Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Tabagismo e Futuros Profissionais da Saúde:
uma análise das Representações Sociais no
Brasil e na Espanha**

Danuta Medeiros

Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação da Faculdade
de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Área de concentração:
Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Isabel Maria
Teixeira Bicudo Pereira.

São Paulo
2014

Tabagismo e Futuros Profissionais da Saúde: uma análise das Representações Sociais no Brasil e na Espanha

Danuta Medeiros

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração:
Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Isabel Maria
Teixeira Bicudo Pereira.

São Paulo
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Àqueles que acreditam em mim e me apoiam
mesmo antes da minha existência: meus pais

Darcy Medeiros Filho e
Maria Regina Galvão Carvalho

AGRADECIMENTOS

Escrever os agradecimentos ao final dessa jornada me parece uma tarefa tão difícil como escrever a tese, merece o mesmo cuidado e atenção dedicados à pesquisa durante os últimos anos.

Como de praxe, inicio agradecendo ao *Prof. Antonio Augusto Pinto Junior*, que há quase 10 anos plantou em mim a semente da pesquisa e se hoje já consigo colher frutos é por sua orientação sempre tão precisa e preciosa. Pude ainda contar com sua preciosa contribuição na discussão de parte dos resultados e com sua leitura atenciosa a cada página desse trabalho.

Ao *Prof. Chester Luiz Galvão César* que me abriu as portas da Faculdade de Saúde Pública em 2008, orientando minha pesquisa de mestrado e meu futuro nessa jornada.

A *Profa. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira* minha querida e doce orientadora, pelo acolhimento, confiança, compreensão e amizade dadas durante todos os momentos de orientação científica e também orientações para a vida.

Aos *Profs. Fernando Lefèvre* e *Ana Lefèvre* que dividiram comigo sua brilhante criação: o método do DSC, e pela constante presença em todas as etapas deste trabalho.

A *Profa. Leila Tardivo* que também me acompanha já há muitos anos, por jamais hesitar em compartilhar seu conhecimento, sabedoria e amizade.

A *Profa. Maria Elisabete Guazzelli*, uma das últimas pessoas a cruzar meu “caminho acadêmico”, por sua delicadeza e preciosa contribuição para a discussão do presente estudo.

A *Escuela Andaluza de Salud Pública* em Granada/Espanha, que me recebeu durante meu período de doutorado sanduíche. Agradeço em nome dos *Profs. Ana Delgado, Luis Andrés López Fernandez* e *Juan Manoel*, e “las chicas no sumisas” *Lorena, Mariola, Begoña, Alina, Olga, Mamen, Maite* e *Amparo* que dividiram comigo uma sala e bons momentos na bela Graná.

Também aos “hermanos” latino-americanos: *Liana, Paula, Boris, Edu e Profa. Rosana*, por tornarem os momentos na Europa mais latinos.

Ao *Dr. Antonio Pedro Mirra*, grande especialista e combatente do tabagismo no Brasil desde 1979, pelo exercício exemplar na incansável luta contra o fumo.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em especial a *Renilda*, por tornar a burocracia mais simples com seu sorriso e sua atenção.

Ao *Francisco Eduardo Sobral* pela ajuda na criação dos casos, sempre abrilhantando com sua criatividade e sua humanidade. Aos responsáveis pelas “vozes” que permitiram aos participantes da pesquisa um melhor entendimento das questões: *Persio Junior e Tatiana Ferraz. A Daniella Moraes*, pela rapidez e agilidade nas transcrições. Aos amigos, tradutores e corretores das versões do resumo para o inglês e o espanhol: *Kitaro Jardineiro, Cláudio Nisiyama e Mariola Bernal*. E aos responsáveis por traduzir todo o trabalho em uma só imagem na criação da capa entregue aos membros da banca: *Pablo Godoy e Priscila Coradete*.

As universidades privadas do Estado de São Paulo (Brasil) que permitiram a realização da coleta de dados dessa pesquisa – em nome dos *Profs. Rosana Frazili, Maria Geralda Viana Heleno, Marcelo Rodrigues* – e as universidades públicas de Andalucía (Espanha) – em nome dos *Profs. Eugénia Gil, Pedro Bullón, Fernando Martínéz e Pedro Romero Palacios*. Sem a interseção desses professores o trabalho não seria possível.

Aos “*futuros profissionais da saúde*”, alunos de graduação dos cursos da saúde investigados nessa pesquisa, que se disponibilizaram a participar do meu estudo, colaborando fundamentalmente para o desenvolvimento do trabalho.

A *CNPq e CAPES* pela concessão de bolsas de estudo durante o período do doutorado e da estância de doutoramento no exterior, respectivamente.

As *faculdades privadas* que me receberam nesses últimos anos “do lado de lá” e tive o privilégio de aprender agora na fantástica troca diária com

meus queridos *alunos*. Nessas instituições tive ainda o prazer de conviver com colegas de profissão e fazer verdadeiros amigos, em especial *Erica Hokama* (amiga de todas as horas, principalmente das viagens em prol da ciência), *Eneida de Almeida dos Reis* (companheira inconscientemente adolescente, Freud explica!), *Jussara Moreira Pilão* (doce e experiente companheira), *Ricardo Rentes* (amigo suficientemente bom), *Reginaldo Deconti Junior* (que de aluno se tornou amigo e colega de profissão); sem esquecer *Gabi Moreira* (irmãzinha do coração), *Thiago Robles*, *Edimar Costa*, *Roberto Yamaoka*, *Martinho Condini*, *Guto Mardegan* e muitos outros.

Aos *amigos e familiares* de Guaratinguetá que se acostumaram com minha ausência desde o período da especialização, e também aos de São Paulo que me acolheram nos últimos anos. Em especial agradeço a *Taísa Marotta Brosler* pela escuta, sugestões, conversas sobre o trabalho, as pesquisas, e a vida.

Aos *meus pais* que em todos os momentos estiveram presentes me amando incondicionalmente; dando apoio e sonhando junto comigo a cada nova etapa; me consolando e amparando a cada fracasso; e vibrando em todas as minhas conquistas.

Ao *Pablo* que soube amar e estar ao meu lado mesmo quando precisei optar por estar distante fisicamente, mas esteve sempre me apoiando nessa jornada e acreditou junto comigo que essa conquista era possível.

CARTILHA DOS DIREITOS DOS FUMANTES¹:

1. *Todo fumante tem direito a seu câncer de pulmão ou, na ausência deste, a sua bronquite crônica e enfisema, a sua cardiopatia isquêmica ou a doenças similares associadas ao tabaco, desde que estas possam, no mínimo, reduzir a expectativa de vida.*
2. *Todo fumante tem direito a poluir o ambiente de trabalho e o de suas casas, principalmente se tiver filhos pequenos, mais suscetíveis aos problemas causados pelo fumo passivo.*
3. *Todo fumante tem direito a provocar incêndios, sendo necessário reservar matar nativas para este fim.*
4. *Todo fumante tem direito à desagradável aparência dos dedos e dos dentes manchados e, ainda, ao hálito de fumante.*
5. *Todo fumante tem direito a assinalar sua passagem com o cheiro do cigarro.*
6. *Toda mulher grávida fumante tem direito a prejudicar o feto com o uso do cigarro.*
7. *Todo fumante tem direito a estimular o contrabando de cigarro, de modo que o produto nunca falte.*
8. *Todo fumante tem direito a exigir dos fabricantes a seleção de plantas com maior teor de nicotina.*
9. *Todo fumante tem direito de gastar com cigarros o dinheiro que deveria ser destinado ao bem-estar da sua família.*

Mas... Mas:

10. *Todo fumante tem direito ao reconhecimento de sua condição como dependente de substâncias que o transformam num autômato sem vontade.*

¹ Trecho retirado do artigo de autoria de Moacyr Scliar, publicado no jornal Zero Hora, de Porto Alegre, em 19/12/1998 (apud SILVA *et al*, 2012).

RESUMO

MEDEIROS, Danuta. Tabagismo e Futuros Profissionais da Saúde: uma análise das Representações Sociais no Brasil e na Espanha. [Tese de Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2014.

Introdução. O tabagismo é considerado atualmente um problema mundial de saúde pública, que extrapola a dimensão fisiológica e psicológica. Assim, é compreendido como um fenômeno social a ser explorado por diferentes áreas do conhecimento. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) faz-se necessário mudar o curso da exposição mundial ao tabagismo, considerando os profissionais da saúde como importantes personagens nas ações antitabagistas. Segundo a OMS, esses profissionais são vistos como igualmente intervenientes no processo de educação em saúde e combate ao tabagismo junto à sociedade, sendo então importante priorizar estudos e ações também com estudantes de cursos da área da saúde, que estarão, em um futuro próximo, trabalhando junto à população. Portanto, torna-se importante a aproximação de suas representações, crenças e visões do processo saúde/doença aos programas de combate ao fumo. **Objetivo.** Analisar as representações sociais sobre o tabagismo em estudantes de cursos da área da saúde no Brasil e na Espanha. **Método.** Trata-se de um estudo qualiquantitativo realizado com 163 estudantes em fase de conclusão de cursos da área da saúde. Os dados foram obtidos através de triangulação metodológica com uso dos instrumentos Desenho Temático e Discurso do Sujeito Coletivo em universidades particulares no Brasil e universidades públicas na Espanha, coletados entre agosto de 2013 e maio de 2014. Utilizando a teoria das Representações Sociais, foram criadas categorias a partir dos resultados obtidos em cada um dos instrumentos, e posteriormente analisadas e discutidas com outros estudos na mesma temática. **Resultados e Discussão.** A identificação das representações sociais permitiu reconhecer uma importante mudança: fumar já não é mais visto como um comportamento positivo – elegante e charmoso -, os participantes apresentaram diversas críticas ao comportamento de fumar, especialmente no que se refere ao comportamento de profissionais da saúde, vistos por eles como modelos para a população, principalmente no que se refere à comportamentos saudáveis. Embora se tratando de grupos de culturas diferentes, não foram encontradas diferenças significativas entre as representações dos estudantes do Brasil e da Espanha. **Considerações Finais.** As informações resultantes do estudo permitem contribuir para o planejamento de programas de educação em saúde principalmente para grupos universitários e de estudantes da área da saúde, bem como auxiliar os programas de cessação do tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo, Profissionais da Saúde, Representação Social.

ABSTRACT

Medeiros, Danuta. Smoking habits and future healthcare professionals: an analysis of social representation in Brazil and Spain. [Doctoral Dissertation] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2014.

Introduction. Currently, smoking is considered a worldwide public health problem, which extrapolates the physiological and psychological dimension. Therefore, smoking is understood as a social phenomenon to be explored by different areas of knowledge. The World Health Organization (WHO) considers that a change in the trend of global exposition towards smoking is needed, aiming and considering the healthcare professional as important key roles for antismoking actions. According to WHO, these professionals are viewed as equally capable in meddling the promotion of health education and in combating smoking altogether with the society. Consequently, it is important to prioritize actions and studies engaging students of healthcare related areas, who will be working with people in the society in the near future. Therefore, it becomes important, to make closer their representations, beliefs and thinking from healthy/illness process into antismoking programs.

Objective. Analyze the social representations about smoking habits within students of healthcare areas, in Brazil and Spain. **Methodology.** This research was qualitative-quantitative study with 163 students in its final stages of the undergraduate health care program. Data were collected between August 2013 and May 2014, at private universities in Brazil and public universities in Spain, through triangulation methodology using the following instruments: Thematic Drawing with story and Discourse of Collective Subject. Using the Social Representation Theory, categories were created through the results of each instrument and then, analyzed and discussed with studies within similar thematic. **Results and discussion.** The identification of social representations allowed recognizing an important change: smoking is no longer seen as a positive behavior - elegant and charming. Participants presented several critiques to smoking habits, especially when the smoking habits are related to healthcare professionals, who are viewed as models of healthy habits. Although there are differences in the cultural background of those two groups, there were not found any significant divergences in the representations of Brazilian and Spanish students. **Final Considerations.** The information resulting from this study allows us to contribute to the healthcare education programs planning, mainly to university students groups and healthcare areas students as well as assisting in antismoking and smoking cessation programs.

Keywords: Smoking, Healthcare Professionals, Social Representation.

RESUMEN

MEDEIROS, Danuta. Tabaquismo y Futuros Profesionales Sanitarios: un análisis de las Representaciones Sociales en Brasil y España. [Tesis de Doctorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2014.

Introducción. Actualmente, el tabaquismo es un gran problema de salud pública, que extrapola las dimensiones fisiológica y psicológica. Así, es entendido como un fenómeno social a ser explorado por diferentes áreas del conocimiento. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es necesario cambiar el curso de la exposición mundial del tabaquismo, considerando a los/as profesionales sanitarios/as como agentes sociales importantes en las acciones contra el tabaquismo. Según la OMS, los profesionales son vistos como agentes igualmente involucrados en el proceso de educación en salud y lucha contra el tabaquismo junto al resto de la sociedad. En este contexto, es importante priorizar estudios y acciones específicas con los/as estudiantes de grado en el área sanitaria, quienes estarán, en el futuro próximo, trabajando por la salud de la población. Por lo tanto, es importante aproximar sus representaciones, creencias y visiones del proceso de salud/enfermedad a los programas de lucha contra el tabaquismo.

Objetivo. Investigar las representaciones sociales del tabaquismo en los estudiantes de grado en el área sanitaria en Brasil y España. **Método.** Es un estudio cualicuantitativo realizado en una muestra de 163 estudiantes de último curso. Los datos fueron obtenidos a través de la triangulación metodológica mediante uso del Dibujo Temático y del Discurso del Sujeto Colectivo. La recogida de datos tuvo lugar entre agosto de 2013 y mayo de 2014 en universidades privadas de Brasil y universidades públicas de España. Con el uso de la teoría de las Representaciones Sociales, y a partir de los datos obtenidos, se crearon categorías en cada uno de los instrumentos. Además se realizó un análisis y una discusión con otros estudios sobre el mismo tema. **Resultados y Discusión.** La identificación de las representaciones sociales permiten reconocer un cambio importante: fumar ya no es considerado más como un comportamiento positivo – elegante y encantador –, los participantes expresaron muchas críticas al hábito de fumar, especialmente en relación a los/as profesionales sanitarios, que son vistos como modelos, por lo que deben tener conductas saludables. Sin embargo, no hubo diferencias en las representaciones de los/as estudiantes de Brasil y de España, aunque existan importantes diferencias culturales. **Consideraciones Finales.** Los resultados de la investigación permiten contribuir a la planificación de programas de educación en salud, dirigidos principalmente a los/as estudiantes de grado en general y de grados en salud, así como a ayudar en los programas de lucha contra el tabaquismo.

Palabras-clave: Tabaquismo, Profesionales Sanitarios, Representación Social.

INDICE

Apresentação	27
1 – Introdução e Justificativa	33
2 – Revisão de Literatura	41
2.1 Do tabaco ao tabagismo	41
2.1.1 Aspectos históricos do tabaco	42
2.1.2 Composição química do cigarro e dependência	45
2.1.4 Epidemiologia do tabagismo	48
2.1.5 Um novo olhar, uma nova representação	50
2.2 Uma droga permitida com uma lei restritiva	51
2.2.1 Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	52
2.2.2 MPOWER	54
2.2.3 Legislação Antitabagismo no Brasil	55
2.2.4 Legislação Antitabagismo na Espanha	57
2.3 Estratégias de vigilância e monitoramento do tabaco	58
2.3.1 <i>Global Health Professional Students Survey</i> (GHPSS)	59
2.4 O tabaco e o Profissional da Saúde	60
2.4.1 Estudantes universitários e o tabaco	60
2.4.2 Profissionais da saúde e o tabaco	65
2.5 Marco Teórico: Representações Sociais	72
3 – Objetivos	83
4 – Material e Método	85
4.1 Delineamento geral	85
4.2 População e amostra	88
4.3 Instrumentos de coletas de dados	89
4.3.1 Procedimento Desenho Temático	91
4.3.2 Entrevista para Análise do Discurso do Sujeito Coletivo	95
4.4 Análise dos dados	102
4.5 Apresentação dos resultados	104
4.6 Pré-teste	104

4.7 Aspectos éticos	105
5 – Resultados e Discussão	107
5.1 Caracterização da amostra	107
5.2 As representações sociais a partir dos Desenhos Temáticos	108
5.3 As representações sociais a partir dos Discursos do Sujeito Coletivo	132
5.4 Comparando o Desenho Temático e o Discurso do Sujeito Coletivo	178
5.5 Comparando Representações Sociais de Futuros Profissionais da Saúde do Brasil e da Espanha	189
6 – Limitações do estudo	197
Considerações Finais	199
Referências	203
Anexos	215
Anexo 1: Decreto nº 8.262	217
Anexo 2: Boletim Oficial do Estado com a descrição completa da Lei 42/2010	221
Anexo 3: Questionário <i>Global Health Professional Students Survey</i>	233
Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	241
Anexo 5: Consentimiento Informado	243
Anexo 6: Aprovação do Comitê de Ética Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	245
Anexo 7: Aprovação do Comitê de Ética Universidade de Granada	247
Anexo 8: Currículo Lattes Professora Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira	249
Anexo 9: Currículo Lattes Danuta Medeiros	251

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Campanha publicitária da <i>Lucky Strike</i> , 1930.	68
Figura 2. Campanha publicitária da <i>Camel</i> , 1946.	69
Figura 3. Campanha publicitária da <i>Viceroy's</i> , 1950.	69
Figura 4. Campanha publicitária da <i>Chesterfield</i> , 1951.	70
Figura 5. Cartaz do Dia Mundial Sem Tabaco de 2005, OMS, 2005.	71
Figura 6. Distribuição da amostra segundo área de estudo, Brasil e Espanha, 2013/2014.	108
Figura 7. Desenho Temático do participante F041.	110
Figura 8. Desenho Temático do participante O050.	112
Figura 9. Desenho Temático do participante E027.	114
Figura 10. Desenho Temático do participante E013.	115
Figura 11. Desenho Temático do participante E028.	117
Figura 12. Desenho Temático do participante E006.	118
Figura 13. Desenho Temático do participante O062.	120
Figura 14. Desenho Temático do participante O058	122
Figura 15. Desenho Temático do participante EO35.	135
Figura 16. Desenho Temático do participante EF36.	124
Figura 17. Desenho Temático do participante EM31.	126
Figura 18. Desenho Temático do participante EE46.	128
Figura 19. Desenho Temático do participante EM24.	130
Figura 20. Desenho Temático do participante EF51	131
Figura 21. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-Caso 1, Brasil, 2013.	134
Figura 22. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-Caso 1, Espanha, 2014.	139

Figura 23. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-Caso 1, Brasil, 2013.	143
Figura 24. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-Caso 1, Espanha, 2014.	148
Figura 25. Figura 3. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-Caso 2, Brasil, 2013.	152
Figura 26. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-Caso 2, Espanha, 2014.	156
Figura 27. Figura 3. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-Caso 2, Brasil, 2013.	160
Figura 28. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-Caso 2, Espanha, 2014.	165
Figura 29. Figura 3. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da pergunta de finalização, Brasil, 2013.	168
Figura 30. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da pergunta de finalização, Espanha, 2014.	170

