em sua vida pessoal e na sociedade. O tabagismo passa a ser visto como responsabilidade do indivíduo e não mais da sociedade. A representação do tabaco aqui, é então negativa, e a sociedade, por isso, passa a exigir o fim do hábito. De acordo com Vaz¹⁰⁵ as técnicas de poder da sociedade de controle são modos de produzir a culpa, consistindo fundamentalmente no seguinte: para se sentir culpado, um indivíduo precisa olhar para si mesmo, para refletir sobre seus atos e pensamentos, com o olhar do outro.

Em conseqüência, diante da incapacidade do indivíduo em dosar a relação prazer-risco, e de não tornar-se “dependente” ou “viciado”, entra em ação as relações de poder dos órgãos sociais. As ameaças aos valores da sociedade são controladas para se conformar à normalidade. Por essa razão, com o passar do tempo, a permanência do hábito é substituída pela noção de risco e relacionada à imagem da doença. O elemento central *prejudica a saúde* confirma essa relação ambivalente que o fumante vivencia. Para compreender melhor essas representações, buscamos as respostas nos valores da nossa sociedade e nas relações de poder.

Segundo Vaz¹⁰⁵, esses valores parecem ser, na relação da pessoa com ela mesma, o bem-estar, a juventude e vida prolongadas, o autocontrole e a eficiência, e, na relação com os outros, a tolerância, a segurança e a solidariedade. Comportamentos e atitudes que signifiquem perigo a esses valores implicam riscos, que devem ser evitados e/ou excluídos pelo indivíduo/grupo social. Conseqüentemente, a tolerância ao outro acaba quando suas escolhas ou seus hábitos nos põem em perigo. Esse mecanismo de poder gera uma padronização de comportamentos e uma busca dos indivíduos em se adequar aos valores da sociedade.

Além do mais, atualmente, percebemos na sociedade um movimento de bem-estar e saúde, com a população acredita que comportamentos podem ser mudados para se obterem os benefícios de uma vida mais saudável na sociedade medicalizada. Essa crença tem origem e é reforçada por dados científicos que mostram significativas reduções na mortalidade por doenças cardiovasculares resultantes da detecção precoce da hipertensão, mudanças de hábitos alimentares, adoção da prática de exercícios físicos e eliminação dos hábitos perigosos, como o tabagismo e o alcoolismo. A imagem do “*Homo sapiens saudável*” é então construída e assimilada como ideal coletivo.

Em contrapartida, a imagem de doença e de doentes significa uma negação da imagem de saúde, símbolo da identidade moderna, em termos físicos e simbólicos, com conotações de competência, respeitabilidade e responsabilidade. A busca pelo estado de saúde e a aparência jovem emergem como valores. A doença não só negaria estes componentes aos atores sociais da modernidade assim como lhes imporia o peso de uma cidadania comprometida. De acordo com esses argumentos, percebemos que na estrutura das representações sociais do cigarro para o grupo fumante a representação da doença aparece de forma menos explícita que para os não-fumantes, onde encontramos na periferia próxima ao núcleo central, os elementos *câncer, problemas no pulmão e morte*.

Nessa perspectiva, o “eu” sadio seria simbolicamente sustentado através da imagem do “outro doente” e a resistência à doença para si emerge simbolicamente na noção do outro doente. O medo do adoecer e de assumir uma imagem negada pela sociedade faz com que a figura do doente seja então representada no outro. De tal modo, essas representações reforçam a idéia do outro como marginalizado, discriminado, portador do mal, e compõem uma imagem de perigo físico para o indivíduo e um perigo simbólico para a sociedade. O controle do tabagismo é então assimilado e incorporado ao discurso do senso comum.

Além disso, o tabaco sendo representado como causador de danos à saúde revela o acúmulo de evidência científica na construção do pensamento social. Os indivíduos, pensadores ativos, produzem suas representações como sujeitos coletivos, a partir das comunicações e das relações com os objetos, mediante inúmeros episódios cotidianos de interação social. As falas expressam fragmentos do discurso científico sobre os efeitos do consumo de cigarro no organismo, como podemos observar na categoria *Efeitos do tabagismo*, na subcategoria *A saúde dos fumantes*:

Grupo Fumante: “...hoje a propaganda fala que o cigarro dá o câncer, que o cigarro mata de enfarto (...) antes não tinha isso (...) e hoje as pessoas sabem tudo que o cigarro provoca (...) pode provocar entupimento de veia (...) hoje a propaganda fala que o cigarro dá o câncer, que o cigarro mata de infarto (...) para dá um infarto é bem ligeirinho...”

Grupo Ex-Fumante: “...essa gastrite foi por causa do cigarro (...) ai ele teve problema de saúde na garganta dele (...) pigarro assim de vez em quando escarrando, sabe, de vez em quando escarrando... e antes quando eu fumava, após que eu deixei também, eu sentia um pouco cansado (...) fumar trás câncer, prejudica a criança quando a mulher está grávida, prejudica um bocado de coisa (...) eu sei que fiquei hipertensa...”

Grupo Não-Fumante: “...câncer de pulmão né, que afeta o pulmão... E outras coisas (...) pode dá derrame cerebral (...) pode dá câncer também (...) mancha o pulmão (...) dá até o câncer no pulmão (...) leva até a morte da pessoa...”

As representações sociais sobre os problemas cardiovasculares, respiratórios e o câncer são associadas à imagem do fumante. Entretanto, as experiências com o adoecer são

muitas vezes referenciadas aos “outros” como se o fumante negasse para si a possibilidade de adoecer, e, de certa forma, essa negação promovesse uma sensação de proteção dos efeitos do cigarro.

Além disso, o fato de que as pessoas que fumam podem ou não desenvolver doenças graves como o câncer ou um infarto do coração faz com que a imagem da doença seja associada à figura do “outro” fumante e não do “eu” fumante. Cria-se, assim, o sentimento de imunidade para si, que reforça a continuidade do fumo e a atitude de entregar-se ao risco.

O medo da doença aliado ao perigo que ela representa configura-se numa posição intermediária, situada entre a condição de vida e a condição de morte. Essa ambivalência contribui para que a sociedade, através das explicações individuais e coletivas, produza proteções simbólicas para o doente, e principalmente, para se proteger da doença⁶⁴.

Na nossa sociedade, onde os valores são a vida e a saúde, a morte significa a negação desses valores. Assim, a morte também figura como elemento das representações, somente na estrutura das representações sociais do grupo não-fumante. Percebemos, portanto, que, assim como a imagem de doença, a possibilidade de morte é afastada e representada na imagem do outro. Reforçando essa consideração, os eventos relacionados à morte que são revelados nas entrevistas, na maioria das vezes, estão relacionados às pessoas mais distantes do convívio social.

Grupo Fumante: “...agora ela ta vendo as conseqüências, ta sentindo dor no peito, ta sentindo cansaço (...) acho que já ta atingindo, que já deve ter atingido o pulmão dela (...) porque... vizinho a uma rua que eu moro, morreu uma rapaz porque ele fumava (...) a gente vê na televisão... vê as pessoas falando também, as vezes (...) eu já fui uma vez lá no Walfredo e tinha uma mulher lá muito mal, por causa do cigarro...”

Grupo Ex-Fumante: “...ai ele teve problema de saúde na garganta dele (...) inclusive ele faleceu com um câncer na garganta...”

Grupo Não-Fumante: “...tem um vizinho meu que morreu (...) ela pode ter problemas na gravidez por causa do cigarro (...) ela teve início de trombose e uns oito dias ela deu uma paradinha... Mais depois voltou tudo de novo...”

O discurso dos riscos e da sociedade medicalizada pressupõe sujeitos racionais e que controlam os prazeres da vida sem deixar-se ser controlados. Contudo, no discurso dos sujeitos, vê-se a noção de pessoa sujeita às forças do destino e à vontade de Deus. O homem então assume a incapacidade de controlar sua própria vontade, necessitando de forças transcendentais que o protejam, o que demonstra suas fragilidades perante a vida. As conseqüências negativas do hábito são então associadas à questão do destino, que é guiado por Deus, ou ao fatalismo do futuro do fumante, como ilustram os discursos a seguir:

Grupo Fumante: “...ai que deus o livre dá um problema de saúde em você (...) mais ai eu vou deixar, porque não tem futuro não (...) o cigarro não tem futuro pra ninguém (...) eu espero... de instante em instante eu espero ter alguma doença por causa do cigarro...”

Grupo Ex-Fumante: “... o câncer pode matar mais só se Deus quiser (...) se Deus não quiser não mata homem nenhum (...) as pessoas pra parar de fumar tinha que ter consciência do que o cigarro faz e ver que aquilo não dá futuro pra ninguém não...”

A cultura coletiva expressa no pensamento social implica em significados compartilhados socialmente na prática da vida diária. O conhecimento dos prejuízos provocados pelo cigarro à saúde e a associação à iminência de morte são então diminuídos pela sensação de prazer e de saber que para morrer só é necessário estar vivo. Essa percepção foi também identificada por Consuegra e Zago²³, em um estudo das crenças de fumantes que pertenciam a um programa de saúde cardiovascular. Representar o tabagismo como destino é considerar que, mesmo conhecendo os danos que o cigarro pode provocar à saúde, se continua a adotar a prática de fumar, como observado nas falas abaixo:

Grupo Fumante: “...e hoje as pessoas sabem tudo que o cigarro provoca (...) e nesse tempo eu não sabia que o cigarro fazia mal não... hoje é que eu sei (...) mais depois vê as conseqüências...”

Grupo Ex-Fumante: “... os fumantes sabem que o cigarro faz mal... eles sabem porque eles não são nenhum inocente (...) as pessoas sabem o que o cigarro provoca... mais

algumas ignoram (...) o povo sabe (...) porque esses cartazes que o ministério da saúde coloca pro público aí (...) as pessoas falam isso é mentira, isso não é verdade não, não tem nada a ver não (...) o povo ignora (...) na verdade o povo ignora isso tudo (...) tem gente que não acredita não (...) vendo e não acredita..."