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos desenhos segundo profissão do personagem, Brasil, 2013.	111
Tabela 2. Distribuição dos desenhos segundo local em que o personagem principal encontra-se, Brasil, 2013.	116
Tabela 3. Distribuição dos desenhos segundo profissão do personagem, Espanha, 2014.	125
Tabela 4. Distribuição dos desenhos segundo local em que o personagem principal encontra-se, Espanha, 2014.	129
Quadro 1. Distribuição de categorias apresentadas na primeira pergunta da Questão-Caso 1, Brasil, 2013.	133
Quadro 2. Distribuição de categorias apresentadas na primeira pergunta da Questão-Caso 1, Espanha, 2014.	138
Quadro 3. Distribuição de categorias apresentadas na segunda pergunta da Questão-Caso 1, Brasil, 2013.	142
Quadro 4. Distribuição de categorias apresentadas na segunda pergunta da Questão-Caso 1, Espanha, 2014.	147
Quadro 5. Distribuição de categorias apresentadas na primeira pergunta da Questão-Caso 2, Brasil, 2013.	151
Quadro 6. Distribuição de categorias apresentadas na primeira pergunta da Questão-Caso 2, Espanha, 2014.	156
Quadro 7. Distribuição de categorias apresentadas na segunda pergunta da Questão-Caso 2, Brasil, 2013.	160
Quadro 8. Distribuição de categorias apresentadas na segunda pergunta da Questão-Caso 2, Espanha, 2014.	164
Quadro 9. Distribuição de categorias apresentadas na pergunta de finalização, Brasil, 2013.	168
Quadro 10. Distribuição de categorias apresentadas na pergunta de finalização, Espanha, 2014.	176

Quadro 11. Distribuição percentual, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-caso 1, segundo grupo amostral. Brasil e Espanha, 2013-2014.	192
Quadro 12. Distribuição percentual, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-caso 1, segundo grupo amostral. Brasil e Espanha, 2013-2014.	193
Quadro 13. Distribuição percentual, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-caso 2, segundo grupo amostral. Brasil e Espanha, 2013-2014.	194
Quadro 14. Distribuição percentual, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-caso 2, segundo grupo amostral. Brasil e Espanha, 2013-2014.	195
Quadro 15. Distribuição percentual, das categorias de resposta da pergunta de Finalização, segundo grupo amostral. Brasil e Espanha, 2013-2014.	196

SIGLAS UTILIZADAS

AC – Ancoragens

AMB – Associação Médica Brasileira

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10^a. Revisão

CQCT – Convenção Quadro para o Controle do Tabaco

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*

ECH – Expressão-chave

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FSP – Faculdade de Saúde Pública

GATS – *Global Adult Tobacco Survey*

GHPSS – *Global Health Professional Students Survey*

GSPS – *Global School Personnel Survey*

GTSS – *Global Tobacco Surveillance System*

GYTS – *Global Youth Tobacco Survey*

IC – Ideias centrais

IPDSC – Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo

ISA-Capital – Inquérito de Saúde do Município de São Paulo

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PL – Projeto de Lei

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Transtorno Mental Comum

UBS – Unidade Básica de Saúde

USP – Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

O que veio antes: o ovo ou a galinha? A dúvida ou a pergunta do pesquisador? A insaciável vontade de fazer perguntas ou de encontrar respostas? O interesse por fazer pesquisa ou pelo objeto a ser pesquisado? Talvez para essas perguntas não exista uma única resposta correta, como para muitas outras que a investigação científica se propõe a buscar constantemente, mas é da reflexão a cerca de todas as questões que se faz a ciência e provavelmente a vida de quem se propõe a esse ofício.

Logo de início já é possível refletir um pouco sobre a teoria da multicausalidade ou multifatorialidade, que segundo Menezes (2001) tem hoje seu papel definido na gênese das doenças, substituindo outra teoria que por muitos anos se acreditou, a teoria da unicausalidade. Provavelmente seja possível afirmar que essa teoria não se restringe apenas às doenças, e sim a qualquer investigação científica que traz em seus resultados diferentes respostas à uma mesma dúvida.

A partir disso, perguntar e refletir são tarefas diárias de um bom pesquisador. E nesse caminho as respostas e as reflexões vão se cruzando, se entrelaçando, tornando-se difícil e muitas vezes impossível encontrar a neutralidade tão desejada. Seria um pesquisador neutro em uma investigação quantitativa e não em uma qualitativa? Por mais que se insista nessa neutralidade ela se dissolve na escolha do objeto a ser pesquisado, e nas representações já hipotetizadas.

Para Denise Jodelet (2001), uma das grandes discípulas de Moscovici e importante pesquisadora das representações sociais, além de um ajuste pessoal ao mundo que nos cerca, é necessário saber como comportar-se, como dominar física ou intelectualmente esse mundo, e como identificar e resolver os problemas apresentados pelo mundo: e para isso são criadas as representações sociais, ou seja, as representações sociais são uma forma

de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com o objetivo de contribuir para a “construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p.22). Todos então partilhamos representações, e partilhar uma ideia é também, como afirma Jodelet (2001), afirmar um vínculo social e uma identidade. Nessa perspectiva acreditar na neutralidade e na individualidade de ideias torna-se cada vez mais difícil.

O presente estudo trata-se de uma análise das representações sociais sobre o tabagismo realizado por uma psicóloga não tabagista. Pode-se prever de antemão que suas hipóteses são muito distintas de uma pesquisa com o mesmo objeto e realizada por um estatístico tabagista, ou por um biólogo ex-tabagista. Segundo Cheke e Lima (2012) os valores pessoais do pesquisador e seu modo de ver o mundo sempre fará parte do processo investigativo, sendo impossível desvincular-se disso. Entretanto a busca por uma neutralidade, ou dizendo de outra maneira, a busca por uma imparcialidade opinativa foi uma meta a ser atingida durante toda a investigação e conclusão da tese.

Ainda assim, vale citar Gerard Duveen, que na introdução editada em inglês do livro de Moscovici (2011), se refere ao conhecimento como algo sempre expresso por determinada razão, “ele nunca é desprovido de interesse” (p.28). Seria esse um estudo completamente neutro e desinteressado? Impossível!

A formação em psicologia, e todo encantamento pela psicanálise freudiana e kleniana, permitiram um encontro com a subjetividade e o sofrimento humano. Durante a graduação (2002-2006) toda uma formação voltada à área da saúde foi aos poucos ganhando espaço e aperfeiçoamento na vida desta pesquisadora, inicialmente estagiando em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e posteriormente em um Hospital Geral, onde também iniciou-se na investigação científica com financiamento de uma bolsa da Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo (FAPESP)².

² Bolsa de iniciação científica FAPESP concedida à pesquisadora no período jul/dez 2006. O resultado do trabalho pode ser visto no artigo: MEDEIROS, Danuta; PINTO JUNIOR, Antonio Augusto. Um estudo sobre a estruturação egóica de profissionais hospitalares por

Após a graduação em psicologia com experiência prática e também no âmbito da pesquisa na área hospitalar se buscou um aprofundamento prático na área da saúde, iniciando a Especialização em Psicologia Hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2007-2008), onde ocorre então o primeiro contato com pacientes cardiopatas tabagistas. O atendimento diário a pacientes hospitalizados e a experiência novamente com pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)³ aproximaram ainda mais a Psicologia e Saúde Pública e mostraram a necessidade de psicólogos conhecerem e entenderem mais sobre o Sistema de Saúde Pública Nacional e também a importância desses profissionais participarem da implantação e complementação de um sistema social tão inovador e pouco disseminado aos jovens estudantes de psicologia. Dá-se início então a pós-graduação *strictu-sensu* em Saúde Pública pelo Departamento de Epidemiologia na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

O percurso do mestrado (2008-2010) foi de grande aquisição de conhecimentos, mas não suficientes para esquecer ou abandonar encantos antigos. Tratando-se de uma investigação epidemiológica, a dissertação intitulada *“Tabagismo e Transtorno Mental Comum na população de São Paulo – SP: um estudo a partir do inquérito de saúde no município de São Paulo (ISA-CAPITAL)”*⁴, objetivou analisar a associação entre Tabagismo e Transtorno Mental Comum (TMC) na população com 16 anos ou mais do município de São Paulo. Os dados foram obtidos através de um Inquérito de Saúde do Município, realizado em 2003 em 3333 domicílios; e para a análise utilizou-se o pacote estatístico *Stata 10*, fazendo-se uma caracterização das

meio do questionário desiderativo. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000100008&lng=pt&nrm=iso>.

³ O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde pública brasileiro, com atendimento a todos os indivíduos. É considerado o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e igualdade firmados na Constituição Federal.

⁴ O *download* do trabalho completo pode ser feito através do link: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-13072010-112932/pt-br.php>>.

prevalências de tabagismo e de TMC e posteriormente, através da regressão de Poisson, a associação entre as variáveis. Um estudo epidemiológico quantitativo que gerou muitas discussões e inquietações que apenas uma nova investigação qualitativa poderia esclarecer.

Nesse momento um novo encantamento ganhava espaço e força: o estudo do tabagismo; no entanto via-se claro ali uma psicóloga com um olhar cuidadoso e diferenciado à Saúde Pública, e não uma epidemiologista. A necessidade de voltar à pesquisa qualitativa estava evidente, contudo a epidemiologia também havia plantado suas sementes. Era preciso buscar sentido e significado já que a conclusão da investigação epidemiológica havia proporcionado muitos números que mereciam discussões cuidadosas, discussões talvez “subjetivas”, em outras palavras, “psicológicas”.

Como bem argumentado por Moscovici (2011), quando “analisamos processos *psicossociais*, nós descobrimos que eles são *psicossociais*. É como se nossa psicologia contivesse a nossa sociologia de uma forma condensada” ⁵ (p.105). E não se pode ver a relação das pessoas com o tabaco sem entender que se trata de um processo psicossocial.

E como unir então em uma só investigação os diferentes métodos agora de interesse? A única maneira seria o doutorado, também em Saúde Pública na FSP/USP, desta vez pelo Departamento de Serviços e Práticas em Saúde Pública. Através da linha de pesquisa Promoção de Saúde e utilizando o método proposto pelos professores do Departamento, Prof. Fernando Lefèvre e Profa. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre fez possível a união da psicologia, da saúde pública, do tabagismo, das representações sociais, da promoção da saúde, da pesquisa quantitativa e da pesquisa qualitativa. Essa união, assim como o método de investigação serão melhor compreendidos ao longo do trabalho.

No decorrer da investigação e do doutorado surge ainda a oportunidade da realização de uma estância de doutoramento no exterior, e durante oito meses (entre outubro de 2013 e junho de 2014) a investigação

⁵ Grifos do autor.

ganha uma nova casa, a *Escuela Andaluza de Salud Pública*, em Granada/Espanha. A partir disso faz-se possível uma ampliação do campo de pesquisa e consequentemente uma reestruturação do projeto de pesquisa. O estudo não mais se concentra em participantes do contexto brasileiro, mas também entre os espanhóis.

Enfim, o presente trabalho resume os últimos 48 meses dedicados ao doutorado, não deixando de lado os 13 anos anteriores de formação (desde o início da graduação em psicologia) que perpassam todo o conhecimento aqui discutido.

Esse trabalho está dividido de maneira que se faça clara e objetiva a leitura e compreensão de toda a investigação. Na primeira parte encontram-se a Introdução e as Justificativas, introduzindo o leitor a temática desenvolvida no processo investigativo de modo em que se possa justificar a escolha pelo tema e população do estudo. Na segunda parte é possível fazer uma “viagem” pela Revisão de Literatura; são apresentados aspectos relacionados ao tabagismo, desde os aspectos históricos à discussão legal proposta pela Organização Mundial da Saúde, além das legislações do Brasil e da Espanha; também é apresentado detalhadamente estratégias de vigilância e monitoramento do tabaco e a relação do tabagismo com os profissionais da saúde, um olhar específico frente aos estudantes de cursos da área da saúde que se encontram no processo de formação profissional para a ocupação desse papel. Para uma melhor fundamentação teórica da discussão posterior dos dados coletados na investigação o marco teórico das Representações Sociais é descrito ao final dessa segunda parte. Na terceira parte do trabalho são apresentados os objetivos da investigação, seguida da quarta parte onde a estratégia metodológica aplicada para coleta e análise dos dados é detalhada. Nessa apresenta-se cuidadosamente os instrumentos de coleta de dados bem como os procedimentos realizados para coleta e análise dos mesmos. Na quinta parte são apresentados os resultados juntamente com a discussão dos mesmos, de modo que fique mais clara a análise dos dados encontrados. Optou-se por apresentar e discutir os resultados encontrados nos diferentes instrumentos

separadamente, assim como nos diferentes grupos amostrais. Antes da finalização, na sexta parte, entendeu-se ser de grande relevância descrever as limitações encontradas no presente estudo, para então finalmente serem apresentadas algumas considerações finais. Finaliza-se o trabalho com as referências utilizadas e alguns anexos que auxiliam o esclarecimento de determinados procedimentos da investigação.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

...un cigarrillo es siempre un descansillo...
(Fumando Espero – 1922)⁶

O estudo do tabagismo tem sido amplamente abordado, por diferentes áreas do conhecimento (ARJONILLA, PELCASTRE, OROZCO, 2000). O interesse nessa temática se justifica principalmente pelo reconhecimento da Organização Mundial da Saúde (OMS⁷) do tabagismo como um sério problema de saúde pública, ainda que falar de tabagismo nos tempos atuais como um problema de saúde pública pareça ser algo redundante (MIRRA, PEREIRA, STEWEIN, 2012), afinal é de conhecimento de toda e qualquer pessoa sua associação a altas taxas de morbimortalidade (CASTRO *et al*, 2008).

A partir de 1997, o tabagismo foi reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos à inúmeras substâncias tóxicas e está classificado pela OMS (na CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10^a. revisão) no grupo dos Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (OLIVEIRA, 2008 *apud* MEDEIROS, 2010). Conforme afirmam Paduani e colaboradores (2008), o tabagismo é responsável pela maior mortalidade de seus dependentes em relação a mais de 20 doenças. Entre elas: o câncer do pulmão, a bronquite crônica, o enfisema pulmonar, as coronariopatias, as vasculopatias, a úlcera do duodeno e estômago, os cânceres da língua, faringe, esôfago e bexiga. Ademais, diversos estudos no Brasil e no mundo afirmam que o

⁶ *Música: Juan Viladomat, Letra: Félix Garzo.*

⁷ A OMS, fundada em 1948, é a autoridade diretora e coordenadora de saúde no sistema das Nações Unidas. Ela é responsável por liderar os problemas de saúde globais, modelar as agendas da área de saúde, estabelecer normas e parâmetros, articular e evidenciar possibilidades políticas, providenciar suporte técnico para os países, monitorar tratados de saúde. É formada por 193 países membros, que se encontram todo ano na Assembleia Mundial de Saúde, a fim de decidir políticas que melhorem a saúde (DIAS, 2011).

comportamento de fumar se instala precocemente (ANDRADE *et al*, 2006). Portanto, para a OMS ele pode ser considerado uma doença herbiátrica, uma vez que 90% dos fumantes iniciam o fumo antes de completarem dezenove (19) anos, sendo os jovens público-alvo da indústria tabageira. De acordo com Rosenberg (2003) o início do consumo de tabaco ocorre entre os doze (12) e dezoito (18) anos de idade⁸. Vale enfatizar que, segundo a literatura, 50% dos experimentadores se tornarão fumantes regulares na vida adulta (LEFÈVRE *et al*, 2004). Podendo-se estimar uma perda média de oito (8) anos de vida para pessoas que começaram a fumar na adolescência e continuam o costume de pelo menos um (1) maço de cigarros ao dia (MENEZES *et al*, 1994).

Assim como o álcool, o uso de tabaco, em razão da sua licitude, supera o de outras substâncias em relação ao consumo (WAGNER, 2011). Diante disso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), não havendo uma mudança na trajetória da exposição mundial ao tabagismo estima-se que o número de fumantes passe, do ano 2000 a 2030, de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões, e que o número de mortes anuais atribuíveis ao tabagismo aumente de 4,9 milhões para 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos (WHO, 2004, *apud* CASTRO *et al*, 2008). Para que ocorra então uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, a OMS propõe diversas estratégias, como o *Global Tobacco Surveillance System* (GTSS), desenvolvido em 1999, que vem sendo implementado na maioria dos estados membros da OMS. As pesquisas do GTSS são divididas em quatro grupos, entre eles o *Global Health Professional Students Survey* (GHPSS), com estudantes do terceiro ano de graduação da área da saúde dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e farmácia, pelo fato de prepararem futuros formadores de opinião junto à sociedade, em especial na assistência ao paciente (SZKLO *et al*, 2011). Faz-se necessário enfatizar que a Organização Mundial da

⁸ O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990).

Saúde, considera que o alvo prioritário das ações antitabagistas em países subdesenvolvidos deve ser centrado nos profissionais de saúde (OMS, 1983 *apud* RIBEIRO *et al*, 1999).

Confirmando ainda a tendência mundial de aumento da prevalência de tabagismo entre a população de adolescentes e adultos jovens, Andrade e colaboradores (2006) reforçam esse aumento principalmente entre os estudantes universitários, sem distinção de cursos, os quais para os autores são considerados público com grande suscetibilidade de envolvimento com o fumo. Tratando-se particularmente de universitários de cursos relativos à área da saúde, sabe-se que é extenso o conhecimento que detém sobre fumo; entretanto, conforme refletem Soares e Brosque (2001) após pesquisa com universitários, esses estudantes têm sim informações sobre temas de saúde, de modo generalista ou mesmo especificamente, bem como têm consciência de que seus conhecimentos não são sempre praticados concretamente. Estudos confirmam também que embora com uma prevalência inferior a observada na população em geral, o comportamento de fumar persiste entre estudantes de medicina, médicos e outros profissionais da saúde (MENEZES *et al*, 1994; BARRÍA *et al*, 2000).

Além disso, é de conhecimento de todos que apesar de toda a divulgação e campanhas sobre os males causados pelo tabaco e, independentemente do conhecimento do dano físico ou psicológico que causa, o uso do fumo se mantém: a maioria dos fumantes já teve ou tem algum problema físico relacionado ao cigarro e, apesar disso, continua fumando (ECHER, 2006; WAGNER, 2011). Para Arjonilla, Pelcastre e Orozco (2000) as pessoas quando fumam ignoram os efeitos negativos do tabaco, pois não apenas mantém o consumo, como muitas vezes aumentam. Por isso, para os autores, no âmbito cultural se faz necessário compreender a existência de razões que transcendem o nível biológico, os quais na maioria das vezes não são considerados na compreensão do tabagismo.

Em estudo sobre comportamento do universitário da área de biológicas da Universidade de São Paulo em relação ao uso de drogas,

Barría e colaboradores (2000) concluíram que os fumantes, diferentemente dos não-fumantes, frequentam menos os centros esportivos e bibliotecas, preferindo centros acadêmicos e lanchonetes. Os autores inferem que, embora seus achados não permitam uma análise aprofundada sobre fatores de iniciação do tabagismo, os fumantes universitários adquirem esse comportamento por estarem mais expostos e ligados a outros fumantes socialmente.