Grupo Não-Fumante: *"...mesmo sabendo que o fumo ofende, se prejudica, mas fumam (...) porque pra isso até o pessoal que vende o cigarro, ele bota a placa aí... dizendo o que o cigarro faz, mas mesmo assim as pessoas fumam (...) eu falo pra ela que o cigarro ofende..."*

Ambigualmente, a figura do fumante assume dois significados diferentes no pensamento social. Por um lado, ele é percebido como um sujeito racional, ciente de suas ações, conhecedor dos males provocados pelo tabaco e capaz de controlar seus desejos. Por outro lado, a imagem de uma pessoa frágil, incapaz de controlar seus desejos, de enfrentar a realidade e como alguém mal-informado em relação aos riscos a que está exposto. Há indícios de que a ambivalência encontrada no discurso dos entrevistados reflita a ambivalência que permeia a prática e as representações de uma sociedade complexa, que comportam componentes de positividade ao mesmo tempo que revelam a negatividade, conforme ilustram as falas abaixo:

Grupo Fumante: *"...fuma hoje quem é burro (...) não sabe que aquilo prejudica as outras pessoas (...) mais fica a critério da pessoa se vai querer parar ou não (...) se quer o melhor ou o pior (...) mesmo sem perceber, começa a fumar... mesmo que não queira (...)pra pessoa parar de fumar só com força de vontade mesmo, só força de vontade..."*

Grupo Ex-Fumante: *"...umas pessoas fumam porque são inocentes e não sabem mesmo (...) as pessoas sabem o que o cigarro provoca (...) mesmo sabendo que o fumo ofende, se prejudica, mas fumam (...) as pessoas quando começam a fumar sabe que faz mal à saúde e mesmo assim fuma porque quer (...) os fumantes sabem que o cigarro faz mal... eles sabem porque eles não são nenhum inocente (...) a pessoa pra parar de fumar só força de vontade mesmo..."*

Grupo Não-Fumante: *"...tem gente que fuma porque é burro, porque todo mundo sabe o que o cigarro faz (...) tem gente que fuma e não sabe o mal que está fazendo*

(...) tem gente que não sabe o que o cigarro faz não (...) tem gente que fuma e não sabe o mal que está fazendo (...) para parar de fumar as pessoas tem que ter esforço e vontade de parar (...) o vício toma conta e eles não conseguem largar o cigarro (...) e por causa do vício que eles não conseguem se controlar...”

Por conseguinte, as falas relacionadas ao “outro”, ao “fumante”, compõem uma imagem negativa do fumante, a quem são atribuídas características como a fragilidade, a irresponsabilidade e a impossibilidade de não resistir ao mal, ao mesmo tempo que consideram o fumante como alguém dotado de força de vontade e possibilidade de escolha, numa concepção ambígua e individualizada do hábito.

Segundo Minayo⁵⁹, na Sociedade Capitalista, a representação da saúde/doença passa pelas contradições sociais que a compõem. Do ponto de vista dominante, a saúde é de atribuição individual, como um capital de reserva e de propriedade privada que se mantém pelo equilíbrio e a concepção de doença é também marcada pela responsabilidade do indivíduo. Essa representação baseia-se na visão anatômico-fisiológica do indivíduo, na idéia de corpo como produtor e instrumento de trabalho, que propicia o desenvolvimento e a manutenção das relações de poder.

Através da análise de algumas expressões metafóricas do grupo ex-fumante, apreendemos evidências de que a representação do tabagismo como um hábito individual e que impele os fumantes ao sentimento de culpa provavelmente tenha sido objetivada e ancorada na concepção de suicídio, conforme ilustram as falas abaixo:

Grupo Ex-Fumante: *“...eu tava fazendo o quê... me suicidando com minhas próprias mãos e é o caso de qualquer pessoa (...) é o cigarro é a bebida, a pessoa vai se suicidando com suas próprias mãos (...) então é uma pessoa jovem que suicidou-se (...) tem gente que se mata e mata os outros...”*

O processo de objetivação é aquele através do qual o que é abstrato se torna concreto, dotado de materialidade, e se torna expressão de uma realidade pensada como natural. Quanto ao processo de ancoragem, ele designa a transformação do não familiar em

familiar e as formas através das quais as representações sociais se tornam socialmente funcionais¹⁰⁴.

Segundo Ordaz e Vala⁷⁵, as metáforas para as representações sociais são evidências dos processos de objetivação e ancoragem. É freqüente na mesma cultura que conceitos mais abstratos sejam estruturados metaforicamente a partir de conceitos mais concretos. Um conceito ou objeto é pensado a partir de várias metáforas, as quais evidenciam alguns aspectos do objeto e encobrem outros, o que as torna de fato produtoras de sentido e fatores estruturantes da experiência cotidiana.

Porém, identificar o tabagismo como um hábito de responsabilidade individual nega o fato de que o comportamento por si só está além do alcance do indivíduo. O comportamento é constituído por aspectos culturais, psicológicos, sociais e biológicos, nem sempre dentro do controle individual. Sob essa afirmativa, o tabagismo não deveria ser visto meramente como escolha individual e racional, e sim como um fenômeno sociocultural¹⁴.

O tabagismo, pensado como problema do indivíduo, primeiramente é concebido como um processo que não revela seu vínculo com o social, espelhando a prática médica reducionista. O foco dessa representação indica que, independente de qualquer explicação que possa ser dada, é o indivíduo que adoece e enfrenta a morte, o que revela uma tendência ao individualismo. Porém, a atribuição de sentidos de causas como o desígnio divino, a fatalidade ou desordem, remetendo à desobediência ou à quebra de normas e tabus coletivos, é ambigüamente construída. Existe, assim, um conflito entre as explicações meramente biológicas individualizantes e as relações sociais e das interpretações culturais na observação de como uma pessoa enfrenta o adoecer⁵⁹.

Em contrapartida, apesar de assimilarem as concepções dominantes e agirem a partir das regras estabelecidas pelo saber científico, as classes populares possuem códigos de resistência às mudanças, pois seu esquema interpretativo envolve uma visão mais totalizante do fenômeno do adoecer, que abrange a concepção do ser humano como corpo/alma, matéria/espírito e envolve relações afetivas e condições de vida e trabalho. Por isso, o saber científico não é legitimado totalmente, e sim reinterpretado pelo senso comum que o reutiliza de acordo com seus interesses⁵⁹.

Além do mais, a crença do tabagismo como um comportamento individual contribui para uma ironia cultural e política da sociedade. A ênfase na responsabilidade individual

acaba por negar responsabilidades sociais mais amplas. É essa posição que adotam atualmente as indústrias tabagistas, que se livram das responsabilidades legais dos efeitos de seus produtos, usando como argumento a livre escolha do consumo.

5.3. A discriminação do fumante: para além do incômodo, o tabagismo como perigo à sociedade

As concepções e valores da sociedade moderna contribuem para a transformação de atitudes e práticas relacionadas ao tabagismo sob influência de diversos fatos sociais. Certamente, o fato social mais recente e importante para transformar as representações sociais dessa prática foi a divulgação científica sobre o tabagismo passivo.

As evidências científicas de que o tabagismo também é prejudicial a não-fumantes que compartilham o mesmo ambiente, circulam na mídia e nos meios de comunicação de massa, dando um maior impulso a transformações nas representações sociais do tabagismo. Este, que antes era um ato rejeitado apenas pelo incômodo, ganha a base do discurso científico, tornando-se uma ameaça para a saúde da coletividade, e essas representações já circulam no senso comum e é um consenso nos três grupos estudados, como observamos na categoria *Efeitos do tabagismo*, na subcategoria *A saúde dos outros*.

Grupo Fumante: “...eu sei que também prejudica a saúde de quem não fuma (...) as pessoas que não fuma também pode ficar doente (...) a pessoa pode ficar doente também por causa da fumaça...”

Grupo Ex-Fumante: “...cigarro não ofende só quem fuma (...) ofende também quem recebe (...) prejudica a família, quem está em casa, quem está por perto dele (...) prejudica quem não fuma, todo mundo...”

Grupo Não-Fumante: “...o cigarro também provoca doença em quem não fuma só que eu não sei dizer o quê (...) As pessoas que estão perto também podem ter doença (...) Podem porque a fumaça faz mal mais a quem não fuma do que a quem fuma...”

Contudo, apesar do conhecimento de que fumar pode prejudicar as pessoas que não fumam, mas que estão aspirando à fumaça, os atores sociais não conhecem muito bem quais doenças essas pessoas podem desenvolver.

Nos discursos dos três grupos estudados, encontramos a confissão de desconhecimento dos efeitos provocados pelo tabagismo passivo. De acordo com Jodelet⁴⁸, a confissão de ignorância pode corresponder à expressão de uma verdadeira falta de informações ou pode também significar a impossibilidade de conhecê-lo, em razão do seu caráter inconsciente e inacessível, ou novo, “assustador”, difícil de apreender intelectualmente, de “se representar”, de “imaginar”.

Diante de tal “ignorância”, o grupo não-fumante magnifica a dimensão do problema, numa atitude de proteção do grupo frente ao desconhecido. Observamos, nos discursos, que há um consenso que o fumante passivo é mais prejudicado em sua saúde do que o próprio fumante.

Grupo Fumante: “...é muito pior pra saúde dos outros (...) é pior ainda pra quem não ta fumando (...) prejudica mais quem não fuma do que quem está fumando...”

Grupo Ex-Fumante: “...dizem que prejudica mais não é o que fuma, é o que sente a fumaça (...) porque eu acho assim, que muitas vezes, muitas vezes, aquele que recebe a fumaça do fumante é mais fumante do que aquele que fuma...”

Grupo Não-Fumante: “...Podem porque a fumaça faz mal mais a quem não fuma do que a quem fuma (...) que é pior ainda pra quem não fuma (...) pra quem ta sentindo a fumaça é pior ainda (...) dá mais doença do que em quem fuma (...) eu não sei dizer o que dá...”

Essas e outras representações sobre o tabagismo passivo se expressam cada vez mais fortes através da formação de grupos sociais de defesa de saúde para combater o tabagismo, especialmente as restrições ao consumo em ambientes fechados. Em contrapartida, são organizados grupos sociais em defesa dos direitos dos fumantes, e grupos que se beneficiam economicamente do consumo do tabaco, como as indústrias tabagistas.

Essas representações consensuais denotam, em relação ao tabagismo, uma concepção de contágio, de um mal contagioso, devido ao fato de a exposição indireta e involuntária a fumaça do tabaco também provocar doenças, como afirmam as evidências científicas. Esse conhecimento contribui para a discriminação social do fumante, assim como ocorreu com outras doenças, a exemplo da AIDS e da epilepsia⁶⁴.

Deste modo, há indícios de que as representações elaboradas para pensar o tabagismo passivo são ancoradas no modelo contagionista de doença, presente no coração da Cultura Ocidental e mantido através das metáforas. Na Idade Média, as práticas sanitárias ligadas à lepra e à peste estiveram ancoradas na idéia do contágio e associavam a doença à proximidade ou contato com seus portadores. Por isso, os doentes eram isolados do convívio em sociedade. As metáforas como “o tabagismo é uma peste” e “é uma desgraça” confirmam as evidências.

Com a justificativa de que fumar é prejudicial aos inocentes e que traz riscos à vida, a resposta social ao tabagismo adquire o caráter de moralidade e, sob essas circunstâncias, fumar em ambientes públicos passa a ser considerado um ato imoral e de falta de respeito. Os fumantes então são “isolados” da convivência social daqueles que não fumam. As conseqüências do controle do tabagismo tornam-se, assim, evidentes. As organizações que cuidam da saúde propõem que o tabagismo seja controlado com o pressuposto de que os indivíduos precisam ser protegidos dos riscos que ameaçam a vida.

Segundo Foucault³³, aqueles que exercem o poder se legitimam por se apresentarem como quem cuida dos homens, como quem cuida da negatividade que habita os homens, negatividade que foi inventada pelo próprio poder. O objetivo deste cuidado é o de fazer os indivíduos não se desviarem ou retornarem ao comportamento desejável pela cultura. Assim, as relações de poder podem ser pensadas como interferência contínua no processo social de constituição dos indivíduos. Trata-se de uma estratégia em que o indivíduo pensa os seus comportamentos e atitudes a partir de suas crenças e valores gerados pela sociedade. Tais crenças e valores são naturalizados no pensamento coletivo e propõem que nossa cultura enfim descobriu a verdade do homem e do mundo.

Nessa perspectiva, o lado moral não apenas forneceu meios legais para a regulação do comportamento, como também permitiu que fortes sanções sociais fossem instituídas, e pode ter contribuído para a noção de criminalidade para o ato. Essas práticas e atitudes

modificam um dos prazeres primários de fumar, que é o de compartilhar a presença de outros fumantes, que reforçavam o hábito, mas que atualmente torna-se um fator de influência na decisão de parar de fumar para alguns fumantes.

No processo de formação das representações sociais, informações de diferentes ordens são continuamente elaboradas e transformadas, articulando idéias e concepções que permitem ao sujeito agir e interagir com o mundo e com os outros⁴⁸.

Assim, o conhecimento social de que o tabagismo pode provocar doenças nas pessoas que não fumam transforma a fumaça do tabaco, que antes significava apenas um incômodo social, devido ao aroma, em um mal social, que deteriora os vínculos sociais e afetivos. Essas representações compõem a Classe 2, *O tabagismo como incômodo e perigo à sociedade*, da análise realizada pelo ALCESTE, que foi principalmente formada pelo discurso dos não-fumantes e concentra 11,25% das u.c.e.s. Esse contexto temático representa uma construção sobre os perigos aos quais as pessoas que não fumam estão expostas quando respiram a fumaça do tabaco e o incômodo que essa fumaça desperta.

Nessa classe percebemos que o relacionamento interpessoal do fumante é então prejudicado, pois sua imagem representa a lembrança e a presença constante da doença, significando uma ameaça à convivência em sociedade. Essas representações contribuem para a rejeição social do fumante, que é consensual para os três grupos, como pode ser observado também na categoria *Implicações do tabagismo*, nas subcategorias *Relacionamento pessoal e Trabalho*.

Grupo Fumante: “...meus filhos têm até abuso quando vê eu fumando (...) as pessoas quando a gente acende o cigarro perto não gostam, acham o cigarro fedorento (...) ninguém vai querer nem chegar perto de mim pra falar (...) meu marido não fuma (...) ele tem pavor, quando eu acendo o cigarro (...) o cigarro também prejudica para arrumar trabalho (...) porque eles perguntam logo se a pessoa fuma (...) eu trabalhei mais de 3 anos numa casa de família, a dona da casa não gostava (...) quando uma pessoa que fuma vai procurar trabalho, se disser que fuma não fica, com certeza...”

Grupo Ex-Fumante: “...ai quem não fuma já não gosta de falar assim, de conversar com uma pessoa que fuma cigarro (...) a pessoa já não vai gostar muito. mesmo assim é a moça que fuma e vai falar perto do namorado (...) se ele não fumar, ele não vai

gostar (...) ele não vai gostar de namorar com uma mulher que fuma (...) até pra arrumar emprego é mais difícil (...) porque quem é exigente demais e não quer que a pessoa fumem (...) ai a pessoa perde o emprego...”

Grupo Não-Fumante: *“...e nem quero que fume perto de mim (...) eu acho incômodo a gente chegar num ambiente onde o pessoal está fumando (...) às vezes a gente chega no posto de saúde mesmo e vê o pessoal fumando (...) é muito incômodo (...) muita gente que trabalha em ambiente fechado não gosta de gente que fuma (...) pra trabalhar em ambiente fechado não dá certo não (...) de conseguir um emprego também (...) porque nem todo mundo quer dá emprego a quem fuma...”*

Nas relações familiares, nas relações amorosas, nas amizades, no trabalho, a rejeição social surge como consequência dessas representações. Os laços sociais dos fumantes são comprometidos. Atitudes como se afastar do fumante, pedir para apagar o cigarro, ou simplesmente reprovar o ato de acender um cigarro próximo a um não-fumante, denunciam a exclusão e revelam comportamentos de proteção e reafirmação do grupo não-fumante.

Esses comportamentos e atitudes constituem a Classe 3 da análise do ALCESTE, *A discriminação social do fumante*, com 10.33% das u.c.e.s, que apresenta uma construção negativa da imagem do fumante que torna-se responsável pela guia das atitudes que discriminam os fumantes. A rejeição social associada ao discurso científico sobre o tabagismo passivo contribui para a elaboração das representações sociais, por suscitar uma ameaça à ordem social, que é expressa através do medo do desconhecido, das possibilidades do adoecer e do não controlável.

Essas concepções também permeiam as representações sobre a boca dos fumantes, pois o tabagismo emerge nos discursos dos atores sociais como o elemento que provoca mudanças indesejáveis na boca, as quais contribuem para reafirmar a discriminação social.

Através da boca, o organismo tem o primeiro contato com os produtos químicos provenientes da queima do tabaco. De acordo com o senso comum, tais substâncias provocam alterações na cor dos elementos dentários, modificam o paladar, diminuindo o prazer de degustar os alimentos, ressecam a mucosa e os lábios e alteram o aroma, que se torna um incômodo para os fumantes, não-fumantes e ex-fumantes.

Grupo Fumante: “...porque o mau hálito já é uma coisa horrível (...) a pessoa não pode chegar perto que sai com a catinga (...) eu passei quinze dias... e eu tive um caso fora com uma pessoa fumante. eu odiei ela... não quis mais por causa do mau hálito...”

Grupo Ex-Fumante: “...e a gente sente de longe... o cheiro da coisa do cigarro, tem diferença e muita (...) o cigarro provoca a catinga dele na boca (...) mais eu não gosto da catinga do cigarro...”

Grupo Não-Fumante: “...A boca fede (...) Pra arranjar namorado, eu mesmo não queria um homem com mau-hálito perto de mim (...) A boca de uma pessoa que fuma é diferente, porque dá pra gente notar, ao chegar perto você já sente aquela catinga...”

A imagem do sorriso é compartilhada como valor e contribui para a aceitação do indivíduo em um grupo social. As práticas culturais, próprias de cada povo na Antiguidade, evidenciam que, de maneiras diferentes, havia uma valorização do sorriso. Hoje esses valores são influenciados pelos meios de comunicação e pelo conhecimento científico, no caso a odontologia. Os valores da mídia adentram em diferentes culturas e classes sociais, de modo que, neste momento, em um mundo globalizado, a imagem é ajustada aos modelos de consumo, e padronizada independente do contexto social. Estas são questões que influenciam a identidade dos indivíduos, pois, ao mesmo tempo em que o sorriso tem uma particularidade para cada pessoa, passa a ser significado comum para o grupo social³².

Moscovici⁶⁶ discute o papel da comunicação na formação das representações sociais a partir de três aspectos: dos fenômenos cognitivos, da criação de um universo consensual e dos fenômenos de influência e de pertença sociais. Em relação a esse último, ele mostra a influência dos meios de comunicação de massa na formação das representações sociais e sua relação com a conduta humana. Para ele, a percepção pública de temas relevantes é construída com base nas informações transmitidas pela mídia. Estas informações, veiculadas sob as mais diversas formas, são apropriadas e reconstruídas pelos indivíduos ou grupos, dando origem a condutas pertinentes aos sentidos atribuídos nesta reorganização. Assim, os meios de comunicação e a prática odontológica contribuem para a construção da imagem de um sorriso no imaginário social, como um ideal de beleza e estética a ser almejado.

Nas Figuras 3 e 4, estão apresentados os resultados da estrutura das representações sociais da boca fumante. Observamos que as Médias das Ordens Médias das Evocações (MOME), para os dois grupos, foram iguais a 2,00 e a Frequência Intermediária (FI) foi igual a 29, para o grupo fumante, e 47, para o grupo não-fumante.

Figura 3. Identificação dos possíveis elementos do Núcleo Central das representações sociais da boca fumante pelo grupo fumante. Natal/RN, 2006.

OME <2,00 e F>29		OME >2,00 e F>29	
Mau hálito (78)	1,55	Dentes manchados (42)	2,40
		Dentes estragados (29)	2,20
OME <2,00 e F<29		OME >2,00 e F<29	
Rejeição social (25)	1,88	Mudanças na boca (24)	2,62
Doença (18)	1,88		

Figura 4. Identificação dos possíveis elementos do Núcleo Central das representações sociais da boca fumante pelo grupo não-fumante. Natal/RN, 2006.