As crenças culturais e pessoais à cerca dos efeitos de drogas ou substâncias psicoativas, as expectativas de resultado quanto ao seu uso ou interrupção, variam de uma sociedade para outra, ou seja, de um grupo social para outro (CAVALCANTE, 2001). Assim, considera-se que os estudantes de cursos da área da saúde, vistos no presente trabalho como futuros profissionais da saúde, enquanto pertencentes de culturas diversas, “manifestem uma interação entre as construções culturais da ‘realidade médica’ que circulam formalmente nos meios acadêmicos e científicos, e as construções de outros universos socioculturais dos quais também fazem parte” (CAVALCANTE, 2001, p.97).

Algumas ações, como por exemplo as campanhas anti-tabagistas, têm contribuído para uma significativa mudança de paradigma, onde o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, tem sido visto como um comportamento indesejável (BRASIL, 2001 *apud* MEDEIROS, 2010). Atualmente, pode-se perceber que os fumantes não são mais vistos como galãs, mas como indivíduos “‘viciados’ sem ‘força de vontade’, ‘egoístas’” (CAVALCANTE, 2001, p.97). Fumar hoje em dia, dependendo do lugar, pode acarretar até mesmo em um constrangimento (DIAS, 2011).

Muitas vezes, as mudanças ocorrem na vida cotidiana podendo ser tão imperceptíveis ao senso comum, embora, provavelmente sejam resultado de mudanças profundas nas estruturas dos sistemas sociais e simbólicos (RODRIGO, 2007). É importante considerar que em toda cultura, em certo momento, determinadas representações aparecem de maneira dominante, em detrimento de outras, as quais não estão necessariamente ausentes, mas ficam secundárias em relação às outras, podendo ser até

mesmo descartadas do cenário social (OGATA; PEDRINO, 2004). Nesta direção, Arjonilla, Pelcastre e Orozco (2000) afirmam a necessidade de se considerar que as razões pelas quais as pessoas fumam não são identificadas apenas pela fisiologia ou a psicologia, é preciso também explorar o âmbito social, particularmente por meio da opinião pública, onde, segundo eles, se partilham as diversas ideias e conceitos relacionados com o fumo. Ou seja, a compreensão do tabagismo enquanto um fenômeno social requer que todas as dimensões envolvidas sejam levadas em consideração (SEABRA, FARIAS, SANTOS, 2011).

A partir do exposto, considera-se que o estudo das representações sociais pode auxiliar na apreensão de conhecimentos socialmente elaborados e compartilhados acerca do fumo e seus efeitos (SILVA *et al*, 2008). Conhecer as representações sociais de estudantes da área da saúde significa desvelar e evidenciar realidades que nortearão a atuação deles quando finalmente estiverem exercendo a profissão escolhida (OGATA, PEDRINO, 2004). A utilização, então, do aporte teórico das representações sociais auxilia a compreensão das formas com que os grupos expressam seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida. É tentar entender como essas formas de expressão são compartilhadas por crenças, atitudes, valores e informações, destacadas nas modalidades diferenciadas de comunicação, de acordo com o contexto ao qual pertencem (COUTINHO, SERAFIN, ARAÚJO, 2011). Neste sentido, a escolha pela coleta de dados dessa investigação com estudantes no Brasil e na Espanha se justifica com base nesse entendimento dos diferentes contextos sociais em que cada grupo está inserido.

Neste momento, vale refletir sobre o exemplo citado por Aiello-Vaisberg (1997). De acordo com a autora, constata-se que entre os profissionais de nível técnico e superior que atendem a pacientes portadores de HIV/Aids, o medo do contágio em contraponto com uma curiosa teoria inconsciente, é acentuado quando o paciente é homossexual ou prostituta, e menor com esposas tidas como fiéis. Assim, os cuidados de assepsia são relaxados neste segundo caso, e exagerados no primeiro, acompanhando-

se, inclusive, de hostilidade mais ou menos encoberta. A partir desse exemplo a autora considera que através do conhecimento acerca das representações sociais da soropositividade seja possível auxiliar intervenções que focalizem não apenas os aspectos informativos acerca do contágio, como também o substrato afetivo-emocional que estrutura a representação e fundamenta a relação profissional-paciente. Assim é possível justificar também o estudo acerca das representações sociais do tabagismo em estudantes de cursos da área da saúde, considerando a hipótese dos resultados auxiliarem intervenções acerca da cessação ao fumo e, logicamente, também a relação dos futuros profissionais com seus pacientes na prevenção e atenção do tabagismo. Além do mais, investigar se esses futuros profissionais da saúde representam o tabagismo sob a ótica do modelo moral, pode auxiliar na capacitação dos mesmos, desejando que mantenham uma postura neutra, sem julgamentos de valor moral para com o fumante (CAVALCANTE, 2001).

Não se pode deixar de reforçar o importante papel dos profissionais da saúde na redução do uso do tabaco. De acordo com Szklo e colaboradores (2011) mesmo um simples aconselhamento, dado por esses profissionais, pode aumentar significativamente as taxas de cessação do tabagismo. Logo, uma das estratégias para reduzir o tabagismo é encorajar o envolvimento de profissionais de saúde no aconselhamento da prevenção e cessação do comportamento de fumar. Cabe relatar aqui um episódio histórico, descrito por Mirra, Pereira e Stewien (2012).

O doutor Oswaldo Cruz, sanitarista famoso, em 1902, passeando pela Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, deparou com seu filho de doze anos de idade fumando. Embora muito triste, deu uma aula durante uma hora sobre os males do tabagismo. O filho então lhe perguntou “se o fumo é tão prejudicial, por que o senhor fuma?” A partir daquele momento, tomou a decisão de não mais fumar. Assim, um professor, um pai ou um médico que fuma não tem idoneidade moral para dar um conselho em relação ao tabagismo (p.147).

O modelo de comportamento em relação ao fumo, para Mirra, Pereira e Stewien (2012), deve, portanto, ser dado pelos próprios profissionais da saúde, além de professores, dos pais, dos políticos, de artistas e esportistas, que nunca devem se apresentar fumando em público. Para a OMS (1998 *apud* BARREIRA, SAMPAIO GOMES, CUNHA, 2007) os profissionais de saúde são igualmente intervenientes no processo de educação em saúde e combate ao tabagismo, já que estão em contato direto com cerca de 70% da população. É esperado desse profissional que, além de cuidar da saúde de seus pacientes, também dê a devida atenção aos cuidados consigo mesmo. Entretanto, de acordo Mendonça e Menandro (2010), há certo distanciamento em relação aos cuidados de saúde nos estudantes de cursos da área da saúde, no sentido de muitos abdicarem alguns auto-cuidados, sendo preciso refletir de que modo esses futuros profissionais poderão olhar para o outro antes de olharem para si mesmos.

Do mesmo modo, já afirmado por Ogata e Pedrino (2004), sabe-se que não é possível alterar o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho: a vida dos pacientes e da sociedade. Ainda assim, para que os estudantes de cursos da área da saúde possam, enquanto futuros profissionais da saúde, atuar de maneira mais efetiva como transformadores dessa prática, se faz necessário conhecer como eles representam o processo saúde-doença, ou como no presente estudo, como representam o tabagismo. Todavia, não se deve desconsiderar que o dilema do ovo e da galinha, para efeitos do trabalho do pensamento, fica aqui superado, uma vez que quem pensa e apresenta suas representações está inserido e atravessado pela sociedade (com sua história, forma de organização, suas culturas etc.) (ARRUDA, 2002).

Concluindo, o estudo das representações sociais, como exposto por Arjonilla, Pelcastre e Orozco (2000), permite o entendimento do universo simbólico-imaginativo do comportamento de todos, e é para tal que esse estudo se faz presente. Enfim, a análise e discussão que o presente estudo apresenta é absolutamente singular, consistindo uma importante investigação da representação social do tabagismo entre futuros

profissionais da saúde, oferecendo reflexões para a construção de uma nova prática e cuidado com aqueles que estarão futuramente cuidando de pacientes tabagistas (ou não) e na luta contra o início do fumo em grupos sociais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DO TABACO AO TABAGISMO

Se fumar um cigarro e tragar ocasionasse morte súbita seria ótimo; entretanto, seus poluentes levam alguns anos para causar algum tipo de doença (ROSEMBERG apud MIRRA; PEREIRA; STEWIEN, 2012).

Sabe-se que o consumo de drogas consiste em uma prática milenar universal na história da humanidade (BASSÔA DOS SANTOS, 2013). Durante muito tempo o tabaco foi disseminado por suas “potencialidades medicinais”, acreditando ser capaz de curar doenças como o reumatismo e outras. Com o tempo foi conquistando um espaço cada vez maior na sociedade e ganhando uma representação social positiva; fumar era sinônimo de liberdade, elegância e sucesso (SEABRA; FARIAS; SANTOS, 2011).

Ao longo dos anos, além de mudanças sociais e culturais, percebem-se mudanças nos padrões do consumo de drogas. O conhecimento a respeito dos riscos associados ao uso possibilita a criação de abordagens e métodos de prevenção e tratamento (BASSÔA DOS SANTOS, 2013). Além disso, atualmente o comportamento de fumar vem perdendo sua representação positiva; fumar, dependendo do lugar, pode acarretar em um constrangimento individual/coletivo (DIAS, 2011). O tabagista, dependente do fumo (da nicotina), é considerado um doente crônico, assim o tabagismo é entendido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas, classificado pela Organização Mundial da Saúde (CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª. revisão), desde 1997, no grupo dos Transtornos Mentais e de Comportamento

decorrentes do uso de substâncias psicoativas (OLIVEIRA, 2008 *apud* MEDEIROS, 2010).

2.1.1 Aspectos históricos do tabaco

O tabaco foi descoberto pelas sociedades indígenas da América, em 1000 a.C.. Nesse período era utilizado em rituais religiosos, acreditando ser capaz de purificar, proteger e fortalecer os guerreiros (BASSÔA DOS SANTOS, 2013). Muitas culturas indígenas do continente americano vivenciavam rituais mágico-religiosos, sagrados, em que o sacerdote, cacique ou pajé entravam em transe aspirando o fumo do tabaco (ROSEMBERG, 2003).

A planta do tabaco, da família das solanáceas⁹, tem suas folhas longas, amplas e macias, e flores vistosas e róseas, de onde se extrai uma substância chamada nicotina (MEDEIROS, 2010). É de consenso que o tabaco não existiu no Velho Mundo antes da época dos descobrimentos luso-espanhóis (PESTANA, 2010). O primeiro contato da Europa com o tabaco ocorreu no século 16, por quatro caminhos: Espanha, Portugal, França e Inglaterra (ROSEMBERG, 2003). De acordo com Pestana (2010) é em uma carta de Américo Vespúcio, de 1507, que a palavra tabaco aparece pela primeira vez.

Em 1518, Fernando Cortez e o missionário espanhol Frei Romano enviaram ao imperador Carlos V, na Espanha, as primeiras sementes de tabaco, após presenciarem os Astecas fumando folhas de tabaco enroladas. Um médico em Sevilla, na região de Andalucía, Espanha, Nicolás Monardes (1508-1588), foi o primeiro a cultivar a planta, na crença de seu uso para a cura de muitas enfermidades. Segundo Pascual e Vicens (2004), da

⁹ De acordo com o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1995) as solanáceas pertencem à família de plantas superiores, tubifloras, composta de ervas, arbustos e trepadeiras. São conhecidas no mundo aproximadamente duas mil (2000) espécies, das quais muitas se encontram no território brasileiro. Além do tabaco, o tomateiro e o pimentão são, entre outros, exemplos de solanáceas, ainda que não venenosos.

Espanha o tabaco chegou a Portugal e então, em 1561, foi introduzido na França por Jean Nicot, um diplomata francês. Relata-se que Nicot, que sofria com uma úlcera na perna, utilizou a planta para o tratamento da úlcera e obteve a cicatrização da enfermidade (BASSÔA DOS SANTOS, 2013). A partir desse episódio a planta ganhou o nome de Nicotiana, após a exaltação do diplomata do tabaco como agente curativo (OLIVEIRA, 2008 *apud* MEDEIROS, 2010). Com isso, Jean Nicot é considerado o responsável por disseminar a erva por toda a Europa, e seu nome consta na nomenclatura científica da planta: *nicotina tabacum* (BASSÔA DOS SANTOS, 2013).

O tabaco se espalhou pela Europa como “rastilho de pólvora” (ROSEMBERG, 2003, p. 3). Em alguns anos praticamente todos fumavam: nobres, plebeus, soldados e marinheiros. Foi no início do século XIX que o tabaco deixou de ser um medicamento para se tornar uma fonte de prazer (PESTANA, 2010). Atualmente é cultivado em todas as partes do mundo, responsável por uma enorme atividade econômica. E apesar dos malefícios conhecidos, o uso de tabaco e do álcool, em razão da sua licitude, supera o de outras substâncias (MEDEIROS, 2010, WAGNER, 2011).

O cigarro conhecido hoje (o industrializado) era, antigamente, produzido em pequenas indústrias de organização familiar. Supõe-se que foi um invento espanhol, pois era de costume se fumar tabaco num pequeno pedaço de papel denominado *papelete* (ROSEMBERG, 2003, BELARMINO, 2011). Em Sevilla, na Espanha, trabalhadores pobres picavam restos de charuto na rua e enrolavam em papel, criando uma alternativa para fumar charutos. Assim, em 1758, foi inaugurada “*La Real Fábrica de Tabacos de Sevilla*”, convertendo-se na maior construção industrial do mundo (PASCUAL; VICENS, 2004). A palavra espanhola “*cigarrillos*” deriva-se de *cigarral*, nome dado a hortas e plantações que eram constantemente invadidas por cigarras. O nome foi ao longo do tempo se popularizando e ganhando suas versões nos demais idiomas, como: *cigarette* em francês, *zigarette* em alemão, *sigaretta* em italiano e cigarro em português (BELARMINO, 2011).

Após a Primeira Guerra Mundial o consumo apresentou grande expansão (OLIVEIRA, 2008 *apud* MEDEIROS, 2010). Neste período o cigarro foi distribuído aos soldados norte-americanos e seu uso foi propagado. Concepções positivas sobre as propriedades do cigarro eram disseminadas aos soldados, afirmando-o como provedor de conforto e sensações prazerosas, como “um instrumento de civilidade, um auxiliar da decisão, um incentivo à prontidão” (KLEIN, 1997 *apud* BASSÔA DOS SANTOS, 2013).

A partir da década de 1950, com a massificação da televisão e a transmissão de eventos esportivos, a indústria do tabaco passou a patrocinar eventos internacionais esportivos, shows musicais e outros eventos culturais (BASSÔA DOS SANTOS, 2013). Por meio de estratégias de marketing, o cigarro passou a ser associado a uma imagem positiva (BASSÔA DOS SANTOS, 2013), a combinação entre o símbolo de rebeldia contra as atitudes conservadoras e a noção de benefícios atribuídos ao tabaco, juntamente com campanhas publicitárias, popularizaram o uso dos cigarros (PESTANA, 2010). Neste período a explosão do consumo de tabaco definiu a consolidação da potência econômica das indústrias fumageiras, portanto a produção de cigarros já se dava em escala industrial em diferentes partes do mundo (MEDEIROS, 2010).

Entretanto, na década de 1950, alguns estudos são publicados pelos epidemiologistas Richard Doll e Austin Bradford Hill, comprovando que o tabagismo provoca câncer de pulmão e aumenta o risco de desenvolver doenças cardíacas (BASSÔA DOS SANTOS, 2013). Hoje existem diversos trabalhos científicos comprovando os malefícios do fumo à saúde, não apenas daquele que faz uso como do não fumante que é exposto à fumaça do cigarro (MEDEIROS, 2010).

É verdade que os malefícios do tabaco têm sido invocados desde longa data por diferentes profissionais da saúde. Em 1892, Jules Rochard, membro da Academia de Medicina, já afirmava que “o tabaco é um veneno, tal como a maior parte das solanáceas” e descrevia a patologia cardíaca e a cancerosa ao seu consumo (MARTINET; BOHADANA, 2003). No entanto,

por mais que se falasse dos malefícios causados pelo cigarro, a Ciência pouco se interessou pelo tabagismo na primeira metade do século XX (PESTANA, 2010).

2.1.2 Composição química do cigarro e dependência

A composição química do cigarro conta com mais de 4.700 produtos químicos, entre hidrocarbonetos, fenóis, ácidos graxos, isoprenos, esteroides e minerais inorgânicos (PONTES, 2008). Sabe-se que muitas dessas substâncias químicas podem contribuir para os efeitos reforçadores do tabaco; ainda assim entende-se que a nicotina é o principal agente responsável pelo desenvolvimento da dependência ao tabaco (MEDEIROS, 2010). É a dependência à nicotina que faz com que a maioria das pessoas que fumam, pouco depois de tentarem reduzir ou eliminar o consumo do tabaco, recaiam e voltem à níveis habituais de consumo (NERÍN; JANÉ, 2007). De acordo com Rosemberg (2003), através da queima do tabaco a nicotina é liberada, sendo inalada e transportada aos bronquíolos terminais e alvéolos pulmonares, distribuída por quase todo organismo através da circulação sanguínea. Após tragada¹⁰, chega rapidamente ao cérebro – em cerca de 10 segundos –, sendo metabolizada, a maior parte, no fígado, e em grau bem menor, nos pulmões, e excretada pelos rins. Seus efeitos fisiológicos, como o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, a contração dos vasos sanguíneos, além dos efeitos hormonais e metabólicos, são imediatos.

Os primeiros cigarros costumam ser desagradáveis, provocando sensação de tontura, tremores, mal-estar e até mesmo ânsia de vômito. “O indivíduo precisa insistir para criar tolerância sobre estes efeitos e passar a sentir somente os efeitos estimulantes e prazerosos que a nicotina produz” (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004, p.11). Segundo Pontes (2008) esses

¹⁰ Tragar significa, de acordo com o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1995), “inalar a fumaça do tabaco” (p.643).

efeitos possuem uma meia vida de cerca de duas (2) horas, que somado aos valores das meias-vidas subsequentes, se acumulam em um fumante regular por pelo menos seis (6) a oito (8) horas após o cessar. É por isso que não ocorre intoxicação do organismo de modo intermitente, como pode parecer pelo modo de consumir o tabaco em tragadas sucessivas, com certo espaço de tempo entre elas. Ao contrário, o tabagista se expõe a uma intoxicação permanente, pois as doses múltiplas de nicotina que inala acumulam-se de tal maneira que a intoxicação continua durante todas as horas do dia. É importante reforçar que com o passar do tempo, os receptores específicos cerebrais, ao reconhecerem a nicotina, reagem exigindo quantidades cada vez maiores da droga, para alcançar o mesmo nível de resposta, o que caracteriza a dependência (PONTES, 2008). Assim, define-se como fumante (ou tabagista) toda pessoa que faz uso regular de pelo menos um dos produtos do tabaco fumado, independentemente do tempo em que fuma, e ex-fumante (ex-tabagista), o indivíduo que, no passado, fez uso de pelo menos um dos produtos do tabaco fumado e, no momento não fuma (AMB, 2013).

O uso de terminologias como “hábito” e “vício” são comumente utilizadas como sinônimos de dependência ao se referir ao fumo. Vale entender então a diferença entre tais termos. De acordo com o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1995) hábito significa, entre outros: “1. Disposição duradoura adquirida pela repetição frequente de um ato, uso, costume. 2. Maneira usual de ser” (p. 335). Portanto, quando a palavra hábito é usada para o tabagismo, infere-se que fumar é uma questão de costume, ou como afirma a Associação Médica Brasileira (AMB, 2013), uma mania de entregar-se a devassidão sem reflexão. Já em relação ao termo vício, deve-se considerar também o quanto seu uso agrega um juízo de valor negativo (AMB, 2013). Segundo o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1995), a palavra vício significa:

1. Defeito grave que torna uma pessoa ou coisa inadequadas para certos fins ou funções. 2. Inclinação para o mal. 3. Costume de proceder mal; desregramento habitual. 4. Conduta ou costume censurável ou condenável; libertinagem, licenciosidade. 5. Qualquer deformação física ou funcional. 6. Costume prejudicial; costumeira. 7. Defeito que pode invalidar m ato jurídico (p. 672).

Considerar então que o tabagista se comporta de forma inadequada, parece uma consideração preconceituosa, ainda que hoje seu comportamento não seja visto positivamente. Além do mais ele não possui um defeito, mas sim uma doença, a dependência química de nicotina (AMB, 2013).

Pode-se, neste momento, refletir sobre a discussão proposta por Freud ([1898] 1996) em relação a aplicação dos dois termos. Para o autor o “hábito” é uma simples palavra, sem nenhum valor explicativo, enquanto a aquisição de um “vício” pode também não ocorrer com todos aqueles que têm contato com substâncias psicoativas. Por isso, para a psicanálise é preciso se importar com “a fonte de que brota sua necessidade imperativa” (p.262).

Dependência é assim o termo mais adequado para se referir a esses pacientes, dependentes quimicamente da nicotina e dos componentes encontrados no cigarro. A dependência se caracteriza pelo uso e a necessidade, tanto físico como psicológica, de uma substância psicoativa (AMB, 2013), independentemente do conhecimento do dano físico ou psicológico que causa (ECHER, 2006). O fumante é então alguém que contraiu uma doença crônica, uma dependência química à nicotina. A partir da instalação da dependência a capacidade de decidir de forma livre e autônoma, ou seja, com livre arbítrio, fica totalmente comprometida (AMB, 2013). Conforme Silva (2012), havendo dependência a uma substância, para a OMS, caracteriza-se a existência de drogadição, mesmo que cigarros sejam aceitos socialmente e sejam ainda considerados lícitos. Assim, para a OMS, não se pode mais admitir que o tabagismo seja uma opção ou um estilo de vida, pois não há “livre arbítrio” para esses indivíduos. Percebe-se

ainda que, além da dependência física provocada pela nicotina, existem outros fatores, como fatores sociais, hábitos adquiridos ou condicionados e também características de personalidade do indivíduo que mantém o comportamento do tabagista (SEABRA; FARIAS; SANTOS, 2011).

Vale destacar que a presença da dependência por si não agrava a toxicidade derivada do consumo, mas dificulta a cessação e, indiretamente, é responsável por uma maior aparição de toxicidade, já que o indivíduo perde o controle sobre o consumo e pode, até mesmo, apresentar sintomas de abstinência¹¹ caso não fume (NERÍN; JANÉ, 2007).

2.1.3 Epidemiologia do tabagismo

Atualmente a prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão, considerando-se apenas pessoas com idade igual ou superior a quinze (15) anos, ou seja, um terço da população mundial é dependente do tabaco. O consumo anual é de 7,3 trilhões de cigarros, cerca de duzentas (200) toneladas de tabaco são consumidas diariamente (AMB, 2013).

A mortalidade anual relacionada ao tabaco, no mundo, compreende seis (6) milhões de pessoas, sendo vinte e três (23) óbitos por hora e uma (1) morte a cada dez (10) adultos. A previsão para o ano 2030 é de ocorrerem, no mundo, oito (8) milhões de óbitos. Entre os adultos a mortalidade por doenças tabaco-relacionadas é superior ao número de óbitos por AIDS, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados (AMB, 2013). De acordo com Mirra, Pereira e Stewien (2012), a morte ocorre a longo prazo; muitas das consequências negativas, como as doenças, surgem vinte anos depois que o indivíduo começou a fumar. Para os autores, durante esses anos o

¹¹ Segundo Medeiros (2010), após diminuição de 50% no consumo da nicotina o indivíduo já pode desencadear sintomas de abstinência. A síndrome de abstinência da nicotina atinge aspectos biológicos, psicológicos e também sociais. Os principais sintomas da síndrome de abstinência são: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e desejo intenso de fumar, podendo também apresentar instabilidade nos relacionamentos.

indivíduo gasta uma soma apreciável de dinheiro para adquirir uma doença no futuro.

Não é de graça que ele vai ter um câncer. O norte-americano calcula um gasto de cem mil dólares para o indivíduo ter um câncer de pulmão, pois é o que vai gastar em vinte anos, fumando um ou dois maços de cigarro por dia (MIRRA; PEREIRA; STEWIEN, 2012, p. 28).

No Brasil, o consumo é de noventa e sete (97) bilhões de cigarros ao ano, devendo-se não ignorar os procedentes de contrabando. Cerca de duzentas (200) mil mortes ao ano são relacionadas ao tabagismo (AMB, 2013). Na Espanha o tabagismo é um dos principais problemas de saúde, acometendo aproximadamente 24% da população (FERRERAS, 2013). De cada mil (1000) mortes, cento e quarenta e sete (147) se devem ao consumo de tabaco, vinte (20) a acidentes no trânsito, duas (2) a Aids e menos de uma (1) ao consumo de drogas ilegais (MUÑOZ-MUÑOZ *et al*, 2012). Com relação a Comunidade Autónoma de Andalucía, o tabaco é responsável por dez (10) mil mortes ao ano; estimando-se que a esperança de vida poderia aumentar em média quinze (15) anos se esse comportamento fosse extinguido (FERRERAS, 2013).

É vasta a lista de doenças provocadas ou agravadas pelo tabagismo (PESTANA, 2010). Para Paduani e colaboradores (2008), o tabagismo está relacionado a mais de 20 doenças, entre elas: cânceres, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, doenças gastrintestinais, distúrbios reprodutores, doenças bucais, além de menopausa precoce, osteoporose, catarata, e outras enfermidades (SILVA, 2012). Segundo Silva (2012), a cada cem (100) fumantes: vinte (20) terão doença pulmonar obstrutiva crônica, trinta (30) câncer de pulmão ou de outro órgão, vinte (20) problemas cardíacos ou circulatórios graves, todos terão problemas na cavidade bucal e na pele e estarão sujeitos a inúmeros riscos ao longo da vida.

Com todo o conhecimento, deve-se considerar que a opinião das pessoas vem mudando aos poucos, e as considerações médicas estão sendo mais facilmente aceitas após terem sido tomadas como repressoras e/ou restritivas (PESTANA, 2010).

2.1.4 Um novo olhar, uma nova representação

As grandes transformações sociais contemporâneas, segundo Jiménez-Martín (2011), estão transformando a saúde pública. Como já apresentado, o cigarro por muito tempo foi visto positivamente: ser fumante, era ser belo, era ser bom, digno de ser invejado, até mesmo pela representação do cigarro enquanto um “falo simbólico” (BELARMINO, 2011). Durante muitos anos o tabagismo foi associado a status e independência na sociedade, principalmente independência para as mulheres. Além disso, fumar pode ser considerado uma forma de obter segurança e evidência de auto-afirmação (SEABRA; FARIAS; SANTOS, 2011).

Entretanto, atualmente o ato de fumar em pleno século XXI vem sendo (re)significado, não sendo mais possível associar o cigarro como sinônimo de um comportamento saudável e glamoroso (BELARMINO, 2011). Ocorreu uma significativa mudança de paradigma com o tabagismo, transformando-se progressivamente num comportamento indesejável (MEDEIROS, 2010). Os conhecimentos e as concepções atuais estão levando todos a um novo posicionamento frente ao tabagismo (SILVA, 2012). Se, anos atrás, perguntar ao outro se tinha “fogo” para ascender um cigarro era um bom motivo para iniciar uma “paquera”, atualmente essa pergunta não é mais usada pelas pessoas que desejam iniciar uma conversa, um relacionamento, ou mesmo simplesmente fumar (BELARMINO, 2011). Como já dito, o comportamento de fumar hoje pode acarretar constrangimento individual e/ou coletivo (DIAS, 2011); o tabagismo deixou de ser apenas um incômodo para ser uma ameaça para a coletividade (CAVALCANTE, 2001).

Para Spink (2010) os fumantes de hoje se defrontam com a discriminação dos que não fumam. A autora confirma sua afirmação através de um estudo em que os participantes manifestaram sentirem-se discriminados a partir reação dos outros, por sua exclusão de certos espaços, e até mesmo pela falta de apoio para parar de fumar. Spink (2010) afirma ainda que, especialmente os mais velhos que se tornaram dependentes do tabaco quando fumar era socialmente aceito e incentivado pela indústria, se ressentem da atual discriminação contra fumantes. As mudanças de paradigma contribuíram ainda para o surgimento de uma série de ações regulatórias sobre o comportamento de fumar, trazendo maior cobrança sobre o fumante, que passou a ser visto não só como o que lesa a própria saúde, como também o que lesa a saúde dos outros (CAVALCANTE, 2001).

Não se pode dizer que a mudança de representação cessou esse “costume”, mas é possível afirmar que o número de tabagistas vem diminuindo com o passar dos anos. Ainda assim, para os tabagistas certamente a representação subjetiva do prazer está presente em sua dependência, como diria Belarmino (2011) “um prazer dentro de uma conotação de contravenção social”, ou seja, um prazer proibido, um prazer clandestino, que ao mesmo tempo em que satisfaz, incomoda.

2.2 UMA DROGA PERMITIDA COM UMA LEI RESTRITIVA

Todas as sociedades separam, demarcam e punem as transgressões, elas tentam impor sistematizações para preservar a ordem. Há uma necessidade de estabelecer barreiras e classificar o que deve ficar dentro e fora da sociedade. Separa-se o que é sujo do limpo, a ordem da desordem, o ser do não ser, a forma da não forma, a vida da morte e o puro do impuro (DIAS, 2011, p.30).

O fato de o cigarro ser uma droga lícita e socialmente aceita faz com que seu consumo seja mais comum e talvez mais assumido pelos seus usuários. Isso pode ser reforçado pelo fato de que, uma vez consideradas drogas lícitas, o tabaco e o álcool são vendidos livremente. Ainda neste sentido, Mirra, Pereira, e Stewien (2012) afirmam que houve um tempo em que o fumo era considerado um “vício inocente”, e ainda hoje muitos acreditam nisso, provavelmente pelo fato do tabaco não gerar um comportamento social inconveniente como no caso do álcool (LEMOS; GIGLIOTTI, 2007 *apud* MEDEIROS, 2010).

2.2.1 Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)

O tabagismo, na década de 1990, foi assunto principal em diversas publicações e artigos, discutindo principalmente sua relação com câncer e outras doenças. Destaca-se um importante relatório divulgado pelo Banco Mundial, no final da década – em 1999, que discutiu os efeitos nocivos do fumo, reforçando o impacto sócio-econômico ocasionado pela “epidemia do tabagismo” no mundo (BASSÔA DOS SANTOS, 2013). Em 1999, os países membros das Nações Unidas, reconheceram a expansão mundial da epidemia do tabaco, que se tornou um problema globalizado com sérias consequências para a saúde pública. Necessitando então de uma resposta internacional efetiva, apropriada e compreensiva através de uma maior cooperação internacional e participação de todos os países, foi proposta, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, o estabelecimento do primeiro tratado internacional em saúde pública da história da humanidade: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) (MEDEIROS, 2010). A iniciativa foi presidida pela Dra. Gro Brundtland, diretora da OMS, que no momento declarou ver o tabagismo como “uma doença contagiosa pela publicidade” (WHO, 2009 *apud* BASSÔA DOS SANTOS, 2013). Assim, os Estados membros da OMS elaboraram o tratado ao longo dos quatro anos seguintes, sendo em 21 de maio de 2003, aprovado na 56ª Assembleia

Mundial da Saúde, entrando em vigor apenas em 27 de fevereiro de 2005. De acordo com a OMS este é um dos tratados mais amplamente ratificado em toda a história da ONU (Organização das Nações Unidas) (OMS, 2003).

A CQCT trata-se de um importante passo em direção à promoção da saúde pública, reafirmando o direito de todos a um nível de saúde o mais alto possível (WHO, 2013). A convenção considera o tabagismo uma epidemia global, e apresenta o consumo e a exposição à fumaça do tabaco como questões de saúde pública, com consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas que impõem a implementação de medidas redutoras não apenas do consumo do tabaco, mas também da exposição dos não-fumantes à fumaça do tabaco (BRASIL, 2011).

Considerando a partir desse momento o controle do tabaco como uma questão ética e de responsabilidade social dos governos, deve-se buscar então proteger a população mundial e as gerações futuras das consequências geradas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco (OLIVEIRA, 2008 *apud* MEDEIROS, 2010). De acordo com Mirra, Pereira e Stewien (2012), a CQCT pretende preservar a sociedade das problemáticas sociais, ambientais e econômicas, além do consumo, considerando a exposição à fumaça do tabaco também como um fator importante. Desta forma, a CQCT fixou uma lista de medidas relacionadas à propaganda e patrocínio de produtos do tabaco, à política de impostos e preços, ao comércio ilícito, ao tabagismo passivo, a ações de vigilância e pesquisas, dentre outras, que devem ser adotadas pelos países que assinarem e ratificarem a Convenção (BRASIL, 2004 *apud* MEDEIROS, 2010).

Para que os países membros da OMS façam parte da Convenção é necessário que a mesma seja assinada pelo Ministro da Saúde e posteriormente ratificada pela área legislativa ou de máximo poder no país (BRASIL, 2004 *apud* MEDEIROS, 2010). Atualmente o tratado conta com 168 assinaturas e 173 ratificações (SILVA, 2012). No Brasil, embora o país tenha sido um dos primeiros a assinar a CQCT, em 2003, o tratado entrou em vigor em 2005 e consiste, atualmente, em uma resposta à epidemia

global de tabagismo (BASSÔA DOS SANTOS, 2013). A Espanha ratificou a CQCT em 2004.

2.2.2 MPOWER

A partir dos pressupostos estabelecidos pela CQCT, em 2008 elaborou-se o MPOWER, que tem como objetivos inibir o consumo de tabaco por jovens, proteger os não-fumantes da exposição à fumaça do tabaco, ajudar os dependentes a abandonarem o fumo, bem como extinguir os males do tabagismo dos países e suas populações (DIAS, 2011).

Conforme afirma Dias (2011), a palavra MPOWER foi determinada a partir de um acróstico estabelecido através das seis (6) principais medidas para o controle do tabagismo, de modo que a disposição das iniciais formam a palavra *Power*, que em inglês significa “poder”, ou seja, tais medidas juntas criam uma “força” maior:

Monitor tobacco use and prevention policies

Protect people from tobacco smoke

Offer help to quit tobacco use

Warn about the dangers of tobacco

Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship

Raise taxes on tobacco

Neste sentido, o documento especifica seis (6) medidas para o controle do tabagismo a serem postas em prática, a saber:

1) monitorar o uso do tabaco e as políticas preventivas; 2) proteger as pessoas da fumaça do tabaco; 3) oferecer ajuda para que as pessoas deixem o tabaco; 4) advertir sobre os perigos do uso do tabaco; 5) dar efeito prático às advertências sobre a promoção e o patrocínio do tabaco; 6) aumentar os impostos sobre o tabaco (DALLARI, 2013, p.95).

A finalidade do MPOWER é ajudar a aplicar nos países uma série de medidas eficazes de redução do tabagismo (OMS, 2010). Assim, estabelece diretrizes para auxiliar os países em políticas públicas locais contra o tabagismo (DIAS, 2011). Além do mais, a OMS elaborou material didático de conteúdo prático, instrumentos de avaliação, supervisão e vigilância destinados a apoiar a CQCT e diretrizes conexas (OMS, 2010).

2.2.3 Legislação Antitabagismo no Brasil

A história da luta brasileira contra o tabaco não é algo recente, com importantes iniciativas na regulamentação da comercialização e consumo no país já há algumas décadas. Em março de 1979, foi elaborado um documento reconhecendo o desafio do combate ao tabagismo, ressaltando o impasse econômico enfrentado pelo Estado, redigido por importantes nomes da pneumologia e do controle do tabagismo no país: José Silveira, Jaime Santos Neves, José Rosemberg, Edmundo Blundi, Antonio Pedro Mirra e Mario Rigatto. Neste momento defendeu-se a criação de um Comitê Nacional para planejamento e promoção de uma campanha de combate ao fumo (TEIXEIRA; JAQUES, 2011).

Nesta direção, em 1981, foi criada a Comissão para Estudos das Consequências do Fumo, que teve apenas um (1) ano de duração. No entanto, no campo do legislativo, ainda em 1980, foi apresentado um Projeto de Lei (PL) propondo que, a cada ano, no dia 29 de agosto, passasse a ser comemorado o “Dia Nacional de Combate ao Fumo” e, prevendo que a organização de campanhas educativas ocorresse sempre na semana que antecede a data. Apenas em 1986 tal proposta foi instituída enquanto Lei Federal nº 7.488/86.

A preocupação com ambientes livres da poluição ambiental do tabaco foi a base das propostas na década de 1980. A Constituição de 1988

transformou radicalmente a política de saúde brasileira, assim, segundo Teixeira e Jaques (2011), o Artigo 220 da nova Constituição deu competência a esfera federal de impor restrições as propagandas de cigarros, bebidas e medicamentos, e incluir advertências sobre os malefícios decorrentes de seu uso quando necessário. Esse artigo foi fundamental para justificar medidas legislativas antitabaco posteriores.

Destaca-se que, em 1996, foi promulgada a Lei nº 9.294 (BRASIL, 1996 *apud* BASSÔA DOS SANTOS, 2013) restringindo o uso e propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos e etc. Alguns anos depois, em 1999, foi promulgada a Lei nº 9.782 (BRASIL, 1999 *apud* BASSÔA DOS SANTOS, 2013), sobre a criação da ANVISA, incluindo a regulamentação e a fiscalização dos produtos derivados do tabaco. Em 2000, a Lei nº 10.167 (BRASIL, 2000 *apud* BASSÔA DOS SANTOS, 2013), amplia a Lei 9.294/96, restringindo a propaganda na mídia em geral – revistas, outdoors, etc – e limitando-a apenas aos pontos internos de venda; além disso, proíbe que as indústrias tabageiras patrocinem esportes.

Em 2011 foi sancionada a Lei 12.546 (BRASIL, 2011 *apud* BASSÔA DOS SANTOS, 2013), elevando os impostos sobre os produtos de tabaco e proibindo o fumo em locais fechados em todo o País. Mas a luta contra o tabaco não parou ainda, e ao que se vê há um longo caminho pela frente. Há pouco tempo foi sancionada a Lei nº 12.921 (26 de dezembro de 2013) proibindo a fabricação, a comercialização, a distribuição e a propaganda de produtos nacionais e importados, de qualquer natureza, bem como embalagens, destinados ao público infanto-juvenil, reproduzindo a forma de cigarros e similares. E no último ano aprovou-se o atual Decreto nº 8.262¹² (31 de maio de 2014) que regulamenta a proibição do tabagismo em recintos coletivos de todo país e a exposição de produto de tabaco nos pontos de venda, alterando o Decreto nº 2.018/1996, que regulamenta a Lei nº 9.294/1996¹³.