OME <2,00 e F>47		OME >2,00 e F>47	
Mau hálito (85)	1,70	Dentes manchados (47)	2,51
OME <2,00 e F<47		OME >2,00 e F<47	
Câncer de boca (14)	1,50	Dentes estragados (18)	2,05
		Doença (18)	2,11

Na sociedade atual, a imagem do sorriso perfeito, com dentes brancos e bem alinhados, favorece as relações sociais. O sorriso tornou-se sinônimo de beleza na mídia e essa imagem está cada vez mais presente no imaginário social, além das exigências estéticas aumentarem a cada dia. De acordo com Ferreira e colaboradores³², o ato de sorrir apresenta um significado social, que revela uma condição de prazer, aprovação e satisfação, além de contribuir para aproximar os indivíduos.

Nessa linha argumentativa, o tabagismo representa a negação da imagem de sorriso construída e desejada socialmente. A imagem da boca do fumante, que foi construída coletivamente, é expressa completamente por aspectos negativos, sendo consensual na estrutura das representações sociais de fumantes e não-fumantes, como podemos verificar nas Figuras 3 e 4. O sorriso do fumante é considerado feio, horrível, com mau hálito, dentes amarelados ou enegrecidos. Dessa forma, a boca deste se constitui em um local para reafirmar e ampliar a dimensão da discriminação social desse segmento da população.

O *mau hálito*, elemento que possivelmente representa a centralidade, de todas as alterações bucais relacionadas ao tabagismo, provavelmente é aquela que possui maior repercussão psicossocial e, juntamente com as alterações dentárias que figuram no sistema intermediário, despertam sentimentos de nojo e repulsa, e que explica a *rejeição social*, elemento que surge no sistema intermediário do grupo fumante e como elemento periférico para os não-fumantes.

Destacamos aqui, a categoria *mudanças na boca*, que aparece na estrutura das representações sociais dos fumantes, como elemento periférico e nas entrevistas estruturadas. Essa categoria evidencia que os fumantes sentem outras alterações que o cigarro provoca na boca, como secura na boca e lábios ressecados e escurecidos. Tais alterações, porém, ainda recebem pouca atenção das pesquisas científicas e na clínica odontológica, provavelmente devido à prática odontológica centrada no dente e na cárie dentária, que limita o olhar para outros problemas.

Podemos perceber que o *câncer de boca* está presente apenas no sistema intermediário do grupo não-fumante, e o elemento *doença* foi evocado por fumantes e não-fumantes, representando outras doenças que o cigarro pode provocar na boca, tais como a candidíase, popularmente denominada como “sapinho”, a xerostomia e feridas na boca, que são menos conhecidas pelo senso comum.

Os dados apresentados a seguir correspondem ao resultado da análise de conteúdo realizada nas questões abertas da entrevista estruturada e estão apresentados em números absolutos e percentuais das Unidades de Contexto Elementares. Os resultados apresentam similitude de conteúdo com a estrutura das representações sociais da boca fumante, que identificamos anteriormente, embora apresentem algumas particularidades que especificam o conteúdo estrutural das representações.

Tabela 4. Distribuição das categorias com números absolutos e percentuais das Unidades de Contexto Elementares, apreendidas nos questionários dos fumantes. Natal, RN, 2006.

Categorias	Nº	%	Subcategorias	Nº	%
Alterações bucais	247	66,04	Mau hálito	77	20,58
			Dentes amarelos	56	14,97
			Câncer de boca	50	13,36
			Dentes estragados	26	6,95
			Mudanças	21	5,61
			Piorrécia	9	2,4
			Perda dentária	8	2,13
Implicações psicossociais	84	22,45	Relacionamento pessoal	39	10,42
			Trabalho	23	6,14
			Baixo-estima	22	5,88
Efeitos do tabagismo	33	8,82	A saúde dos fumantes	29	7,75
			A saúde dos outros	14	3,74

Tabela 5. Distribuição das categorias em números absolutos e percentuais das Unidades de Contexto Elementares, apreendidas nos questionários dos não-fumantes. Natal, RN, 2006.

Categorias	n	%	Subcategorias	n	%
Alterações bucais	199	66,75	Mau hálito	72	24,16
			Dentes amarelos	52	17,44
			Câncer de boca	50	16,77
			Dentes estragados	25	8,38
Implicações psicossociais	52	17,43	Relacionamento pessoal	25	8,38
			Baixo-estima	15	5,03
			Trabalho	12	4,02
Efeitos do tabagismo	47	15,76	A saúde dos fumantes	30	10,06
			A saúde dos outros	17	5,70

Nas falas dos fumantes, identificamos um maior número de alterações bucais, inclusive o *câncer de boca* e as doenças periodontais, conhecidas no senso comum como *piorréia*, que não apresentaram frequência significativa para compor a estrutura das representações sociais. Esse achado evidencia um conhecimento maior dos fumantes em relação às alterações provocadas pelo tabagismo na boca e demonstra as experiências de adoecimento bucal enfrentadas pelos fumantes.

Na categoria *Implicações psicossociais*, confirmamos o elemento *rejeição social* que foi identificado na estrutura das representações. Segundo fumantes e não-fumantes, as alterações bucais provocadas pelo tabagismo repercutem negativamente no cotidiano dos fumantes, prejudicando as relações familiares, o trabalho e, comprometendo, conseqüentemente, a auto-estima dos fumantes, que se sentem excluídos e discriminados socialmente.

A imagem da boca dos fumantes, construída coletivamente, repercute negativamente no cotidiano social e altera as suas relações na sociedade. A boca representa e reafirma a

rejeição social dos fumantes e faz com que estes busquem alternativas para evitar ou minimizar essas alterações.

Por essa razão, 85,36% dos fumantes afirmaram na entrevista estruturada nunca ter desenvolvido problema de saúde bucal relacionado ao tabagismo. A negação pode ser explicada como uma tentativa de salvaguardar a imagem positiva e a identidade do grupo. Afastar de si uma imagem negativa contribui para que o fumante se sinta melhor consigo e diante da sociedade.

Portanto, o sorriso do fumante é representado por uma imagem negativa e que se contrapõe completamente aos valores sociais e à imagem de sorriso compartilhada pela sociedade. Essa representação constitui o conteúdo da Classe 4, *A boca como local de reafirmação da discriminação*, com 11,85% das u.c.e.s, que foi construída, em sua maioria, pelo discurso dos não-fumantes, segundo a análise do ALCESTE. Considerando que a saúde bucal confere ao ser humano bem-estar e melhor qualidade de vida, sendo considerada requisito importante de aceitação das pessoas na sociedade, o fumo, além de ser uma marca para os indivíduos através dos danos à saúde, repercute afetiva e socialmente na vida dos fumantes.

O ideal de sorriso para a sociedade, que é representado na mídia e foi construído no imaginário social, é sinônimo de saúde, beleza, dentes brancos, hálito limpo e refrescante, que compõem uma boca capaz de despertar sentimentos, como o desejo de beijar, o prazer de conversar, a satisfação e a aprovação do olhar alheio. Em contrapartida, o sorriso do fumante desperta a rejeição, o ódio, a insatisfação e, colaborando, por conseguinte, para um quadro de baixo-estima, como apreendemos nas entrevistas. O sorriso do fumante contraria os padrões de beleza, pois é sinônimo de mau hálito, de dentes escurecidos, estragados e ausentes, de doenças, como a cárie, os problemas gengivais e o câncer de boca.

No discurso dos não-fumantes, as representações negativas na categoria *Posicionamento frente ao tabagismo* aparecem carregadas de manifestações emocionais, onde o ato de fumar é associado à falta de respeito e educação, e desperta sentimentos de aversão e nojo. Aqui o entrevistado expressa de forma radical o seu antagonismo ao fumante:

Grupo Não-Fumante: “...eu não acho certo não (...) eu acho errado (...) eu acho uma falta de respeito (...) dá nojo (...) eu não gosto de quem fuma (...) porque a fumaça fede demais e incomoda (...) pessoa que fuma tanto que a gente já percebe pela catinga (...) E é ruim até pra conversar...”

Essas manifestações de distanciamento e/ou a negação do tema, presentes principalmente nas falas dos não-fumantes, se transformam em sentimentos propícios para o risco, uma vez que as pessoas se consideram imunes a este e não se preocupam em evitá-lo. O discurso aqui é a repetição, muitas vezes irrefletida, do discurso científico, do Estado, da escola e da família, o que deixa em dúvida a sua compreensão e, conseqüentemente, sua influência nos comportamentos.

Essas crenças e práticas a respeito do tabagismo são reveladoras dos valores da sociedade, e esses significados e configurações morais têm impacto importante sobre os cuidados para com os que estão doentes e nas políticas de âmbito social e político¹⁸.

As explicações relacionadas à moral e à religião também contribuíram para a ancoragem da doença no “outro”. A noção do outro como transgressor das regras guarda uma semelhança com a idéia de pecador e projeta os riscos para longe de si, ao mesmo tempo que aproxima, se o comportamento incorreto do outro for aceito.

As representações sociais do tabagismo para os três grupos estudados nos fazem traçar um paralelo comparativo com as representações do tabaco no início de sua história que analisamos no Capítulo 2. Percebemos que, apesar das mudanças nas explicações do processo saúde-doença, as de cunho religioso e moral persistiram sob a forma de estigma, numa visão moderna da antiga associação entre doença e pecado, só que agora apoiado pela ciência.

Os fenômenos relacionados ao processo saúde-doença, por fazerem parte do cotidiano social, são investidos de significados e simbolismos que procuram explicar e dar sentidos aos aspectos estranhos. Esses significados circulam, transformam-se e assumem formas diferenciadas, de acordo com as características que o tabagismo apresenta no âmbito sociocultural.

Na estrutura das representações sociais do cigarro, parar de fumar encontra-se como elemento intermediário para o grupo fumante e como categoria provavelmente periférica na

estrutura representacional dos não-fumantes. Apesar de ser uma mesma categoria, as conotações são diferentes para cada grupo. Para os fumantes, representam a vontade e as dificuldades da cessação; enquanto para os não-fumantes, revelam uma exigência ou pressão social para que os fumantes abandonem o hábito.