¹² Ver anexo: Decreto nº 8.262

¹³ É possível conhecer toda legislação brasileira antitabagismo no site do Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Para tal acesse o endereço eletrônico:

2.2.4 Legislação Antitabagismo na Espanha

Na Espanha, atualmente, existem várias leis que regulamentam o consumo do tabaco, entretanto ainda estuda-se uma nova reforma para incluir na legislação os cigarros eletrônicos, amplamente utilizados no país. A lei hoje em vigor na Espanha trata de uma modificação da Lei nº 28/2005, de 26 de dezembro de 2005. Conhecida como Lei Antitabaco de 2006, essa lei entrou em vigor em 1 de janeiro de 2006, embora alguns aspectos tenham começado a vigorar apenas em janeiro de 2007. A medida mais importante nesse momento foi a proibição do fumo em lugares públicos e de trabalho, objetivando proteger a saúde da população não-fumante. Ainda assim, se permitiu nesse momento a criação de “Espaços para fumantes”, cabendo as Comunidades Autônomas a responsabilidade por vigiar que a lei fosse cumprida (SUREDA *et al*, 2014). Em 2 de janeiro de 2011 entrou em vigor a nova Lei Antitabaco, a Lei nº 42/2010, de 30 de dezembro de 2010¹⁴. Essa lei modifica a anterior, e tem como medidas mais importantes a proibição de fumar em todos os locais fechados – como bares, restaurantes, discotecas, bingos, casinos –, sem exceção. Além disso, se estendeu a proibição a alguns locais abertos (ar livre), incluindo parques infantis, espaços ao ar livre de centros educativos não universitários e recintos de centros sanitários (ROMERO *et al*, 2012). Com essa legislação a Espanha passou a ser um dos primeiros países a proibir o fumo em locais ao ar livre, restringindo e endurecendo muito mais a lei anterior, Lei 28/2005 (MELERO, 2013).

Obviamente a nova lei, em vigor atualmente, despertou muitas queixas dos tabagistas e principalmente do setor hoteleiro, mas do ponto de vista da saúde pública, não há dúvida que gerou uma melhora significativa e

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/legislacao/por_tema>

¹⁴ Em anexo é possível conhecer o Boletim Oficial do Estado com a descrição completa da Lei 42/2010. Ver anexo 2.

vem atingindo excelentes resultados na luta contra o fumo (MELERO, 2013). Espera-se ainda que esta nova reforma legislativa seja mais facilmente aceita pela população adolescente e jovem. Portanto, acredita-se que a proibição do fumo em bares e restaurantes pode trazer resultados satisfatórios no combate ao fumo dessa população específica.

2.3 ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DO TABACO

Vigilância. S.f. **1.** Ato ou efeito de vigilar(-se).
2. Preocupação, cuidado, prevenção.
3. Zelo, diligência (FERREIRA, 1995, p. 673).

Para que ocorra uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, a OMS propõe diversas estratégias, destacando-se estratégias de vigilância e monitoramento. Neste sentido, em 1998, a OMS, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e a Associação Canadense de Saúde Pública desenvolveram o *Global Tobacco Surveillance System* (GTSS) para ajudar os países membros da OMS na coleta de dados sobre o tabagismo. O *Global Tobacco Surveillance System* (GTSS) vem sendo implementado na maioria dos estados membros da OMS, e suas pesquisas são divididas em quatro grupos (SZKLO *et al*, 2011):

- *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS), com escolares de 13 a 15 anos;
- *Global School Personnel Survey* (GSPS), como pessoas que trabalham em escolas;
- *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), com adultos de 15 anos ou mais;

- *Global Health Professional Students Survey (GHPSS)*, com estudantes do terceiro ano de graduação da área da saúde.

Para o presente estudo se faz conveniente apenas considerar mais detalhadamente o GHPSS.

2.3.1 *Global Health Professional Students Survey (GHPSS)*

O uso do tabaco entre os profissionais de saúde, como será possível compreender melhor mais adiante, é de enorme interesse na área de vigilância relacionada ao tabaco. Considera-se que esses profissionais, além de responsáveis pela atenção primária à saúde e a educação para as questões relacionadas com o tabaco, são também vistos pela comunidade como modelos, principalmente no que se refere à comportamentos saudáveis (WHO, s/d). Nesta direção, especificamente em relação à GHPSS, seu intuito é coletar dados sobre o uso do tabaco e aconselhamento cessação entre os profissionais de saúde os estudantes em todos os estados da OMS. A GHPSS é uma pesquisa realizada com alunos do terceiro ano das graduações em odontologia, medicina, enfermagem e farmácia, pelo fato de considerar que tais graduações prepararam futuros formadores de opinião junto à sociedade, em especial na assistência ao paciente (SZKLO *et al*, 2011).

Segundo o site da Organização Mundial da Saúde¹⁵, a GHPSS teve início em 2005 e para participar da pesquisa, os alunos desses cursos da área da saúde, devem responder um questionário anônimo e auto-aplicado com mais de vinte (20) questões relacionadas ao fumo, incluindo o consumo de tabaco, a publicidade do tabaco, a cessação, a percepção do comportamento de fumar, a exposição ao fumo passivo, o desejo de cessação do tabagismo, e formação recebidos sobre aconselhamento do

¹⁵ Ver: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/ghps/en/>

paciente em técnicas de cessação do tabagismo¹⁶. Os participantes respondem os questionários em seus respectivos idiomas, sendo que os países participantes podem adicionar perguntas ao questionário inicialmente proposto.

Em relação à metodologia utilizada para a GHPSS, todos os países seguem um padrão rigoroso na seleção de instituições – podendo ser públicas e privadas – e turmas participantes e os procedimentos de processamento de dados. Conforme informações do site da OMS, o estudo piloto GHPSS ocorreu em 2005 a partir de dezesseis (16) pesquisas realizadas em dez (10) países. A população da amostra foram os estudantes da Albânia (odontologia, medicina, enfermagem e farmácia), Argentina (medicina), Bangladesh (odontologia), Croácia (medicina), Egito (medicina), Federação da Bósnia e Herzegovina (enfermagem), Índia (odontologia), Filipinas (farmácia), a República da Sérvia (odontologia, medicina e farmácia) e Uganda (medicina e enfermagem).

2.4 O TABACO E O PROFISSIONAL DA SAÚDE

*Se eu quiser fumar, eu fumo
Se eu quiser beber, eu bebo
Eu pago tudo que eu consumo
Com o suor do meu emprego
(Maneiras – Zeca Pagadinho)*

2.4.1 Estudantes universitários e o tabaco

A formação do profissional da saúde exige uma estruturação do cuidado à saúde, a partir de um domínio técnico-científico, em que seu trabalho, segundo Mendonça e Menandro (2010), deve ser estendido a

¹⁶ Em anexo é possível conhecer o questionário em inglês. Ver anexo 3.

realidade social para elevação da qualidade de saúde da população, sem deixar de evidenciar a sua própria saúde. Para os autores o exercício profissional fica “desarmônico” com o objetivo principal de um profissional da saúde caso ele também não dê a devida atenção a sua saúde.

Considera-se que o espaço universitário é um espaço aberto, de livre ingresso, com uma significativa presença de pessoas dentro da faixa etária jovem adulta (SANCHEZ-HERNANDEZ; PILLON, 2011), ou até mesmo, dentro da adolescência, já que muitos iniciam o curso universitário com apenas 17 anos. Conforme afirmam Arminda Aberastury e colaboradores (1983), no período da adolescência a inserção no mundo social do adulto torna-se uma meta, trazendo ao sujeito a necessidade de buscar uma nova identidade, uma identidade adulta (sexual, cognitiva e social). Os adolescentes precisam adotar valores e assumir compromissos; precisam formar laços íntimos e descobrir o que defendem; para tal o grupo de amigos se torna uma importante fonte de apoio emocional, afeto, solidariedade e compreensão (PAPALIA; OLDS, 2000). Segundo Tardivo (2007) nessa fase contraditória, confusa, ambivalente e dolorosa o indivíduo reage às mudanças com sentimentos de insegurança; e se abre às influências provenientes do grupo, da sociedade. Com isso, não se pode descartar a pressão muitas vezes exercida pelos pares, que pode influenciar os adolescentes em suas escolhas e comportamentos.

Embora muitas instituições executem programas de promoção de estilos de vida saudáveis, o impacto tem sido mínimo, considerando-se a quantidade de estudantes que se reúnem diariamente em uma universidade e fazem uso principalmente de drogas lícitas e socialmente aceitas (SANCHEZ-HERNANDEZ; PILLON, 2011), ainda que não se deva desconsiderar também o uso de substâncias ilícitas. Esse espaço, muitas vezes, apenas privilegia o processo de ensino-aprendizagem, sem levar em consideração que o estudante em formação também pode ser um “paciente oculto” de uma patologia ensinada e discutida no curso de graduação na área da saúde (ALBUQUERQUE *et al*, 2008 *apud* MENDONÇA, MENANDRO, 2010).

Em relação ao tabaco, sabe-se que a maioria que se inicia no tabagismo o faz até os dezenove (19) anos. Embora existam indivíduos que iniciam o uso do tabaco a partir dos vinte (20) anos, o número é realmente muito pequeno em relação aos tabagistas que começam a fumar muito antes disso (MIRRA; PEREIRA; STEWIEN, 2012). Por sua vez, deve-se considerar que comumente os estudantes universitários iniciam os cursos em seguida da conclusão do Ensino Médio, ou seja, ainda no período em que grande parte da população dependente do tabaco inicia seu uso. Muitas vezes os jovens iniciam o fumo por não conseguirem resistir às pressões do grupo de amigos, ou receio em recusar um comportamento adotado pelo grupo (PRECIOSO, 2006).

Em sua tese de doutorado María Luisa Jimenez Rodrigo (2007) identifica o início do uso do tabaco numa perspectiva de gênero. Segundo a autora existe uma importante relação entre as imagens que os jovens têm de si mesmos e o consumo do tabaco. Entre os garotos, os tabagistas se identificam como “drogados” e rebeldes; enquanto as garotas buscam uma melhor imagem corporal e seguir o comportamento de outras. Igualmente, o consumo do cigarro, como outros comportamentos de risco, pertencem ao ritual de passagem dos adolescentes para a vida adulta (TILLECZEK; HINE, 2006 *apud* RODRIGO, 2007).

Um aspecto relevante, de acordo com Fraga (2008), é o fato de o tabaco ser predisponente ao uso de outras substâncias psicoativas, principalmente no caso dos adolescentes e jovens. Portanto, o tabaco tem sido considerado uma porta de entrada ao uso problemático de outras substâncias. Embora diversos estudos assumam o alto risco de indivíduos que iniciam o uso do tabaco ainda jovens tornarem-se dependentes (SILVA, 2012), em geral os jovens acreditam que irão parar de fumar antes do surgimento de qualquer problema de saúde ocasionado pelo fumo (FRAGA, 2008).

Os estudantes universitários da área da saúde também são, muitas vezes, grandes dependentes do uso do tabaco. Algumas importantes questões são levantadas nesse aspecto por estudos que têm como objeto

de investigação o tabagismo ou os comportamentos de futuros profissionais da saúde. Dentre elas podemos destacar o olhar para a contrariedade vista no uso de drogas, os estudantes muitas vezes entendem esse comportamento como algo danoso para as outras pessoas e não para eles próprios (HENRIQUEZ; CARVALHO, 2008). Estudos realizados com estudantes de diversos cursos da área da saúde apresentam uma prevalência menor de tabagistas entre aqueles que estão iniciando a formação acadêmica, ou seja, entre os que cursam os primeiros anos de graduação. Nesta direção, esses estudos apontam que o número de indivíduos dependentes do tabaco aumenta ao longo dos anos, e esses estudantes apesar de toda a educação em saúde que recebem tornam-se tabagistas (MUÑOZ-MUÑOZ *et al*, 2012).

Com relação ao uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina, de acordo com Paduani e colaboradores (2008), em São Paulo a prevalência do uso de drogas entre esses é alta, sendo o álcool a substância mais utilizada na vida, com percentuais de até 98%, seguida do tabaco. Ainda assim, outras pesquisas trazem baixos percentuais referentes ao uso do tabaco; esses números podem ser um indicativo de que as campanhas antitabagistas estão tendo resultados mais positivos entre esses estudantes universitários, ou que esses têm maior consciência sobre os malefícios do tabaco (PADUANI *et al*, 2008).

Já entre os estudantes de graduação em Farmácia, uma pesquisa na Espanha afirma que aproximadamente quatro (4) de cada dez (10) universitários iniciam o uso do tabaco durante o curso universitário (MUÑOZ-MUÑOZ *et al*, 2012). Estabelecer uma causa para a prevalência do consumo de drogas entre estudantes de cursos da área da saúde é difícil, embora se suponha que fatores estressantes ou desencadeantes – como a responsabilidade de trabalho, pois se lida com a vida, o sofrimento humano e a morte – podem ser vistos como importantes fatores na gênese dessa prevalência (PADUANI *et al*, 2008).

Sendo assim, a comunidade de saúde pública deve visar o tabagismo entre estudantes de profissões da área da saúde uma vez que esse

comportamento coloca em risco além da própria saúde dos estudantes a capacidade dos mesmos de fornecer aconselhamento antitabaco para seus futuros pacientes. Assim, a OMS recomenda que todas as instituições de ensino em saúde, organizações de saúde pública, e funcionários da educação tenham como meta o desencorajamento do consumo de tabaco entre os profissionais de saúde e auxiliem esses futuros profissionais na formação em técnicas de cessação eficazes (CDC, 2005). Joga-se ser necessário que essas faculdades informem aos seus estudantes sobre os perigos do tabaco à saúde das pessoas e da população (MENEZES *et al*, 1994). Em outras palavras, “é papel das universidades criar mecanismos educativos e servir de exemplo para as suas comunidades, tomando a frente numa campanha de redução do tabagismo, apoiando a legislação” (RIBEIRO *et al*, 1999, p.40). Entretanto, conforme afirmam Martinet e Bohadana (2003), é reduzido o número de faculdades que possuem um módulo de ensino especificamente dedicado ao tabagismo em cursos da área da saúde, o que resulta em falta de preparação desses futuros profissionais. Para esses autores, enquanto o tabagismo não for levado cuidadosamente em conta na formação dos profissionais da saúde, estes não estarão suficientemente capacitados para combater o fumo. No entanto, em uma pesquisa com estudantes de cursos da área da saúde, constatou-se que os estudantes que fumavam não estavam de acordo em serem exemplos de boa conduta (HENRIQUEZ; CARVALHO, 2008).

Embora não se faça necessário entrar nesse assunto, sabe-se que como parte do meio social, o processo de transição do Ensino Médio para a Universidade trata de um momento especial na vida dos adolescentes, ou jovens adultos (VELOZA *et al*, 2012). Esse processo é afrontado com um período então não estruturado e com poucas regras explícitas que governam sua conduta (SANCHEZ-HERNANDEZ; PILLON, 2011). O período universitário traz a esses jovens uma vida social e cultural muitas vezes mais intensa, e assim grandes oportunidades para que experimentem diferentes substâncias desconhecidas até o momento. Nesta direção o tabaco e o álcool se tornam importantes aliados para a aproximação entre os

estudantes e desses com outras substâncias psicoativas (VELOZA *et al*, 2012).

Ademais, é de consenso entre os estudiosos que a cessação do tabagismo entre os jovens constitui um enorme desafio, já que a motivação para parar de fumar nessa época costuma ser irrelevante. Isso ocorre principalmente porque os principais problemas do tabagismo costumam ser percebidos apenas a longo prazo, além de que a preservação da saúde não é uma prioridade para essa faixa etária (SILVA, 2012).

2.4.2 Profissionais da saúde e o tabaco

Nos últimos anos muitos estudos têm mostrado maior prevalência no uso do tabaco entre os profissionais da saúde, quando comparados com outras pesquisas na população em geral (HENRIQUEZ; CARVALHO, 2008). Os profissionais de saúde que fumam podem transmitir uma mensagem inconsistente aos pacientes; podendo eles assumir um papel fundamental na redução do uso de tabaco entre seus pacientes, uma vez que mesmo um pequeno conselho seu pode aumentar as taxas de cessação do tabagismo. Neste sentido, uma das estratégias para reduzir o número de mortes relacionadas ao fumo é incentivar o envolvimento dos profissionais de saúde na prevenção do consumo de tabaco e aconselhamento para sua cessação (CDC, 2005).

Muitos estudiosos afirmam que os médicos e as instituições de saúde são os melhores transmissores de mensagens “saudáveis”, e por isso uma prática pouco saudável desses pode acarretar consequências negativas para a saúde de seus pacientes (BARREIRA; SAMPAIO GOMES; CUNHA, 2007). Segundo Silva (2012), todas as medidas na luta contra o tabagismo, devem estar associadas a um contexto multidisciplinar. Barreira, Sampaio Gomes e Cunha (2007) reforçam como funções terapêuticas e educativas na luta contra o tabagismo de todos os profissionais da saúde:

- (a) função de modelo nos hábitos de vida saudáveis;
- (b) função educadora, informando dos riscos do consumo de tabaco e suas consequências;
- (c) função terapêutica, apoiando e tratando os fumadores que tentam abandonar o hábito, mediante conselhos médicos anti-tabágicos e a prescrição de terapêutica de desabitação;
- (d) função de crítica social e de sensibilização da opinião pública, mediante participação em campanhas anti-tabágicas (BARREIRA; SAMPAIO GOMES; CUNHA, 2007, p.199).

Tratam-se então de indivíduos que se encontram em uma posição privilegiada ao impulsionar estratégias de prevenção e abandono no uso do tabaco entre a população, além de serem os maiores conhecedores dos fatores de risco que o uso implica para sua saúde e das pessoas que por elas são cuidadas (SANCHEZ-HERNANDEZ; PILLON, 2011).

Especificamente em relação aos enfermeiros, Nascimento Rennó e Coelho Leite (2012), afirmam que os mesmos têm papel fundamental na conscientização sobre os malefícios do tabaco, principalmente em unidades básicas de saúde, onde conseguem acesso direto à população, tornando primordial seu papel de educadores e tendo a possibilidade de realizar ações preventivas. É necessária então uma sensibilização e também capacitação específica a esses profissionais, para que possam orientar, encorajar e acompanhar aqueles que desejam parar de fumar (FUNCHAL, 2006).

O farmacêutico também é peça chave nesse trabalho de conscientização sobre os perigos do fumo. De acordo com Muñoz-Muñoz e colaboradores (2012), por suas características e proximidade ao paciente, com o qual é fácil contatar, esse profissional pode estabelecer um melhor vínculo e auxiliar a população na cessação do tabagismo. Além do mais, alguns estudos comprovaram que campanhas antitabaco em drogarias e farmácias são muito válidas, eficazes e conseguem atingir as necessidades dos pacientes.

Assim sendo, em relação ao tabagismo, o papel do profissional de saúde, para o Instituto Nacional do Câncer, deve ser:

[...] procurar não fumar em ambientes de saúde, já que sua figura funciona como modelo. Deve engajar-se e apoiar ações que divulguem os malefícios do fumo e as medidas para o controle da poluição tabágica ambiental. Além disso, o médico e o enfermeiro, na sua prática clínica, devem aprofundar seus conhecimentos sobre tabagismo (BRASIL, 1997, p.39 *apud* FUNCHAL, 2006).

A partir de então, os profissionais da saúde devem mentalizar seu papel na luta contra o fumo compreendendo que essa não está baseada somente na intervenção terapêutica individual, mas também na tomada de consciência de que constituem o coletivo social com maior capacidade para influenciar positiva ou negativamente sobre a prevalência do tabagismo na população, exercendo assim seu papel de modelo de comportamento saudável, de educador em saúde e de líder na luta contra o fumo (MUÑOZ-MUÑOZ *et al*, 2012).

Considerando os prejuízos do tabagismo à saúde, impõe-se que em qualquer interação ou consulta na área da saúde, os profissionais abordem esta temática (SILVA, 2012). Segundo a OMS, os profissionais de saúde têm papel fundamental a desempenhar no controle do tabaco e tratamento da dependência do tabaco, incluindo:

- comportamento modelo para o restante da população, principalmente no que se refere a comportamentos saudáveis e particularmente em relação ao tabaco;
- prática assistencial no cuidado à pacientes usuários do tabaco;
- função educativa, no ensino à outros profissionais sobre o tabaco e as técnicas de cessação;
- desenvolvimento científico, sempre se atualizando com informações de base científica sobre como o tabaco;
- posicionamento a partir de uma liderança no envolvimento do processo de decisão política, apoio a medidas abrangentes de

controle do tabaco que vão além da disponibilidade de cessação, entre outras funções.

Entretanto, não se pode desconsiderar que antigamente anúncios de cigarros com profissionais da saúde eram comumente vistos. A associação a determinadas marcas e tipos de cigarro à profissionais da saúde procurava atribuir credibilidade aos produtos, a partir do reconhecimento de que o discurso biomédico era um dispositivo dotado de verdade sobre o mundo, e constitutivo deste mesmo mundo (DIAS, 2011). Dias (2011) traz em seu estudo as imagens, principalmente de médicos e dentistas, apresentadas em campanhas publicitárias de diferentes marcas de cigarro.

Figura 1. Campanha publicitária da *Lucky Strike*, 1930.

Figura 2. Campanha publicitária da *Camel*, 1946.

Figura 3. Campanha publicitária da *Viceroy*s, 1950.

Figura 4. Campanha publicitária da *Chesterfield*, 1951.

Atualmente, o apoio multidisciplinar na luta contra o tabagismo é visto como extremamente importante. Além dos médicos, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas, outros profissionais também podem atuar nas equipes de saúde e programas para o tabagismo, como: fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, e outros (SILVA, 2012). Nesta direção, a preocupação da OMS relacionando os profissionais da saúde e o tabagismo ao longo dos anos tem ganhado espaço e grande importância. Como todos os anos, um novo tema em 2005 foi escolhido pela OMS para a Campanha do Dia Mundial Sem Tabaco. No ano mencionado o tema definido foi “O papel dos profissionais da saúde no controle do tabaco”, assim o foco da campanha foi o papel desses profissionais no combate ao fumo. A escolha do tema se deu então por considerar que esses profissionais encontram-se em posição de destaque no controle do tabaco,

además têm a oportunidade de promover uma mudança no comportamento da sociedade e prevenir crianças e adolescentes dos malefícios do fumo, entre outros. Deixando a antiga publicidade de profissionais da saúde em favor do tabaco para uma publicidade em favor da luta antitabagista. A seguir é possível conhecer um dos cartazes utilizados para a campanha em 2005¹⁷.

Figura 5. Cartaz do Dia Mundial Sem Tabaco de 2005, OMS, 2005.

Ainda assim, deve-se considerar que os profissionais da saúde não estão ilesos a dependência do tabaco. Para Mirra e Rosenberg (1997), “o médico que fuma destrói toda a credibilidade da mensagem de que fumar é lesivo à saúde e apressa a morte, desacreditando a luta antitabágica” (p.209). Em relação àqueles profissionais da saúde que não conseguem abandonar o uso do tabaco, Arjonilla, Pelcastre e Orozco (2000) enfatizam a importância de se considerar o alto nível de estresse da profissão. Assim, a Organização Mundial da Saúde considera que o alvo prioritário da ação antifumo em países subdesenvolvidos deve ser centrado nos profissionais de saúde (RIBEIRO *et al*, 1999).

¹⁷ Ver: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2005/en/>

Sabe-se que apenas o conhecimento dos malefícios do fumo sobre a saúde não é suficiente para seu abandono. É preciso que os programas de controle do tabagismo assumam uma abordagem multidisciplinar, envolvendo a dependência física e psíquica, somente então, mudanças comportamentais nos dependentes do tabaco poderão atingir o sucesso desejado (MENEZES *et al*, 1994).

Além do mais, em estudo realizado com a população brasileira, descrito por Paduani e colaboradores (2008), é vista uma maior prevalência de fumantes entre médicos com mais de 40 anos, o que provavelmente indica que as novas gerações de médicos fumam menos. Os autores ainda lembram o fato desses médicos tabagistas geralmente já saírem das universidades fumando, por isso a grande importância de se focar os estudantes da área da saúde em programas contra o fumo.

2.5 MARCO TEÓRICO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

... é na interface do psicológico com o social que nos coloca a noção de representação social (JODELET, 1984, p. 360).

O conceito de representação social aparece pela primeira vez nos anos sessenta, em um estudo de Serge Moscovici sobre a apreensão e elaboração que a sociedade francesa realizava acerca da psicanálise. Nas décadas seguintes o conceito ganha projeção no cenário da Psicologia Social através de diversos trabalhos de pesquisa e muitas publicações a respeito (AIELLO-VAISBERG, 1999). Portanto, ainda que o conceito de representação social atualmente esteja presente em diferentes textos principalmente de Psicologia e de Psicologia Social, sua elaboração e formulação teórica são relativamente recentes (ALVARO, 2002).

No Brasil, o estudo do fenômeno das representações sociais vem servindo de inspiração teórica, facilitando uma assimilação de suas problemáticas (JODELET, 2011). Para Jodelet (2011) os estudos brasileiros utilizam esse marco teórico como um instrumento para um melhor conhecimento da realidade social e uma melhora na forma de intervenção sobre ela. Assim, a autora considera que os estudos brasileiros veem trazendo uma inegável contribuição ao progresso do campo científico, desenvolvendo a teorização das representações sociais.

Conforme Spink (1993), o termo “representação” recebe do Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1975 *apud* SPINK, 1993) duas definições. Em um primeiro sentido, representação é o “conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento” (FERREIRA, 1975 *apud* SPINK, 1993), ou seja, é o modo de se reproduzir um pensamento. Ou ainda refere-se ao “ato ou efeito de representar (-se)” (FERREIRA, 1975 *apud* SPINK, 1993), podendo ser considerado assim uma interpretação.

Independentemente da definição escolhida em termos linguísticos para compreender a representação, ou então as representações sociais, deve-se considerar no presente estudo a formulação da teoria das representações sociais criada por Serge Moscovici, em 1961, com a publicação de sua obra *“Psychanalyse: son image et son public”*. O referido estudo de Moscovici sugere a existência de um pensamento social resultante das experiências, das crenças e das trocas de informações presentes na vida cotidiana (PAVARINO, 2004). Diferente de outras teorias psicológicas desenvolvidas até o momento, principalmente a psicologia social norte-americana, a teoria das representações sociais é uma forma sociológica de psicologia social (FARR, 2013); sua proposta foi então, desenvolver uma teoria menos individualista (PAVARINO, 2004).

O intuito de Moscovici era reformular em termos psicossociais o conceito de Durkheim de “Representação Coletiva”. O conceito de Durkheim designava o que é específico do pensamento social em relação ao pensamento individual (VELOZA *et al*, 2012), diferenciando assim totalmente

os dois tipos de pensamento. Neste sentido, para Durkheim (1898 *apud* ARRUDA, 2002) as representações coletivas são formas de conhecimento construídas socialmente e que não podem ser explicadas como fenômenos individuais nem a partir de uma psicologia individual. Ou seja, para Durkheim as representações individuais e as representações coletivas são radicalmente opostas (JODELET, 2008). Portanto, em Durkheim (JIMÉNEZ-MARTÍN, 2011) a explicação da vida social só pode ser encontrada na sociedade, jamais no indivíduo.

Nesta direção, faz-se importante esclarecer as diferenças entre o conceito de Durkheim e o de Moscovici. Ibáñez (1989 *apud* SANTOS, 2011) faz uma interessante análise comparativa dos dois conceitos, a qual se mostra relevante e esclarecedora para o presente trabalho. Segundo o autor, Durkheim concebeu representações coletivas como formas de consciência impostas aos indivíduos; em contrapartida as representações sociais de Moscovici são geradas pelos próprios atores sociais. Ainda nessa comparação, Ibáñez (1989 *apud* SANTOS, 2011) destaca outra diferença significativa; segundo ele o conceito de Durkheim implica necessariamente uma reprodução da ideia social, ao passo que o conceito de Moscovici é concebido como uma produção e desenvolvimento de caráter social, sem ser imposta à consciência individual.

Enfim, diferentemente de Durkheim, a proposta de Moscovici foi constantemente orientada para questões de como as coisas mudam na sociedade, isto é, para os processos ditos sociais que se tornam parte da vida social. Para deixar essa diferenciação mais clara (e didática), Moscovici sugere então que o termo “coletivo” seja substituído por “social” (MOSCOVICI, 2011).

A partir disso, pode-se afirmar que o conceito de representação social traz um caráter mais dinâmico que o conceito de representações coletivas, uma vez que, de acordo com Santos (2011), não se limitam aos produtos mentais, nem tão pouco são determinadas obrigatoriamente pelas interações sociais. Para Moscovici as representações coletivas são mecanismos explicativos que se referem a uma classe general de ideias e crenças, e aqui

estaria a importante diferença das representações sociais, pois tratam-se de fenômenos que necessitam ser descritos e explicados (ALVARO, 2002). Esse dinamismo fica evidente quando o autor defende que indivíduos ou grupos não são receptores passivos, mas ambos participam ativamente de uma sociedade pensante e juntos elaboram um pensamento social onde constantemente (re)avaliam seus problemas e soluções (PAVARINO, 2004). Ou, como afirma Jiménez-Martín (2011), a individualidade se encontra em estreita relação com a sociedade.

Assim, as representações sociais para Moscovici (2011), tornam-se senso comum. Elas entram para o mundo comum e cotidiano e circulam na mídia, ou seja,

as representações sustentadas pelas influências sociais da comunicação constituem as realidades de nossas vidas cotidianas e servem como o principal meio para estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos uns aos outros (MOSCOVICI, 2011, p.8).

Deve-se considerar que o foco de Moscovici era a difusão do conhecimento via meios de comunicação de massa (AIELLO-VAISBERG, 1999). O intuito do autor era focalizar a interferência dessa difusão na criação de um novo senso comum (SANTOS, 2011).

Para tal, na primeira parte de seu trabalho inaugural, Moscovici (1961 *apud* AIELLO-VAISBERG, 1999) utilizou questionários convencionais para avaliar os conhecimentos que diversos setores da população francesa tinham sobre a psicanálise, seu fundador, suas formas e utilizações contemporâneas. Na segunda parte, do mesmo trabalho, os procedimentos de pesquisa foram menos tradicionais, baseando-se na análise de conteúdo de todos os artigos referentes à psicanálise que haviam sido publicados entre janeiro de 1952 e julho de 1956 na França.

Moscovici entendia que, uma vez difundida, uma nova teoria científica tornava-se parte integrante da realidade (AIELLO-VAISBERG, 1999). Neste

sentido, as representações sociais são definidas como maneiras específicas para entender e comunicar essa realidade (ALVARO, 2002).

Segundo Jodelet (2011), a construção das representações sociais são fundamentais então para explicar situações cotidianas vividas pelos sujeitos sociais na tentativa de dar sentido à realidade. Portanto, elas permitem a interpretação de acontecimentos da vida cotidiana, a partir do conhecimento do senso comum que é compartilhado e elaborado a partir das experiências individuais (JODELET, 2011). Assim, a dimensão social do conhecimento do senso comum intervém através do contexto concreto em que se situam indivíduos e seus grupos, através da comunicação estabelecida entre eles e ainda através dos quadros de apreensão que são fornecidos pela cultura, por códigos, valores e ideologias (AIELLO-VAISBERG. 1999).

De acordo com Aiello-Vaisberg (1999) o campo das representações sociais se organiza na sociedade a partir do conhecimento leigo que se desenvolve tanto através de experiências próprias como através da elaboração de informações, conhecimentos e modelos de pensamento que são recebidos pela comunicação.

Para Herzlich (1991) uma representação social permite então compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade, o que justificaria a escolha dessa teoria para o presente estudo, uma vez que o tabagismo encontra-se mundialmente como um sério problema de saúde pública. De acordo com Herzlich (1991), o pesquisador deve tentar articular em sua análise o fato de que a representação não constitui um reflexo da realidade, mas uma construção que ultrapassa o individual e atinge esse indivíduo, em parte, de fora dele. Ou seja, segundo a teoria moscoviciana as representações são um conjunto de conceitos, declarações e explicações que se originam na vida cotidiana, no curso das comunicações interindividuais (ALVARO, 2002).

De acordo com Jodelet (2001), através dessa comunicação entre os indivíduos, do “partilhamento” de significações, entre membros de um mesmo grupo, vai sendo construída uma visão consensual da realidade para esse grupo.

Cardoso e Arruda (2005) afirmam que as pessoas entendem e introjetam as informações de acordo com os referenciais que possuem, por isso os indivíduos reelaboram o saber científico segundo sua “conveniência”. Desta forma, segundo Aiello-Vaisberg (1999), toda expressão individual deve ser vista genericamente, ou seja, como representativa dos grupos a que pertence, na medida em que se rejeita o mito do homem isolado. O mito do homem isolado considera o ser humano como originalmente não social, o qual assimila mediante apreciável esforço a necessidade de relacionar-se com os outros (BLEGER, 1977 *apud* AIELLO-VAISBERG, 1999).

Deste modo, Pavarino (2004) afirma que as dicotomias são mais expressivas como o certo e o errado, o verdadeiro e o falso, o autorizado e o não autorizado, o qualificado e o não qualificado. No entanto, os processos de representação passam pela dimensão consensual e quando ressignificados devem ser valorizados, pois a lógica muda de acordo com o tempo social.

Assim, algumas representações são transmitidas de gerações em gerações, outras se difundem rapidamente entre a população e têm uma curta duração (FRAGA, 2008). Isto posto, Moscovici (2011) afirma que as pessoas não estão livres assim dos efeitos de condicionamentos anteriores, impostos por suas representações, cultura ou linguagem. Essas representações são, para o autor, resultado de sucessivas gerações, impostas sobre todos e produto de uma sequência de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo.

É importante discutir nesse momento que essas representações não são homogêneas e nem partilhadas igualmente por toda a sociedade, mas sim partilhadas, conforme aponta Ogata e Pedrino (2004), na heterogeneidade das desigualdades sociais.

Além do mais, as representações, com toda certeza, não são criadas por indivíduos isolados, mas uma vez criadas, elas adquirem vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem, dando oportunidade para que novas representações surjam enquanto outras desaparecem (MOSCOVICI, 2011).

De acordo com Alvaro (2002), são dois (2) os processos através dos quais são criadas as representações sociais: ancoragem e objetivação. Ainda que não se faça de extrema relevância o detalhamento desses processos, vê-se importante a apresentação de suas principais características. A ancoragem supõe, segundo Alvaro (2002), um processo de categorização pelo qual são classificadas coisas e pessoas. O desconhecido é transformado em conhecido a partir desse processo de categorização. Conforme Jodelet (2001), a ancoragem enraíza a representação e seu objeto numa rede de significações, desempenhando um papel decisivo no que se refere a sua inscrição num sistema de acolhimento entre os grupos e instrumentalizando o saber. Ou seja, o desconhecido é ancorado em representações já existentes (SPINK, 1993). Enquanto a objetivação é um processo que consiste em transformar entidades abstratas em algo concreto e material, ou seja, os conteúdos do pensamento em realidades físicas, os conceitos em imagens (ALVARO, 2002). A objetivação consiste então na materialização das ideias, imagens ou figuras (OGATA, PEDRINO, 2004).

Resumindo é possível afirmar que três (3) propriedades principais caracterizam as representações sociais:

- 1) elas são socialmente elaboradas e compartilhadas;
- 2) elas têm uma função prática de organizar e estruturar o meio circundante;
- 3) elas distinguem um grupo, dando-lhe um sentido de identidade, na medida em que há uma construção da realidade que é comum a um segmento social (CARDOSO; ARRUDA, 2005, p.152).

Deve-se considerar ainda que, para Moscovici (2011), enquanto as representações, que são partilhadas, penetram e influenciam os indivíduos, elas não são pensadas, ou seja, elas são na verdade “re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas” (p.37).

Deste modo, Aiello-Vaisberg (1999) afirma que as dificuldades relativas às possibilidades de transformação das representações sociais

estão intrinsecamente ligadas à desconsideração dos fatores afetivos e emocionais, principalmente no que se relaciona aos seus aspectos inconscientes. Entretanto, Jodelet (2001) afirma que as representações sociais devem sim ser vistas a partir de uma articulação de elementos afetivos, mentais e sociais, e integrando a consideração de que as relações sociais “afetam as representações e a realidade material, social e ideativo sobre a qual elas têm de intervir” (p.26).

A partir disso, se mostra oportuna a recomendação de Crochik (1994, *apud* AIELLO-VAISBERG, 1999) que sugere que Moscovici deveria não apenas ter utilizado a psicanálise como objeto de estudo de representação, mas seria de grande valia se a mesma tivesse sido usada como instrumento de trabalho. Considera-se importante nesse momento destacar alguns apontamentos da Psicanálise no que tange as representações sociais. Conforme Aiello-Vaisberg (1997), deve-se considerar que as representações sociais, como formas de pensamento, enraízam-se no inconsciente.

Para Freud ([1921]1996), percussor da teoria psicanalítica, faz-se importante considerar o entendimento de Le Bon a respeito dos grupos. Para ele:

A peculiaridade mais notável apresentada por um grupo psicológico é a seguinte: sejam quem forem os indivíduos que o compõem, por semelhantes ou dessemelhantes que sejam seu modo de vida, suas ocupações, seu caráter ou sua inteligência, o fato de haverem sido transformados num grupo coloca-os na posse de uma espécie de mente coletiva que os faz sentir, pensar e agir de maneira muito diferente daquela pela qual cada membro dele, tomado individualmente, sentiria, pensaria e agiria, caso se encontrasse em estado de isolamento (LE BON, 1920 *apud* FREUD [1921]1996, pp.83-84).