O tratamento médico para o tabagismo é desacreditado e o pouco comprometimento médico com o tratamento do fumante é revelado através das experiências cotidianas, onde o fumante reclama do atendimento clínico. Segundo alguns relatos, enquanto alguns médicos aconselham a cessação do hábito, principalmente no discurso dos ex-fumantes, outros não consideram o hábito relevante no processo de adoecer, como pode ser observado nos discursos abaixo:

Grupo Fumante: “...eu acho que o médico não ajuda não (...) olhe se a senhora tivesse tentado, a teimar mais um pouquinho, a senhora teria morrido (...) não tem um psicólogo pra ajudar pra conversar, não tem médico não tem ninguém (...) contei, contei ao médico que eu fumava muito que estava sentindo uma dor no peito (...) e eu falei que era fumante, mais ele falou não é nada não...”

Grupo Ex-Fumante: “...ai o doutor olhou bem pra mim e falou assim: você vai escolher, ou sua vida ou o cigarro (...) eu disse: eu vou trocar minha vida por um cigarro doutor? (...) o dentista me aconselhou muito para que eu deixasse de fumar (...) no dia que eu deixei de fumar ele me deu parabéns (...) nenhum dentista nunca me falou o que o cigarro fazia na boca não...”

Em um estudo sobre as representações sociais do tabagismo por médicos, realizado por Cavalcante e Santos¹⁸, as concepções sobre a cessação de fumar foram vagas, sendo a força de vontade o principal fator a ser considerado. Essa percepção contribui para a construção da imagem do fumante como uma pessoa “fraca” e “sem vontade”. Outro aspecto importante é que parece circular no meio médico a percepção de que o tratamento do fumante é função do especialista em Pneumologia ou Psiquiatria, o que talvez seja resultado de uma maior aproximação do tabagismo com essas áreas.

Segundo Cavalcanti e Santos¹⁸ o fato do tabagismo, assim como a dependência de outras drogas, não ter a objetividade que na concepção mecanicista as doenças e seus tratamentos têm, constitui a razão para que muitos médicos tenham dificuldades em inserir a abordagem do tabagismo na sua prática. A abordagem do fumante exige uma aproximação mais humanizada e a Medicina atual tem deixado em segundo plano tudo que é subjetivo, mutável, complexo, que são atributos que caracterizam a nossa humanidade.

A busca pela padronização de procedimentos médicos, pelo trabalho cada vez mais especializado e tecnológico, contribui para o distanciamento das relações médico-paciente. O acolhimento é comprometido e, em conseqüência, todo processo de adoecer que exija uma intervenção psicossocial mais aprofundada é prejudicado, como acontece com o tabagismo.

As dificuldades enfrentadas pelos fumantes constituem a categoria *Tratamento do tabagismo*, apreendida nas entrevistas semi-estruturadas. Na subcategoria *Dificuldades*, o fumante é representado como alguém a quem falta algo e que busca, no ato de fumar, um apoio para suas necessidades psíquicas, suas inseguranças, e os afetos negativos das dificuldades do cotidiano. As tentativas, os problemas enfrentados no período de abstinência e o retorno ao hábito contribuem para a construção do imaginário social sobre a cessação, como podemos verificar nas falas abaixo:

Grupo Fumante: “...eu já tentei parar de fumar várias vezes mais não tem jeito não (...) ai passei uns cinco dias sem fumar, mas era aperreada (...) ninguém falasse comigo que tava com ignorância (...) um problema na vida dela também... ela entrou em depressão (...) eu quero parar um dia, mais parar como? não tem apoio de nada (...) pobre não tem apoio de nada (...) depois que ela casou, o marido fumava, ai ela começou a ter desgosto da vida, o marido batia nela...”

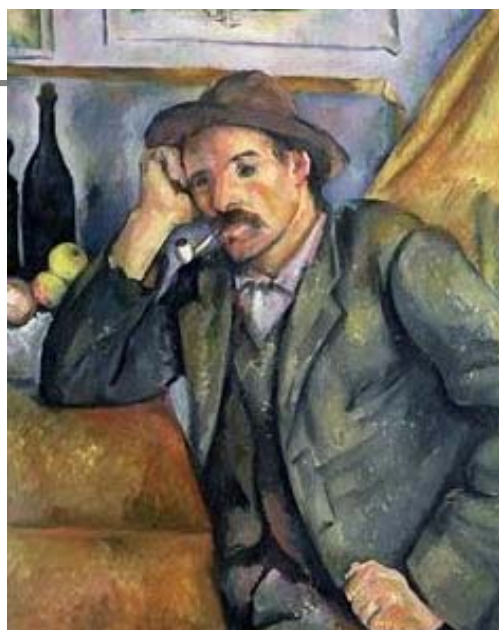
Grupo Ex-Fumante: “...foi o meu caso...eu deixei de fumar pela dor (...)eu ficava muito calada e não dividia o meu problema com ninguém (...) eu tinha problema na minha vida (...) tinha problema com o meu marido (...) eu fumava mais quando tinha raiva ou então quando eu bebia...”

Grupo Não-Fumante: “...a gente já lutou, mas ela sempre, sempre ta fumando escondido da pessoa (...) toda vida ela fuma escondido (...) tem gente que fuma e bebe, ai é muito mais difícil deixar de fumar (...) ai é dois vício juntos...”

As experiências, geralmente negativas, servem de guia para mudanças nas atitudes. A força de vontade e a religiosidade entram em cena como referências para o abandono do tabagismo. No conhecimento do senso comum, diante do impossível, do “mal” irremediável, da “desgraça” do tabagismo, contra essa “peste”, somente forças divinas são capazes de vencer e libertá-los.

Além disso, para as pessoas de baixa renda e pouca escolaridade, como são os atores sociais deste estudo, expostas às situações de violência diária, à falta de perspectivas de um futuro melhor, a luta pela resistência ao hábito de fumar é então dimensionada e hierarquizada em relação a outros problemas presentes em suas vidas. Por conseguinte, tal constatação evidencia a importância de compreender os significados do tabagismo na dinâmica social e assim identificar os determinantes sociais envolvidos e a influência desses significados nas formas de enfrentamento do processo saúde-doença.

Considerações finais



Paul Cézanne

“Tudo, aliás, é a ponta de um mistério, inclusive os fatos. Ou a ausência deles. Duvida? Quando nada acontece há um milagre que não estamos vendo.”

Guimarães Rosa

Considerações finais

A construção das representações sociais do tabagismo evidencia a complexidade de conhecimentos, imagens e atitudes que permeiam a dinâmica social, na qual o objeto se constitui a partir da importância que assume no cotidiano, através das experiências vividas. As representações apreendidas estão relacionadas ao nosso tempo e valores, aos nossos medos, às angústias, à imaginação, que são em contrapartida as nossas verdades.

No processo de construção social do tabagismo, os significados produzidos reconstróem os valores culturais da sociedade como o medo do desconhecido e da possibilidade de adoecer, as explicações moralistas para os perigos e sofrimentos e a responsabilização do outro como portador do mal. Tais significados circulam no imaginário social e assumem sentidos e símbolos que são produzidos coletivamente.

As elaborações sobre o tabagismo, compreendidas como construções complexas, são marcadas pela dimensão social, cultural e histórica, mostrando-se, porém, sensíveis às mudanças. Essas dimensões compõem o discurso dos fumantes, não-fumantes e ex-fumantes, através dos quais, apreendemos aspectos positivos e negativos relacionados ao hábito de fumar. Não obstante, apesar das contradições encontradas nas representações, os diferentes elementos apreendidos se entrelaçam e constroem uma concepção comum sobre o tabagismo nos grupos estudados, que reflete a evidência científica que circula no senso comum e a influência das relações de poder no cotidiano social.

A iniciação no tabagismo revelou as influências sociais dos amigos e familiares no desenvolvimento de comportamentos e atitudes que corroboram para a formação da identidade pessoal e a pertença a um grupo social, que transforma a iniciação em um ritual de

socialização. Além disso, a imagem do fumante é associada à beleza, e remetem os indivíduos às propagandas dos fabricantes e o prazer e as sensações de alívio, liberdade e felicidade, complementam e exaltam os aspectos positivos do hábito e representam uma fuga as dificuldades vivenciadas no cotidiano.

Com o passar do tempo, o fumante experimenta o outro lado do hábito, as sensações negativas, a dimensão do adoecer, revelada através do medo e do sentimento de culpa por ser fumante e ter que enfrentar as situações de doença e a possibilidade de uma morte antecipada, que para a sociedade, são experiências que poderiam ter sido evitadas se os indivíduos não se entregassem ao prazer, deixando dominar-se pelo vício.

Assim, o tabagismo é concebido como um fenômeno conflituoso, que ameaça ou modifica a vida dos atores sociais, às vezes de maneira inevitável no que se referem as suas inserções sociais e ao equilíbrio coletivo. Nas relações familiares, nas relações amorosas, nas amizades e no trabalho, a rejeição social é reafirmada através de atitudes que reprovam o comportamento fumante e denunciam a exclusão.

O poder da medicalização da sociedade e da sociedade de controle torna-se evidente, principalmente através das atitudes de discriminação dos fumantes, resultante da cientificização do cotidiano ocorrida, sobretudo, após a divulgação científica do tabagismo passivo e a regulamentação de leis que segregam os fumantes do convívio social.

Apoiando-se nessa idéia, observamos que é relevante considerar os diversos aspectos envolvidos na construção das representações sociais do tabagismo, como o poder da mídia e dos órgãos sociais, pois as relações de poder influenciam diretamente as formas de pensar, agir e comunicar-se na dinâmica social.

A utilização do risco enquanto mecanismo de poder se encontra com a lógica da sociedade calcada no controle sobre a vida, que produz a sugestão do autocontrole e da autovigilância. Trata-se, portanto, de uma tendência de cada vez mais tornar científico e racionalizar o cotidiano, reforçando as estruturas de dominação capitalista. O futuro dessas relações ainda é incerto: será possível alcançar o fim dos hábitos perigosos e viver sem arriscar-se?

A boca emerge como local de reafirmação da discriminação, uma vez que, o tabagismo representa o elemento de mudança e de construção de uma imagem negativa do

sorriso. Imagem que não é aceita socialmente, pois é antagônica a beleza e a saúde, que são valores da nossa sociedade.

Sem dúvida o ser humano precisa de um eixo para os seus pensamentos e suas ações, o qual é representado por valores culturais que formarão tanto os seus discursos como suas práticas. Entretanto, se por um lado o fumante é discriminado, através da aversão e segregação, por outro deveria suscitar sentimentos de compaixão, generosidade e cuidado, principalmente nos profissionais de saúde, que devem assumir o compromisso com a problemática do tabagismo.

As construções em relação à cessação do hábito revelam as dificuldades enfrentadas pelos fumantes quando procuram apoio para parar de fumar. Certezas e incertezas, razões e emoções, emergem nos discursos sobre a cessação, que levam o pensamento coletivo a considerar incerto o futuro do fumante e a buscar na divindade, forças e esperança de desvincular-se da dependência e do mal que representa o tabagismo.

Contudo, percebe-se hoje uma tendência em considerar o fumante como o foco principal da problemática do tabagismo, principalmente após a disseminação dos dados epidemiológicos sobre tabagismo passivo, ficando em um plano secundário todo o contexto histórico e social que contribuiu para a vulnerabilidade de milhões de pessoas hoje dependentes. Portanto, seria essencial que todos os que se envolvem de uma forma ou de outra em ações relacionadas ao tabagismo fizessem uma reflexão, e se questionassem: é sensato considerar os fumantes como responsáveis e culpados pela iniciação/dependência/adoecimento? Ou se seria mais ético reconhecer o poder das propagandas e da aceitação cultural, assim como o potencial biológico, psicológico e social da dependência que limita a escolha do indivíduo?¹⁸.

Mesmo diante das dificuldades e limitações, esperamos que o conhecimento destas representações venha contribuir para planejar e/ou repensar as práticas profissionais e políticas públicas relacionadas ao tabagismo. Além do mais, as discussões sobre as representações sociais do tabagismo ainda necessitam ser aprofundadas e ampliadas à outras populações e grupos sociais, contemplando outras facetas da realidade sócio-cultural.

Por serem ilusórias, contraditórias e verdadeiras, as representações sociais podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógica e política de transformação, pois retratam a realidade. Porém é importante evidenciar que as

representações sociais não são a própria realidade e seria outra ilusão torná-las verdades científicas, pois estaríamos reduzindo a análise de um processo ou fenômeno social à concepção que os atores fazem dele⁵⁹.

Por fim, o conjunto de informações reunidas nesta pesquisa, evidencia a importância de estudos de natureza qualitativa na área da saúde, pois, ao tomar como alvo os atores sociais, nos surpreendemos com a complexidade do imaginário social e dos valores simbólicos compartilhados pela sociedade. As políticas de saúde devem assim, serem elaboradas contemplando a diversidade e a dinamicidade que é a vida dos seres humanos em sociedade.

Referências



Vincent Van Gogh

“Grandes realizações não são feitas por impulso, mas por uma soma de pequenas realizações.”

Vincent Van Gogh

Referências

1. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representações sociais. Goiânia: AB; 1998. p. 27-38.
2. Abric JC. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representation* 1993; 2(2):75-78.
3. Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDURJ; 2001. p.155-72
4. Abric JC. Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: Abric JC, editor. *Pratiques sociales et representation*. 1ª ed. Paris: PUF;1994. p. 59-82.
5. Allam MF; Campbell MJ; Del Castillo AS; Fernández-Crehuet Navajas R. Parkinson's disease protects against smoking? *Behav Neurol* 2004; 15(3-4):65-71.
6. Amorim Filho FS, Andrade SJ, Rapoport A. Estudo clínico-epidemiológico do carcinoma epidermóide da base da língua. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2003; 69(2): 175-179.
7. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. *Obstet Gynecol* 1999 Apr; 93(4):622-8.
8. Augood C, Duckitt K, Templeton AA. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 1998 Jun; 13(6):1532-9.
9. Bain CA, Weng D, Meltzer A, Kohles SS, Stach RM. A meta-analysis evaluating the risk for implant failure in patients who smoke. *Compend Contin Educ Dent* 2002 Aug; 23(8): 695-9.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
11. Barros JAC. Pensando o processo saúde-doença: o quê responde o Modelo Biomédico? *Saúde Soc* 1992 jan; 1(1): 67-84.

12. Boffetta P. Involuntary smoking and lung cancer. *Scand J Work Environ Health* 2002; 28 Suppl 2:30-40.
13. Bonovas S et al. Epidemiological association between cigarette smoking and primary open-angle glaucoma: a meta-analysis. *Public Health* 2004 jun; 118(4):256-61.
14. Brandt A. Behavior, disease, and health in the twentieth – century in the United States. The moral valence of individual risk. In: Allan M. Brandt and Paul Rogin. *Morality + Health*. New York: Routledge Inc; 1997.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 1997.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção quadro de controle do tabaco. Brasília: Ministério da saúde; 2004.
17. Brown KG. Lung cancer and environmental tobacco smoke: occupational risk to nonsmokers. *Environ Health Perspect* 1999 Dec; 107 Suppl 6:885-90.
18. Cavalcante TM; Santos EM. O médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz. 2001. 224p.
19. Cardoso MHCA; Gomes R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública* 2000 abr/jun. 16(2): 499-506.
20. Carvalho MR. As representações sociais na mediação do processo de ensino-aprendizagem. In: Carvalho MR; Passeggi MC; Sobrinho MD. *Representações Sociais: teoria e pesquisa*. Mossoró: Fundação Guimarães Duque, Fundação Vingt-um Rosado; 2003.
21. Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *Am J Prev Med* 1999 Apr; 16(3):208-15.
22. Castiel LD. Living among exposures and ailments: the theory of risk relativity. *Hist, Cien, Saúde* 1996 jul-oct. 3(2): 237-264.
23. Consuegra RVG, Zago MMF. Creencias en fumadores pertenecientes a um programa de salud cardiovascular. *Ver Latinoam Enfermagem* 2004 mar-abr; 12 (esp): 412-9.
24. Convenção quadro do controle do uso do tabaco. 6ª Reunião do Órgão de Negociação Intergovernamental. Janeiro; 2003; Rio de Janeiro. Genebra: OMS, 2003.
25. Corvisier A. História moderna, 3ª ed, São Paulo: DIFEL. 1983.
26. Costa R. Sociedade de controle. *Perspectiva* 2004; 18 (1) 161-167.

27. Costenbader KH, Kim DJ, Peerzada J, Lockman S, Nobles-Knight D, Petri M, et al. Cigarette smoking and the risk of systemic lupus erythematosus: a meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2004 Nov; 50(11):3733.
28. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005 jul; 76(2-3):135-57.
29. Deleuze G. Post-scriptum: sobre as sociedades de controle. Em *Conversações*. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992. p. 219-226. Trabalho publicado originalmente em 1990.
30. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. *Br Med J* 1950, 2: p. 739-748.
31. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits. *Br Med J* 1954, 228, p. 1451-1455.
32. Ferreira AAA, Souza DLB, Alves MSC, Lima KC. A expressão do sorriso no cotidiano. *Saúde debate* 2005 jan/abr; 29(69): p.64-71.
33. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1982. p.79-98.
34. Gaetti-Jardim Junior E, Zanoli T, Pedrini D. O tabagismo como fator de risco para as doenças periodontais: aspectos microbiológicos. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1998; 12(4): 315-321.
35. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes; 2000. p. 64-89.
36. Gilman S; Xun Z. *Smoke: a global history of smoking*. London: Reaktion Books. 2004. p. 9-354.
37. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke, *BMJ*1997 Oct 18; 315(7114):980-8.
38. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease - a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999 Mar 25; 340(12):920-6.
39. Hernán MA, Takkouche B, Caamaño-Isorna F, Gestal-Otero JJ. A meta-analysis of coffee drinking, cigarette smoking, and the risk of Parkinson's disease. *Ann Neurol* 2002 Sep;52(3):276-84.
40. Hoffmann H, Högel J, Speit G. The effect of smoking on DNA effects in the comet assay: a meta-analysis. *Mutagenesis* 2005 Nov; 20(6):455-66.
41. Hunt JD, van der Hel OL, McMillan GP, Boffetta P, Brennan P. Renal cell carcinoma in relation to cigarette smoking: meta-analysis of 24 studies. *Int J Cancer* 2005 Mar 10; 114(1):101-8.

42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000.
43. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004
44. Infante GC. Fumaça Pura, São Paulo: Bertrand. 2003. p. 17-120.
45. Inoue M, Tsuji I, Wakai K, Nagata C, Mizoue T, Tanaka K, et al. Evaluation based on systematic review of epidemiological evidence among Japanese populations: tobacco smoking and total cancer risk. *Jpn J Clin Oncol* 2005 Jul;35(7):404-11.
46. Jaakkola JJ; Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of children. *Scand J Work Environ Health* 2002;28 Suppl 2:71-83.
47. Jaakkola MS; Jaakkola JJ. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults. *Scand J Work Environ Health* 2002; 28 Suppl 2:52-70.
48. Jodelet D. As representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. *As Representações Sociais*, Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001, p.17-44.
49. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, De Laet C, Eisman JA. Smoking and fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporos Int* 2005 Feb; 16(2):155-62.
50. Kassirer B. Smoking as a risk factor for gingival problems, periodontal problems and caries. *Univ Tor Dent J* 1994; 7 (1): 6-10.
51. Kaur S, Cohen A, Dolor R, Coffman CJ, Bastian LA. The impact of environmental tobacco smoke on women's risk of dying from heart disease: a meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt)* 2004 Oct;13(8):888-97.
52. Khuder SA; Mutgi AB; Nugent S. Smoking and breast cancer: a meta-analysis. *Rev Environ Health* 2001 Jul-Sep; 16(4):253-61.
53. Koizumi Y, Tsubono Y, Nakaya N, Kuriyama S, Shibuya D, Matsuoka H, et al. Cigarette smoking and the risk of gastric cancer: a pooled analysis of two prospective studies in Japan. *Int J Cancer* 2004 Dec 20; 112(6):1049-55.
54. Law MR; Morris JK; Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997 Oct 18; 315(7114):973-80.
55. Li JS; Peat JK; Xuan W; Berry G. Meta-analysis on the association between environmental tobacco smoke (ETS) exposure and the prevalence of lower respiratory tract infection in early childhood. *Pediatr Pulmonol* 1999 Jan; 27(1):5-13.
56. Mackay J, Ericksen M. *The tobacco atlas*, Geneva: World Health Organization; 2002.