Neste sentido, há certas ideias e sentimentos que, segundo Le Bon (1920 *apud* FREUD [1921]1996), não surgem ou não se transformam em atos, com exceção dos indivíduos que formam um grupo.

O grupo psicológico é um ser provisório, formado por elementos heterogêneos que por um momento se combinam, exatamente como as células que constituem um corpo vivo, formam, por sua reunião, um novo ser que apresenta características muito diferentes daquelas possuídas por cada uma das células isoladamente (LE BOM, 1920 *apud* FREUD [1921]1996, p.84).

Assim, as representações sociais podem (e devem) ser consideradas como correspondentes de um grupo particular de condutas, definidas por ocorrerem na área mental e em âmbito sociodinâmico, correspondendo então à manifestações simbólicas de subjetividades grupais (GIL, TARDIVO, 2007). Este olhar traz como conclusão a consideração de que a vida psíquica é naturalmente tanto consciente como inconsciente, na medida em que o produto é consciente e a produção inconsciente. No entanto, para Aiello-Vaisberg (1999), pode-se afirmar que todas as manifestações simbólicas ou mentais, desde a imaginação mais primitiva até o pensar mais abstrato, pensam o real.

Deste modo, Breuer, em Freud ([1893-1895] 1996) propõe uma crucial diferença existente entre uma representação consciente e uma representação inconsciente. Para o autor a representação consciente integra a representação do objeto correspondente à representação verbal, enquanto que a inconsciente é só a representação do objeto (ou coisa). Assim, a representação não concretizada em palavras, ou o ato psíquico não traduzido, permanecem recalcados no sistema inconsciente. Em outras palavras, é válido considerar a conversação, a representação verbal, como central nos universos consensuais, uma vez que ela configura e anima, segundo Moscovici (2011), as representações sociais e assim lhes dá uma vida própria. O pensar, para Moscovici (2011), é feito em voz alta, se tornando “uma atividade ruidosa, pública, que satisfaz a necessidade de comunicação e com isso mantém e consolida o grupo, enquanto comunica a característica que cada membro exige dele” (p.51). A comunicação nos fenômenos representativos se mostra assim com primordial importância:

Primeiro, ela é o vetor de transmissão da linguagem, portadora em si mesma de representações. Em seguida, ela incide sobre os aspectos estruturais e formais do pensamento social, à medida que engaja processos de interação social, influência, consenso ou dissenso e polêmica. Finalmente, ela contribui para forjar representações que, apoiadas numa energética social, são pertinentes para a vida prática e afetiva dos grupos (JODELET, 2001, p.32).

Para Jodelet (2001), a força com a qual as representações sociais instauram versões da realidade são explicadas a partir dessa energética e pertinência social, juntamente com o poder performático das palavras e dos discursos.

Bom, a Psicanálise nada de explícito diz a respeito das representações sociais, entretanto, formações coletivas da sociabilidade e da cultura são objetos de uma atenção especial, como: mitos, contos e lendas, crenças, ideias religiosas, etc. Kaës (2001) relembra aqui a importância descrita por Freud a propósito das ideias religiosas:

As ideias religiosas são originárias da mesma necessidade que todas as demais conquistas da civilização: a necessidade de defender contra a esmagadora superioridade da natureza. A isso se acrescenta um segundo motivo: o imperioso desejo de corrigir as imperfeições da cultura, imperfeições dolorosamente sentidas. Além disso, é particularmente correto dizer que a civilização presenteia o indivíduo com as ideias, pois ele as encontra já existentes, elas lhe são apresentadas já prontas, e ele não poderia descobri-las sozinho. Elas são o patrimônio de várias gerações: ele as herda e as recebe exatamente como a tábua de multiplicação, a geometria etc. (FREUD, 1927 *apud* KAËS, 2001, p.75).

Assim, essas ideias religiosas são formações destinadas à proteção contra a angústia, e o mesmo pode ser aplicado a toda representação social (KAËS, 2001).

A partir do exposto, o campo de estudo da psicologia social é então reinventado por Moscovici. Assim sendo, as representações sociais podem

ser vistas como possibilidades de diminuição da angústia existencial, já que, segundo Gil e Tardivo (2007), empresta um sentimento de familiaridade ao que era anteriormente desconhecido. O próprio Moscovici (1961 *apud* AIELLO-VAISBERG, 1999) admitia que a representação social se faz útil para diminuir a angústia inerente à condição humana. Conforme afirma Jodelet (2001), não se pode desconsiderar que existem causas emocionais na fabricação das representações. Por isso a comunicação, para a autora, serve para liberar os sentimentos disfóricos suscitados por situações coletivas geradoras de ansiedade.

Se as representações sociais servem para familiarizar o não familiar, a teoria fornece o referencial interpretativo necessário para tornar as representações visíveis e inteligíveis, como forma de prática social (MOSCOVICI, 2011). Para Moscovici (2011) o senso comum nesse momento não é mais o ponto de partida dos estudos em representação social, e sim o ponto de chegada.

Nesta direção, Ogata e Pedrino (2004) afirmam que as representações sociais de saúde/doença permitem expor as concepções individuais, do grupo e de sua relação com o mundo social. Chegar então ao senso comum, ao modo como se pensa saúde/doença, pode justificar a prática profissional na área de saúde, isto é, a angústia do profissional da saúde em sua prática, e consequentemente em sua luta contra o tabagismo.

3. OBJETIVOS

... uma tendência no sentido de um objetivo não implica que este seja atingido, e desde que, em geral, o objetivo é atingível apenas por aproximações (FECHNER, 1873 apud FREUD, [1920] 1996, p.19).

O objetivo do presente estudo é descrever as representações sociais que futuros profissionais da saúde no Brasil e na Espanha, ainda estudantes de cursos de graduação na área da saúde, têm sobre o tabagismo, assim como identificar suas representações sobre seus papéis enquanto agentes de saúde.

Além disso:

- Identificar crenças e valores acerca do grau da influência de profissionais mais experientes sobre aqueles que estão iniciando a profissão.
- Conhecer crenças e valores relacionados aos malefícios do fumo em épocas distintas, bem como a permissão e proibição do fumo em determinados ambientes.
- Discutir o papel do profissional da saúde e seus direitos como cidadão comum.
- Conhecer a percepção dos futuros profissionais da saúde como sujeitos de grande potencial influenciador em hábitos de saúde.
- Discutir e comparar as semelhanças e/ou diferenças das representações sociais sobre o tabagismo apresentadas por estudantes da área da saúde no Brasil e na Espanha.

4. MATERIAL E MÉTODOS

... a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua criatividade) (MINAYO, 2010, p.14).

4.1 DELINEAMENTO GERAL

Sabe-se que tradicionalmente, na área da saúde, utilizam-se métodos de pesquisa geralmente quantitativos e experimentais. Entretanto, de acordo com Cavalcante (2001), a “influência de aspectos culturais e sociais tem sido cada vez mais valorizada para o entendimento do perfil de saúde de uma população” (p.95), auxiliando principalmente para o desenvolvimento de programas que infiram de forma positiva nesse perfil. Considera-se então, em um olhar histórico, que o discurso das Ciências Naturais – incluindo-se nelas as Ciências Médicas – sempre esteve atrelado ao entendimento dos métodos quantitativos ou explicativos, em oposição à discussão das Ciências do Homem e da Cultura, atrelados aos métodos qualitativos ou compreensivos (TURATO, 2005).

A discussão entre o emprego da metodologia de corte quantitativo ou qualitativo sempre teve espaço nas discussões acadêmicas, ainda que seja de conhecimento que a história dos métodos qualitativos ou compreensivos é algo muito mais recente no mundo acadêmico-científico (TURATO, 2005). Embora difundida com maior intensidade a partir dos anos de 1990 (CHUKE; LIMA, 2012), supõe-se que o pioneirismo na metodologia científica qualitativa tenha surgido nos anos 20 com as publicações antropológicas de Malinowski; entretanto, não se deve descartar a importância de Marx e Freud na construção de escolas que contribuíram definitivamente para a sustentação da cientificidade das Ciências Humanas, nas quais se encontra o local da construção metodológica da pesquisa qualitativa (TURATO, 2005).

Qualquer definição da pesquisa qualitativa deve considerar esse percurso histórico de seu surgimento, ganhando maior ou menor grau de importância e significado em diferentes momentos. No entanto, segundo Denzin e Lincoln (2006), pode-se definir genericamente a pesquisa qualitativa como uma atividade que localiza o observador no mundo, dando a esse observador um conjunto de práticas materiais e interpretativas que o capacitam a visualizar o mundo e o transformar em uma série de representações.

A pesquisa qualitativa, segundo Neves (1996) citando Maanen (1979), compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação. O método qualitativo é aquele que quer “compreender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o produto” (TURATO, 2005, p. 509). Para Neves (1996) os métodos qualitativos se assemelham a procedimentos de interpretação dos fenômenos que empregamos diariamente em nossas vidas, que têm a mesma natureza dos dados que o pesquisador qualitativo emprega em seu estudo. Assim ilustra da seguinte forma:

para não atravessar uma rua, basta que vejamos se aproximarmos um caminhão; não é necessário saber seu peso exato, a velocidade a que corre, de onde vem, etc. Nessa situação, o caminhão pode ser entendido como um símbolo de velocidade e força, e, para a finalidade de atravessar a rua, outras informações seriam prescindíveis. Há problemas e situações cuja análise pode ser feita sem quantificação de certos detalhes, delimitação precisa do tempo em que ocorreram, lugar, causas, procedência dos agentes, etc.; tais detalhes, embora obteníveis, seriam de pouca utilidade (NEVES, 1996, p.1).

Conforme afirmam Minayo e Sanches (1993), a pesquisa qualitativa pode ser importante para compreender os valores culturais e as

representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos. Relembrando aqui que o objeto de estudo não é o fenômeno em si, mas a significação deste para os que o vivenciam (TURATO, 2005). Nesta direção, a pesquisa qualitativa vem trabalhar “com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO; GOMES, 2010, p.21).

Na área da saúde, a metodologia qualitativa quando aplicada emprega a concepção trazida das Ciências Humanas. Segundo Turato (2005) conhecer o significado dado pelas pessoas ao processo saúde-doença é essencial, podendo melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, entre outras coisas. Para Cavalcante (2001) essa metodologia apresenta-se eficaz, principalmente na área de promoção da saúde, que como afirma a autora, torna possível o aprofundamento dos achados estatísticos, os quais não explicam os motivos que fazem com que as pessoas adotem determinado comportamento em detrimento de outro, mesmo conhecendo os seus riscos.

Ainda assim, conforme Luna (1988) um trabalho seria mais produtivo se pudéssemos aproveitar da produção científica advindas das várias correntes metodológicas. Isto não significa ignorar o falso conflito entre a pesquisa qualitativa e a pesquisa quantitativa e sim reconhecer que o recurso ao quantitativo só se faz possível a partir de investigações que têm no qualitativo seu ponto de partida e de chegada. Em outras palavras, para o autor, vem-se abandonando a ideia de que uma discussão metodológica faça sentido fora de um referencial teórico, uma vez que a mesma não existe fora desse contexto teórico-metodológico.

Seguindo esse raciocínio, Lefèvre e Lefèvre (2005) sugerem a utilização de uma abordagem descrita por eles como “qualiquantitativa” para o estudo das representações sociais. Para os autores o processo de qualificação do objeto (os pensamentos ou opiniões coletivas) se dá concomitantemente ao processo de quantificação deste mesmo objeto. Conforme eles, qualificar um objeto em uma pesquisa empírica, consiste em descrever este objeto em seus elementos constitutivos, enquanto o

quantificar significa atribuir peso e importância ao objeto já descrito (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Desta forma, a abordagem qualiquantitativa possibilita que os fenômenos sejam apreendidos de forma integrada, viabilizando tanto o aprofundamento no significado do comportamento individual e grupal, quanto à importância do mesmo entre os indivíduos.

Conforme Vieira (2004 *apud* CHUKE; LIMA, 2012), para que os resultados de uma pesquisa qualitativa (ou no presente trabalho: qualiquantitativa) sejam então considerados confiáveis é necessária uma exaustiva descrição do método de coleta, tabulação e análise dos dados. A seguir é possível conhecer detalhadamente o percurso metodológico seguido no presente estudo.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo abrangeu estudantes de graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Farmácia no Brasil e na Espanha. Como critérios para inclusão na amostra em ambos os países definiu-se: estar cursando o último ano dos referidos cursos de graduação, e o interesse em participar do estudo voluntariamente, por meio do consentimento individual firmado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em seu respectivo idioma e conforme modelos utilizados pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Escuela Andaluza de Salud Pública¹⁸. Todos os sujeitos foram informados sobre a garantia da privacidade e sigilo das informações antes de se submeterem a execução dos instrumentos.

É importante reforçar que se trata de uma amostra não probabilística e intencional, buscando indivíduos com vinculação significativa com a problemática, considerados apropriados para proporcionar as informações desejadas.

¹⁸ Ver anexos 4 e 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Consentimiento Informado, respectivamente.

A amostra brasileira foi constituída por estudantes de Universidades privadas, todas localizadas no estado de São Paulo. Antes da realização da coleta de dados as instituições foram contatadas pela pesquisadora quanto a disponibilidade em participar deste estudo e posteriormente para o agendamento da coleta de dados. Em todas as faculdades participantes fez-se necessário seguir um processo hierárquico solicitando-se ao diretor/reitor da Universidade, ao coordenador do curso e por fim concretizado um horário com os professores que disponibilizaram suas aulas para a realização do estudo. A coleta com esse grupo amostral ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2013.

A amostra espanhola foi constituída por estudantes de Universidades públicas, localizadas na Comunidade Autónoma de Andalucía. Os contatos prévios foram realizados com os diretores das faculdades que se responsabilizaram por contatar os professores e disponibilizar a aulas de no máximo uma (1) hora para a coleta do “Desenho Temático”, uma vez que as entrevistas individuais realizaram-se por meio eletrônico. A coleta com esse grupo amostral ocorreu entre os meses de janeiro a maio de 2014.

Concretamente a amostra do presente estudo foi composta por 163 estudantes de cursos da área da saúde, sendo 76 participantes do Brasil e 87 da Espanha; ainda que tenham consentido sua participação no estudo 413 indivíduos, entre eles estudantes que se encontravam no início da graduação e estudantes em fase final da graduação.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Conforme Adorno e Castro (1994) a utilização de multimeios, denominada ‘triangulação metodológica’, prescreve que a utilização de diferentes instrumentos garanta maior validade aos dados, permitindo assim o estabelecimento de inter-relação entre os fatos, as falas e as ações dos indivíduos, tornando possível uma compreensão mais abrangente dos significados construídos socialmente na relação dos sujeitos com o meio.

Assim, o uso da triangulação metodológica pode refletir, para Denzin e Lincoln (2006), em uma busca por assegurar uma compreensão profunda, rica e rigorosa do fenômeno em questão.

Chueke e Lima (2012) reforçam que o critério para a escolha dos diferentes instrumentos, no caso de uma triangulação metodológica, deve ser justificada pelo responsável pela pesquisa. Para o presente estudo fez-se uso de dois diferentes instrumentos, a saber: o Desenho Temático e a entrevista para a Análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Adiante é possível conhecer mais profundamente os instrumentos escolhidos para a coleta de dados e compreender a escolha dos mesmos. Antes torna-se imprescindível reforçar aqui a escolha por instrumentos que se considera tratem-se de técnicas encobertas de pesquisa.

Segundo Proshansky (1967 *apud* AIELLO-VAISBERG, 1995), no campo da pesquisa social, como é o caso do presente estudo, quando investigadas questões problemáticas são utilizadas “técnicas encobertas de pesquisa”.

As técnicas encobertas podem ser identificadas pelo fato de, no primeiro momento, não deixarem visível sua aplicação, ou não deixarem visíveis os objetivos de uma aplicação percebida, com a finalidade de não criar situações que, no limite, inviabilizariam a própria realização da pesquisa (AIELLO-VAISBERG, 1995, p.117).

O uso de tais técnicas se justifica por diferentes tipos de dificuldade que podem surgir no campo da pesquisa social. No caso desse estudo, seu uso pode evitar que os sujeitos se expressem de modo “politicamente correto”, por se tratar de uma temática que traz em sua origem comportamentos esperados por indivíduos pertencentes ao grupo dos entrevistados. O que faria com que muitos indivíduos pudessem optar por omitir ou transformar propositalmente suas representações (KIRK; MILLER, 1986 *apud* AIELLO-VAISBERG, 1997).

Nesta direção, espera-se que o detalhamento dos procedimentos empregados no estudo, o Desenho Temático e a Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, possam reforçar suas utilizações enquanto técnicas encobertas de pesquisa.

4.3.1 Procedimento Desenho Temático

As pesquisas em representação social muito vêm se beneficiando da utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias na versão Desenho-Estória com Tema, ou Desenho Temático (TRINCA, 2013). Trata-se de uma variação do procedimento diagnóstico Desenho-Estória, desenvolvido pelo Professor do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Prof. Walter Trinca, em 1976, com a publicação da obra “Investigação Clínica da Personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática” (AIELLO-VAISBERG, 1999).

O Desenho Temático pode ser considerado como uma extensão do Desenho-Estória para estudos específicos de determinados temas, os quais são sempre propostos de maneira clara. Proposto inicialmente por Tania Aiello-Vaisberg, sua finalidade não é a realização do Psicodiagnóstico, como no Desenho-Estória (TARDIVO, 2007). Entretanto, assim como o Desenho-Estória, nele não existem estímulos estruturados pelos quais os participantes são examinados (TRINCA, 1976).

Nesta perspectiva, segundo Coutinho, Serafim e Araújo (2011), é possível considerar o desenho como uma modalidade de comunicação historicamente objetivada na forma imagética, contribuindo na descoberta de novos conhecimentos. Desta forma, para os autores, os desenhos são fiéis representações de códigos culturais e políticos de cada época histórica, possibilitando a mediação entre objeto, mundo, cotidiano e intérprete. Assim, é possível considerar o simbolismo apresentado nessa modalidade de comunicação, sendo ele um modo de representação indireta e figurada de

uma ideia, ou até mesmo, como afirma Nijamkin e Braude (2000), de um conflito ou de um desejo inconsciente.

O procedimento Desenho Temático consiste na solicitação de um desenho especificado em termos temáticos, exemplo: desenhe uma pessoa doente, um morador de rua, uma escola, um cigarro, etc.. Em seguida, pede-se à pessoa que no verso da folha, crie uma história sobre o desenho. É um recurso de fácil utilização, cujo rigor e potencialidade heurística têm sido comprovados, adaptando-se facilmente à pesquisa de diferentes objetos sociais em grupos de sujeitos com características variadas (AIELLO-VAISBERG, 1999), revelando-se “extremamente produtivo e fecundo na pesquisa de representações sociais” (AIELLO-VAISBERG, 1997).

Para Tardivo (2007) esses dois instrumentos, o Desenho-Estória e os Desenhos Temáticos, se constituem em uma unidade gráfico-verbal, indissociada, a qual configura um todo organizado que é muito mais do que a soma do desenho e da associação verbal ou estória, mas é um novo produto. Deve-se entender que os símbolos têm um significado histórico, cultural, social, mas também pessoal, por isso é necessário que a análise considere não apenas a simbologia gráfica apresentada, mas o conteúdo verbal que proporciona uma racionalização a esse símbolo (NIJAMKIN; BRAUDE, 2000).