57. Madeira MC. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: Moreira ASP, Jesuíno JC, organizadores. Representações Sociais: Teoria e Prática, 2ª ed, João Pessoa, Editora Universitária; 2003.
58. Meraw SJ, Mustapha IZ., Rogers RS. Cigarette smoking and oral lesions other than câncer. Clin dermatol 1998; 16(5): 625-31.
59. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
60. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. Falando sobre tabagismo. 2ª ed. Rio de Janeiro; ministério da Saúde; 1996.
61. Miranda FAN. Contribuições do Alceste em pesquisa de representações sociais. In: Alves MSCF, Costa ICC, Medeiros Júnior A, organizadores. Representações sociais na prática odontológica. Natal: UFRN; 2004 [no prelo].
62. Moraes TD, Nascimento ML. Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. Psicol Estud 2002; 17(1), p.91-102.
63. Moreira ASP, Soares CCC, Jesuíno JC, Cardoso MBC, Gaspar MF. Representações sociais do tabaco por estudantes de enfermagem. In: Moreira ASP, Jesuíno JC, organizadores. Representações Sociais: Teoria e Prática, 2ª ed, João Pessoa; Editora Universitária; 2003. p. 481-504.
64. Moreira ASP, Moriya TM. A epilepsia e a AIDS na concepção do conhecimento cotidiano [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 1998.
65. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Tradução de Silva CEF, Sawaya J; revisão técnica de Carvalho EA, 9ª ed, São Paulo: Cortez; 2004.
66. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Traduzido por Cabral A. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
67. Moscovici S, organizador. O fenômeno das representações sociais. In: Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 29-109.
68. Moshammer H, Hoek G, Luttmann-Gibson H, Neuberger MA, Antova T, Gehring U, et al. Parental smoking and lung function in children: an international study. Am J Respir Crit Care Med. 2006 Jun 1;173(11):1184-5.
69. Moysés ST, WattR. Promoção de saúde bucal: definições. In: Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p.3-22.
70. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Traduzido por Moreira LC. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

71. Nóbrega SM, Coutinho MPL. O teste de associação livre de palavras. In: Coutinho MPL, Lima AS, Oliveira FB, Fortunato ML, organizadores. Representações Sociais: abordagem interdisciplinar, João Pessoa, Editora Universitária; 2003. p. 67-77.
72. Nóbrega SM. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Jesuíno JC, organizadores. Representações Sociais: Teoria e Prática, 2ª ed, João Pessoa, Editora Universitária. 2003. p. 51-80.
73. Oliveira DC, Sá CP, Fischer FM, Martins IS, Teixeira LR. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. *Estud psicol* 2001; 2(6).
74. Olshansky, S. J. Is smoker/non smoker segregation effective in reducing passive inhalation among non smokers? *Aer J Pub Health*, 1982; 72:737.
75. Ordaz O, Vala J. Objetivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. In: Moreira AP, Oliveira DC, organizadores. Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais, Goiânia: AB Editora; 1998. p. 87-114.
76. Organização Mundial de Saúde (OMS). Tabagismo & Saúde nos Países em Desenvolvimento. Documento Organizado pela Comissão Européia em Colaboração com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre Controle do Tabagismo e Políticas de desenvolvimento. Tradução Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
77. Organização Panamericana da Saúde. Os argumentos dos opositores do controle do tabgismo: sugestões de respostas às questões mais freqüentes. Tradução Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde do Brasil Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
78. Orleans CT, Slade J. Nicotine Addiction: Principles and Management. Oxford: University Press, 1993.
79. Paulilo MAS, Jeolás LS. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (1): 175-184.
80. Pinto VG. Epidemiologia das Doenças Bucais no Brasil. In: Kriger L, organizador. Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 25-41.
81. Plummer M, Herrero R, Franceschi S, Meijer CJ, Snijders P, Bosch FX, et al. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. *Cancer Causes Control* 2003 Nov; 14(9):805-14.
82. Rahman M; Sakamoto J; Fukui T. Bidi smoking and oral cancer: a meta-analysis. *Evid Based Dent*, 2005; 6(1):19
83. Reinert M. Alceste: Une méthodologie d'analyse des données textuelles et une aplication. *Bull Methodol Sociol* 1990; 28:24-54.
84. Rigolin TB, Almeida L.M A. Geografia. 1ª ed. São Paulo: Ática, 2002.

85. Rosemberg J. Nicotina: droga universal [livro na internet] Rio de Janeiro: INCA; 2006. [acesso em 2006 jun 18]. disponível em <http://www.inca.gov.br>.
86. Rudnicka AR, Wald NJ, Huttly W, Hackshaw AK. Influence of maternal smoking on the birth prevalence of Down syndrome and on second trimester screening performance. *Prenat Diagn* 2002 Oct; 22(10):893-7.
87. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
88. Sá CP. Núcleo Central das Representações Sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 1996.
89. Sham AS, Cheung LK, Jin LJ, Corbet EF. The Effects of Tabacco use on Oral Health. *Hong Kong. Med J* 2003; 9 (4): 271-7.
90. Silva VLC, Koifman S. Smoking in Latin América: A Major public Health Problem. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (3).
91. Sissa G. O prazer e o mal: filosofia da droga. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
92. Soares CC, Jesuino JC, Moreira ASP, Gaspar FM, Moreira AS, Alves MSCF, Moreira MASP. Representações Sociais sobre o Tabaco. In: III Jornada Internacional e I Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, Rio de Janeiro. Relações entre Práticas e Representações, 2003. p. 375-393.
93. Souza C. A história do tabaco [artigo on-line]. [acesso em 2006 jan 21]. Disponível em <http://www.souzacruz.com.br>.
94. Spink MJ. O conceito de respresentação social na abordagem psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 1993, jul/set; 9 (3).
95. Spink MJ. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17:6, p.1277-1311.
96. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 6. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax* 1998 Mar; 53(3):204-12.
97. Taani DS. Association between cigarette smoking and periodontal health. *Qintessesnce Int* 1997; 28(8): 535-9.
98. Taylor R, Cumming R, Woodward A, Black M. Passive smoking and lung cancer: a cumulative meta-analysis. *Aust N Z J Public Health* 2001 Jun; 25(3):203-11.
99. Tengs TO, Osgood ND. The link between smoking and impotence: two decades of evidence. *Prev Med* 2001 Jun; 32(6): 447-52.
100. Traverso-Yépez M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicol Estud Jun* 2001 jul/dez; 6(2): 45-57.

101. Trédaniel J, Boffetta P, Buiatti E, Saracci R, Hirsch A. Tobacco smoking and gastric cancer: review and meta-analysis. *Int J Cancer* 1997 Aug 7;72(4):565-73.
102. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
103. Vala J. A análise de conteúdo. In: Silva AS, Pinto JM, organizadores. Metodologia das ciências sociais. 13ª ed. Porto: Edições Afrontamento; 1986.
104. Vala J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: Vala J, Monteiro MB. Psicologia Social. 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2004. p. 457-502.
105. Vaz P. Um corpo com futuro. In: Pacheco A, Cocco G, Vaz P, organizadores. O trabalho da multidão. Rio de Janeiro: Gryphus; 2002. p.121-146.
106. Wagner W. Representacions sociales. In: Morales JF, organizador. Psicologia social, Madrid: Mc Graw Hill; 1994. p.812-42.
107. Wagner W. Sócio-gênese e características das representações. In: Moreira AP, Oliveira DC, organizadores. Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais, Goiânia: AB Editora; 1998.
108. Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health* 1998 Jul; 88(7):1025-9.
109. World Health Organization (WHO). Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. 1998.
110. World Health Organization (WHO). First Meeting of the Working Group on the Framework Convention on Tobacco Control. Provisional agenda item 8. 3 september 1999.
111. World Health Organization (WHO). Tobacco Control Country Profiles. Ed 29. 2003.
112. Yao CL, Zhou JY. Meta-analysis of smoking and coronary heart disease in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 1996 Dec;17(6):360-2.
113. Zeegers MP, Tan FE, Dorant E, van Den Brandt PA. The impact of characteristics of cigarette smoking on urinary tract cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Cancer* 2000 Aug 1; 89(3):630-9.
114. Zhong L, Goldberg MS, Parent ME, Hanley JA. Exposure to environmental tobacco smoke and the risk of lung cancer: a meta-analysis. *Lung Cancer* 2000 Jan; 27(1):3-18.

Anexo A



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Parecer consubstanciado do Projeto nº. 116/05

Cadastro CEP:	116/05
Título:	Estudo Psicossocial da Saúde Bucal de Fumantes
Pesquisador Responsável:	Maria do Socorro Costa Feltosa Alves
Grupo e Área Temática:	III
Local de Realização:	UFRN – Depto. de Odontologia

Objetivo:

Apreender quais as repercussões do hábito de fumar na função psicossocial da boca.

Sumário do Projeto:

O projeto busca compreender a repercussão social do hábito de fumar utilizando para isto o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), no caso "cigarro" e "boca de um fumante", aplicado a 200 sujeitos e uma entrevista semi-estruturada aplicada a 20 sujeitos. Os resultados serão analisados do ponto de vista semântico, através do software Evoc, que irá contabilizar a ordem média de evocação das palavras do TALP e do software Alceste, que poderá analisar as entrevistas fazendo a análise léxica delas e agrupando conjunto de textos em classes por suas raízes semânticas. Dessa forma, poderão ser obtidos os elementos constitutivos do conteúdo de uma representação.

ANÁLISE

Itens de Identificação do Projeto (folha de rosto, protocolo, título, objetivo):

- A folha de rosto e o protocolo estão corretamente preenchidos. O título é adequado e o objetivo está claro.

Introdução e Referências Bibliográficas:

- A introdução está bem encadeada, apresenta referências atualizadas e tem bom embasamento teórico sobre a proposta.

Sujeitos e Métodos:

- A metodologia está adequada aos objetivos.

RECOMENDAÇÕES

- Há uma confusão a respeito do total de sujeitos e de entrevistas a serem realizadas. No protocolo informa-se, respectivamente, 220 e 30, enquanto no Projeto, 200 e 20. Além da uniformização a desse item, é necessário identificar, pelo menos aproximadamente, o número de homens e mulheres dentro dessa amostra.

- É importante deixar claro na metodologia que as entrevistas serão gravadas, ainda que isso possa ser subentendido a partir da metodologia de análise de dados.

- A metodologia indica a utilização do TALP, mas não explicita se o mesmo será gravado ou se as respostas serão anotadas pelo pesquisador no formulário do Anexo II ou ainda, se será o próprio sujeito que fará a anotação. Essa definição fica mais confusa quando da leitura do Anexo II, no qual encontramos: "Diga 3 palavras ... enumerando-as ao lado, ...". A palavra *diga* pressupõe o registro por parte do pesquisador, em papel ou em gravação. Enquanto o ato de *enumerar ao lado*, passa a idéia de que isto será realizado em um formulário de papel. É importante que isto fique explicitado na metodologia e, a partir dessa definição, que o Anexo II seja corrigido.

Adequação às Normas e Diretrizes do CNS

- Adequado.

Cronograma

- Data de início previsto: 2º semestre de 2005.

- Data de Término previsto: 2º semestre de 2006.


Selma Maria Bezerra Jerônimo
CRM-RN 2479
CPF: 156.030.164-34

RECOMENDAÇÕES

Especificar período de início e término do Projeto.


Orçamento:

- Recursos assumidos pela Pós-Graduação em Odontologia

PARECER : - Projeto aprovado com recomendações.

O pesquisador só poderá iniciar o projeto após entregar a recomendação acima. Lembramos que qualquer modificação referente a aspectos metodológicos deverá ser encaminhada ao CEP/UFRN para avaliação. O pesquisador deverá também encaminhar relatório semestral, e relatório final, após sua conclusão. Os formulários para a elaboração do relatório encontra-se na página do CEP-UFRN (www.etica.ufm.br).

Natal, 02 de setembro de 2005


Selma Maria Bezerra Jerônimo
Coordenadora do CEP/UFRN

Selma Maria Bezerra Jerônimo:
CRM-RN 2419
CPF: 156.030.164-37

Anexo B

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

"Estudo psicossocial da saúde bucal de fumantes"

OBJETIVO

Obrigado (a) pela sua participação como voluntário(a) em nossa pesquisa. O nosso objetivo é estudar a influência do fumo na saúde bucal numa perspectiva psicossocial. Com isto serão obtidas informações capazes de nos auxiliar a produzir novos conhecimentos para uma contribuição com a saúde bucal das pessoas fumantes.

PROCEDIMENTOS

Procedimentos a serem realizados para aqueles que concordarem em participar do projeto:

1. Será aplicado inicialmente o Teste de Associação Livre de Palavras;
2. Questionário sobre informações gerais como sexo, idade, renda, religião, dentre outras variáveis para conhecer as condições sócio-econômicas dos participantes;
3. Perguntas sobre o hábito de fumar e a saúde bucal;
4. Entrevista gravada.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Será aplicado um questionário para a identificação de suas condições de saúde bucal gerais, e se for encontrado algum problema, serão tomadas, de acordo com você, as medidas necessárias para manter a saúde. Todos os procedimentos serão realizados pelo pesquisador, que é qualificado para isso.

CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO

Registro da participação neste estudo será mantido em sigilo, até o limite permitido pela lei. No entanto, agências Federais que regulamentam no Brasil, o comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, podem inspecionar e copiar registros pertinentes a pesquisa e estes podem conter informações identificadoras. Nós guardaremos os registros de cada indivíduo e somente os pesquisadores trabalhando na equipe terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do paciente não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e indivíduo não será identificado.

DANO ADVINDO DA PESQUISA

Não se espera que você tenha problema algum em consequência da realização das atividades de pesquisa, porque estes não oferecem nenhum risco ou desconforto.

PARTICIPACÃO VOLUNTÁRIA

Toda participação é voluntária. Não há penalidade para alguém que decida não participar neste estudo. Ninguém também será penalizado se decidir desistir de participar do estudo, em qualquer momento.

PERGUNTAS

Estimulamos que vocês façam perguntas a respeito da pesquisa. Se houver alguma pergunta, por favor contate a Dra Maria do Socorro Costa Feitosa Alves (84-215-4133) no Departamento de Odontologia da UFRN, alfa@ufrnet.com.br, Rua Raimundo Chaves, 1946. Apto 201, Lagoa Nova. CEP: 59064-390.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Estou de acordo com a participação no estudo descrito acima.

Autorizo também a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar depoimentos. Concedo também o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa.

Foram garantidos esclarecimentos que venhamos a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que nossa desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa.

A nossa participação na pesquisa não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes a nossa identificação.

Nome do indivíduo (letra de forma): _____

Assinatura

COMPROMISSO DO INVESTIGADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes no estudo ou com o seu representante legalmente autorizado. É minha opinião que o indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a este projeto.

Assinatura do Pesquisador

Data: ___/___/___

Anexo C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

“OS SIGNIFICADOS DO TABAGISMO CONSTRUÍDOS NA DINÂMICA SOCIAL”

TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Diga 3 palavras que venham na cabeça quando se fala em **cigarro**, e em seguida coloque-as em ordem de importância, enumerando-as ao lado, e justifique:

Diga 3 palavras que venham na cabeça quando você pensa na **boca de um fumante**, e em seguida coloque-as em ordem de importância, enumerando-as ao lado, e justifique:

Informações gerais

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Serviço de saúde mais utilizado:

1 Público

2 Privado

3 Outro: _____

Renda Familiar: _____

Freqüenta alguma igreja ou culto religioso:

1 Sim

0 Não

em caso afirmativo, no último mês quantas vezes você foi a igreja ou culto religioso?

Sobre o Tabagismo

1. Com que idade o sr.(a) começou a fumar: _____

Anexo D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

“OS SIGNIFICADOS DO TABAGISMO CONSTRUÍDOS NA DINÂMICA SOCIAL”

TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Diga 3 palavras que venham na cabeça quando se fala em **cigarro**, e em seguida coloque-as em ordem de importância, enumerando-as ao lado, e justifique:

Diga 3 palavras que venham na cabeça quando você pensa na **boca de um fumante**, e em seguida coloque-as em ordem de importância, enumerando-as ao lado, e justifique:

Informações gerais

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Serviço de saúde mais utilizado:

1 Público

2 Privado

3 Outro: _____

Renda Familiar: _____

Freqüenta alguma igreja ou culto religioso:

1 Sim

0 Não

em caso afirmativo, no último mês quantas vezes você foi a igreja ou culto religioso?

Sobre o Tabagismo

1. Existem diferenças entre a boca de um fumante e a boca de uma pessoa que não fuma? Quais?

Entrevistador: Anote as palavras citadas.

2. Essas diferenças podem prejudicar o dia-a-dia do fumante? Como?

3. Você conhece algum problema provocado pelo cigarro na boca? Quais?

Anexo E

Tópico Guia

Entrevista com fumantes

1. Porque você fuma?
2. O que faz você fumar mais?
3. Quando você começou a fumar?
4. O que fumar traz de bom e de ruim pra você?
5. Quando você começou a fumar você sabia o que o cigarro fazia mal à saúde?
6. Você fuma em qualquer lugar?
7. Como as pessoas que não fumam tratam os fumantes?
8. Existe diferença entre a boca de uma pessoa que fuma e a boca de quem não fuma?
9. Você sente alguma coisa na boca que você acha que é por causa do cigarro?
10. O que o cigarro pode provocar na boca?
11. Os problemas na boca prejudicam a vida do fumante?
12. O que você faz ou os outros fazem para cuidar desses problemas?
13. Você já tentou parar de fumar?
14. O que você já fez para tentar parar de fumar e o que as pessoas recomendam?
15. Quem poderia te ajudar a parar de fumar?
16. O cigarro pode provocar doenças em quem não fuma?
17. Quer falar mais alguma coisa?

Entrevista com não fumantes

1. Você acha que as pessoas fumam por quê?
2. Porque as pessoas começam a fumar?
3. O que fumar traz de bom e de ruim?
4. Os fumantes sabem que o cigarro faz mal à saúde?
5. Você vê as pessoas fumando em lugares proibidos? O que você acha?
6. Quando uma pessoa está fumando perto de você o que você faz?
7. Existe diferença entre a boca de uma pessoa que fuma e a boca de quem não fuma?
8. O que o cigarro pode provocar na boca?
9. Como os fumantes podem cuidar desses problemas provocados na boca?
10. Os problemas na boca prejudicam a vida do fumante?
11. Você conhece alguém que teve problema na boca por causa do cigarro?
12. O que as pessoas podem fazer para parar de fumar?
13. O cigarro pode provocar doença em quem não fuma?
14. Quer falar mais alguma coisa?

Entrevista com ex-fumantes

1. Porque você fumava?
2. O que fazia você fumar mais?
3. Quando você começou a fumar?
4. O que fumar trazia de bom pra você?

5. O que fumar trazia de ruim pra você?
6. Quando você começou a fumar você sabia o que o cigarro fazia mal à saúde?
7. Você fuma em qualquer lugar?
8. Como as pessoas que não fumam tratam os fumantes?
9. Você sentiu alguma coisa na boca que você achava que era por causa do cigarro?
10. Existe diferença entre a boca de uma pessoa que fuma e a boca de quem não fuma?
11. O que o cigarro pode provocar na boca?
12. Os problemas na boca prejudicam a vida do fumante?
13. Algum dentista já conversou com você sobre os problemas que o cigarro provoca na boca?
14. O que você fazia ou os outros fazem para cuidar desses problemas?
15. Porque você parou de fumar?
16. Você teve ajuda de alguém para parar de fumar?
17. O cigarro pode provocar doença em quem não fuma?
18. Quer falar mais alguma coisa?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)