Especificamente em relação ao Desenho Temático, Aiello-Vaisberg (1997), reforça a facilidade da aplicação de forma individual ou coletiva em crianças, adolescentes e até mesmo em adultos. Segundo a autora o recurso apresentado traz aos sujeitos pesquisados e ao pesquisador uma situação favorável de expressão emocional. Usualmente as pessoas são explicitamente dispensadas de identificar os desenhos-estórias, ou qualquer outra produção projetiva¹⁹, na medida em que todas as manifestações são

¹⁹ O termo projetivo é utilizado em psicologia principalmente em estudos psicanalíticos. De acordo com Laplanche (2001) a projeção trata-se de uma operação em que o sujeito expulsa de si e atribui ao outro – pessoa ou coisa – características suas (qualidades, desejos, sentimentos, etc). Em relação à avaliação de desenhos o aspecto projetivo é considerado fundamental, considerando que tal projeção das próprias necessidades e qualidade dos participantes ocorre sem que os mesmos tenham consciência (TRINCA, 1976).

consideradas como expressão do que existe no grupo (AIELLO-VAISBERG, 1999). É relevante aqui reforçar que, conforme Tardivo (2007), toda produção projetiva expressa o modo pessoal de estabelecer contato com a realidade interna e externa, ou seja, “toda produção projetiva é produto de uma síntese pessoal” (p.54).

Atualmente muitos pesquisadores utilizam o procedimento Desenhos Temáticos, sendo grande a contribuição da também professora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Leila Tardivo (GIL; TARDIVO, 2007). Entre seus estudos deve-se citar sua tese de livre-docência que retrata o adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje, utilizando o procedimento de Desenhos Temáticos com jovens em diferentes âmbitos (TARDIVO, 2007).

Por se tratar de um instrumento projetivo, é preciso considerar que trata-se de uma criação que expressa o modo pessoal de estabelecer contato com a realidade interna e externa (TARDIVO, 2007). Uma vez que as representações sociais, “como formas de pensamento, enraizam-se no inconsciente, regido pelo processo primário, torna-se fundamental o uso de técnicas especiais, que permitam a sua captação” (AIELLO-VAISBERG, 1995, p.115). Assim sendo, toda produção projetiva representa uma síntese pessoal uma vez que o estímulo põe em prova a capacidade de recriar de cada indivíduo, baseada na capacidade reparadora²⁰ (OCAMPO, ARZENO, PICCOLO, 2009).

Inicialmente Aiello-Vaisberg (1997) considerava o Procedimento de Desenhos Temáticos como importante instrumento para o estudo das representações sociais, objetivo do presente estudo. Ainda que atualmente a autora, em suas publicações mais recentes, no lugar do termo Representação Social venha priorizando o uso do conceito de Imaginário

²⁰ Segundo Laplanche (2001) a reparação é um mecanismo descrito por Melaine Klein através do qual o sujeito busca reparar os efeitos produzidos no seu objeto de amor pelas fantasias de destruição. A reparação está ligada à posição depressiva, tendo um papel estruturante no desenvolvimento do ego.

Coletivo²¹, ao longo deste estudo será utilizado o termo conforme empregado no texto original, respeitando-se a época e o contexto de seu uso, bem como a preferência ideológica da pesquisadora.

Justificando então a escolha do instrumento e retomando assim a proposta inicial da autora, o Desenho Temático favorece “o campo estruturante das representações sociais, para a partir disto ser possível a concepção de intervenções pertinentes de acordo com o paradigma clínico” (AIELLO-VAISBERG, 1999, p. 256). No sentido de tornarem-se desejáveis procedimentos de pesquisa que não apenas permitam a detecção de dados, mas também propiciem e/ou facilitem mudanças a partir de uma elaboração reflexivo-vivencial dos participantes (AIELLO-VAISBERG, 1995).

Ademais, a escolha pelo instrumento baseou-se também em sua validação e reconhecimento no meio acadêmico, como apontado por Tardivo (2007). Diferentes áreas do conhecimento, além da psicologia – enfermagem, educação, etc – veem fazendo enorme uso do Desenho Temático em suas investigações.

A partir disso, para Tardivo (2008), “o instrumento favorece a compreensão de como uma pessoa em seu grupo significa determinada conduta ou situação que pode ser fonte ou contribuir muito para o sofrimento” (p.300). E, seguindo as instruções de Aiello-Vaisberg (1999), a pessoa é convidada a desenhar algum tema indicado pelo psicólogo ou pelo pesquisador, sendo que crianças, adolescentes e adultos dispõem-se facilmente a fazer uso deste instrumento, em aplicações individuais ou coletivas.

Para o presente trabalho a aplicação do procedimento Desenho Temático ocorreu em grupo. Após a entrega de uma folha A4 branca juntamente com borracha e lápis, solicitou-se aos participantes que

²¹ A autora refere o Imaginário Coletivo a “*complexos ideo-afetivos, fenômenos da conduta que ocorrem no contexto da inter-subjetividade e que, por serem organizados sempre a partir de campos psicológicos inconscientes, influenciam práticas individuais e coletivas*” (AIELLO-VAISBERG; AMBROSIO, 2006, p.1).

realizassem a produção gráfico-verbal. A consigna²² apresentada aos participantes foi: “*Desenhe uma pessoa que fuma em seu ambiente de trabalho*” para os participantes da amostra brasileira, e “*Dibuje una persona fumadora en su lugar de trabajo*” para os participantes da amostra espanhola, seguindo-se da escrita de uma história associada ao desenho e um título para a produção. A decisão pelo modo de aplicação e a escolha da consigna apenas se deu após a realização do Pré-Teste, que será descrito ainda nessa seção.

4.3.2 Entrevista para Análise do Discurso do Sujeito Coletivo

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) constitui uma importante estratégia de pesquisa que vem sendo desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, desde o final da década de 1990 (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010). Trata-se de um recurso utilizado para dar forma e visibilidade qualitativa e quantitativa às representações sociais (LEFÈVRE *et al*, 2012).

Até o presente momento vários trabalhos foram desenvolvidos com o uso da técnica, incluindo a publicação de artigos em revistas especializadas, apresentações de trabalhos em conferências e congressos nacionais e internacionais, e outros²³. Além disso, quatro (4) livros já foram publicados a respeito dessa metodologia e sua técnica de coleta e análise dos dados (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000, LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003, LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2010) o DSC representa um recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as

²² Termo utilizado da língua espanhola que se refere ao ato de ordenar, instruir. Verificar em <<http://www.wordreference.com/definicion/CONSIGNA>> Acesso em: 20 dez. 2014.

²³ No site do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo é possível conhecer um amplo Banco de Dados de trabalhos com uso desse recurso metodológico. Ver em: ipdsc.com.br

representações sociais, permitindo que um determinado grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos compartilhados entre os membros do grupo. A técnica do DSC resgata as opiniões coletivas através do pensamento coletado em questões abertas, o que faz com que o pensamento, como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado, possa se expressar. No presente trabalho pressupõe-se que vários discursos individuais comuns são compartilhados por um determinado grupo de estudantes, que formarão, assim, um discurso coletivo, ou seja, a representação social que o grupo tem sobre o tema.

Para os criadores do método, no DSC não há a oposição entre o qualitativo e quantitativo, tratando-se de um método qualiquantitativo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010). Qualitativamente, as Representações Sociais são obtidas por meio de questões abertas em que as respostas permitem a construção de discursos-síntese ou Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), que de acordo com Lefèvre e colaboradores (2012) “permitem reconstruir o pensamento das coletividades como totalidades qualitativas compostas pelos discursos possíveis sobre um dado tema” (s/p). À medida que quantitativamente, as Representações Sociais possuem um peso diretamente associado ao número de indivíduos que as compõem (LEFRÈVE *et al*, 2012).

Nesta direção, o DSC constitui-se em uma soma qualificada, agregando elementos que são expressões-chave (ECH) de respostas semelhantes de indivíduos distintos; não é portanto produto de uma quantidade determinada de iguais, mas de semelhantes reunidos, compondo uma determinada qualidade – discurso coletivo com sentido, que constitui uma qualidade, porque individualiza um determinado sentido (uma opinião coletiva), que conforma outro discurso e conseqüentemente outra qualidade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Esta soma qualitativa permite construir empiricamente o pensamento coletivo como discurso, devido a um fundamento quantitativo, ou seja, porque cada um dos indivíduos pesquisados contribui com seu pensamento para o pensamento coletivo, para compor cada um dos DSCs que, reunidos,

conformam uma estrutura simbólica sobre o tema. Tal fusão qualiquantitativa viabiliza, metodologicamente, o pensamento coletivo como sujeito/objeto.

Vê-se como importante aqui, antes de uma detalhada descrição dos operadores que viabilizam o DSC, afirmar que só após a qualificação das representações é possível quantificá-las, ou seja, inicialmente as qualidades devem ser descritas. Neste sentido entende-se o uso do termo qualiquantitativo em detrimento a outro termo muitas vezes presente em estudos científicos, quantiquantitativo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

Portanto, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), o DSC consiste numa forma não-matemática nem metalingüística de representar e produzir rigorosamente o pensamento de uma coletividade, realizado mediante uma série de operações sobre os depoimentos. O resultado dessas operações são discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante.

Em relação à dimensão qualitativa, o DSC lança mão de operadores – ou também denominadas figuras metodológicas : as expressões-chave – (ECH), as ideias centrais (IC), as ancoragens (AC), e finalmente o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010). Considera-se ser de suma importância aqui entender melhor cada figura metodológica.

As Expressões Chave (ECH) são trechos ou segmentos selecionados do discurso de cada indivíduo que melhor descrevem seu conteúdo. Selecionar as ECH significa para os autores limpar o discurso de tudo o que não é relevante, ou seja, de tudo aquilo que não responde a pergunta. Basicamente são concretas, expressivas, descritivas e abundantes (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

As Ideias Centrais (IC) são fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente(s) no discurso individual e também nos conjuntos de respostas de sentido semelhante ou complementar. A IC pode ser entendida também como “categoria”, uma vez que nomeia – ou em outras palavras, categoriza – as ECHs. Elas são em geral abstratas, conceituais e sintéticas, criadas pelo pesquisador (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

As Ancoragens (AC), do mesmo modo das Ideias Centrais, são fórmulas sintéticas que descrevem determinadas teorias ou ideologias presentes nos discursos individuais ou ainda nos agrupados sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares. Entretanto essa figura metodológica nem sempre está presente, considerando-se que existam somente quando há marcas discursivas explícitas destas afirmações genéricas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010). No presente estudo optou-se por não realizar a análise dessa figura metodológica.

Por fim têm-se os Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) propriamente ditos, como resultado da análise de todo esse processo. O DSC se constitui da reunião das ECs presentes nos discursos individuais que possuem ICs ou ACs de sentido semelhante ou complementar. Neste sentido, o DSC deve ser construído para cada uma das ICs, ou como classificadas nesse momento, em cada uma das categorias identificadas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010). É essencial considerar a necessidade desses discursos-síntese serem redigidos na primeira pessoa do singular, o “eu”.

... quando um determinado indivíduo emite uma frase como: “eu penso que” ou “minha opinião é a de que”, esse indivíduo já é, na realidade, do ponto de vista sociológico, o que podemos chamar de “eu social ou coletivo inconsciente”.
O “eu” do DSC é uma tentativa de resgate desse “eu social ou coletivo”; mais precisamente, ele é um recurso criado para fazer emergir o inconsciente social que fala no indivíduo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p.35).

Assim, ao ser enunciado na primeira pessoa do singular o DSC sinaliza que a sociedade se impõe ao indivíduo numa internalização inconsciente de seus discursos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Em relação à dimensão quantitativa do DSC deve-se considerar dois importantes operadores conceituais: intensidade e amplitude. A intensidade – ou força – mede o peso do DSC, o número ou percentual de indivíduos

que contribuíram com suas expressões-chave. Trata-se de um operador útil para a comparação entre os DSCs, no que se refere ao grau de compartilhamento das Representações Sociais. Enquanto isso a amplitude se refere à distribuição dos DSCs nos diversos setores do campo pesquisado. Trata-se de um operador útil para verificar o grau de espalhamento ou difusão de uma ideia no campo pesquisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010, LEFÈVRE *et al*, 2012).

A coleta de dados para a Análise do Discurso do Sujeito Coletivo pode ser obtida de diferentes maneiras, entretanto a entrevista individual é a mais utilizada. No estudo as perguntas para a análise do DSC foram formuladas através de histórias – Questões-casos – ou seja, fazendo uso da imaginação simbólica, para que as respostas também fossem preferencialmente simbólicas. Desta forma, fez-se uso do que pode ser considerada uma “técnica encoberta de pesquisa” (PROSHANSKY, 1967 apud AIELLO-VAISBERG, 1997).

As entrevistas tiveram diferentes modos de coleta em relação à amostra brasileira e a amostra espanhola, o que se deu a partir da autorização dos distintos Comitês de Ética em cada país. No Brasil todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora dentro das diferentes instituições de ensino e gravadas com a autorização dos participantes. As histórias de cada Questão-caso foram apresentadas aos participantes a partir de áudios gravados por “*profissionais da voz*”, locutores de rádio (voz masculina para entrevistas realizadas com homens, voz feminina para aquelas realizadas com mulheres). O objetivo dos áudios foi para que houvesse uma uniformidade nos estímulos apresentados aos indivíduos, sem o risco da entonação da entrevistadora assumir diferentes compreensões pelos participantes. É importante reforçar que o DSC não utiliza roteiros flexíveis, como entrevistas não estruturadas ou mesmo semi-estruturadas, partindo-se do pressuposto que modificações nas perguntas podem levar a modificações de objetivos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010). As gravações das respostas foram posteriormente transcritas na íntegra.

Na Espanha as Questões-caso foram apresentadas aos participantes através de um site de coleta de dados para que, livremente, elencassem o melhor momento e lugar para responderem. Os participantes recebiam após a execução do Desenho Temático o endereço eletrônico a ser acessado, estando o mesmo já apresentado no TCLE. O site utilizado para a coleta foi o *QLQT online*²⁴, um *software* livre cadastrado no portal do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (IPDSC), destinado à coleta de dados qualitativos e quantitativos (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2010). O *QLQT online* é um *software* de apoio à pesquisa, que possibilita o desenvolvimento de pesquisas on-line através da Internet. Com auxílio do *software* é possível gerar um formulário on-line com diversos tipos de questões (abertas, múltipla escolha, única escolha,...). Após a coleta das respostas é possível exportar para outros programas os resultados; como para Microsoft Word, Excel ou outros.

Assim sendo foram criadas duas histórias, tendo cada uma duas perguntas referentes aos seus personagens, finalizando a entrevista com uma última pergunta conclusiva, ou seja, cada entrevistado respondeu a cinco (5) Questões-caso. As Questões-caso foram as mesmas no Brasil e Espanha, apenas diferenciadas em seus respectivos idiomas, sendo que a versão na língua espanhola recebeu auxílio de um falante nativo para que não houvesse interpretação distinta das histórias em língua portuguesa. A seguir apresentam-se tais questões:

- BRASIL:

- ✓ QUESTÃO-CASO 1

Um médico residente optou por parar de fumar por que tinha acabado de ser contratado em um Hospital que é referência em tratamento de câncer. Amigos e colegas dele o apoiam nessa escolha, mas o médico após ver que

²⁴ <http://qlqt.ipdsc.com.br/>

os médicos mais antigos do hospital fumavam, não resistiu e voltou a fumar, afinal havia lugares privativos justamente para isso no hospital.

1. O que você pensa sobre o comportamento do médico residente?
2. E o que você pensa do comportamento dos profissionais mais antigos?

✓ QUESTÃO-CASO 2

Um enfermeiro estava fumando em frente ao hospital na hora do almoço quando um paciente então lhe perguntou por que ele trabalhando num hospital mesmo assim ele fumava. O enfermeiro então respondeu que embora trabalhasse no hospital tinha o direito de fumar.

1. O que você pensa sobre a atitude do paciente em questionar o enfermeiro?
2. E o que você pensa sobre a atitude do enfermeiro?

✓ FINALIZAÇÃO

- Depois de ouvir estes dois casos, o que você pensa sobre profissionais da saúde que fumam?

• ESPANHA:

✓ PREGUNTA-CASO 1

Un médico residente optó por dejar de fumar porque había acabado de ser contratado en un hospital que es referencia en el tratamiento contra el cáncer. Amigos y colegas suyos lo apoyan en esa opción, pero el médico, después de ver que los médicos más antiguos del hospital fumaban, no se resistió y volvió a fumar. Al fin y al cabo había lugares reservados justamente para eso en el hospital.

1. ¿Qué piensas sobre el comportamiento del médico residente?
2. ¿Qué piensas sobre el comportamiento de los profesionales más antiguos?

✓ PREGUNTA-CASO 2

Un enfermero estaba fumando delante del hospital a la hora del descanso para el almuerzo, cuando entonces un paciente le preguntó por qué él, trabajando en un hospital, fumaba. El enfermero entonces respondió que aunque trabajase en el hospital tenía derecho a fumar.

1. ¿Qué piensas sobre la actitud del paciente al cuestionar al enfermero?
2. ¿Qué piensas sobre el comportamiento del enfermero?

✓ FINALIZACIÓN

- Después de oír estos dos casos, ¿qué piensas sobre el hecho de que los profesionales de la salud fumen?

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados de ambos os instrumentos seguiu-se um criterioso roteiro, considerado pela pesquisadora necessário para averiguação dos resultados e discussão futura.

No caso do Desenho Temático utilizou-se o referencial sugerido inicialmente por Aiello-Vaisberg (1997), que considera o objetivo da apreensão da psicodinâmica das representações sociais. Para tal, em um primeiro momento realizou-se uma leitura guiada pela atenção flutuante²⁵ do material coletado. Em seguida, em uma nova leitura do material procurou-se atentar a tudo que inicialmente havia se destacado, em geral as características similares nas produções, ainda que algumas não tenham aparecido em mais de uma produção e mesmo assim tenham ganhado

²⁵ A atenção flutuante foi nomeada por Freud ([1912]1996) como recomendação aos médicos que exercem a psicanálise. Para o autor ela consiste em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma 'atenção uniformemente suspensa' frente a tudo o que é dito pelo paciente. Assim sendo, a preocupação será "simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa" (p.126).

importância na discussão. Num terceiro momento realizou-se o levantamento de categorias para compreensão das representações sociais presentes em cada produção. Finalmente buscou-se categorizar todo material de acordo com as categorias criadas anteriormente. Neste sentido, em todas as produções gráfico-verbais tentou-se responder questões como: A história se refere ao tema proposto? Quais as profissões dadas aos personagens? Esse personagem é um tabagista? Está fumando na produção gráfico-verbal? Em que local se encontra o personagem? Se é um fumante, existem motivos pelos quais faz uso do tabaco? E desde quando o personagem é um fumante? Após a categorização de cada produção individual procedeu-se a análise geral observando as diferenças e similitudes das representações sociais.

Para análise do DSC utilizou-se o programa *QualiQuantSoft*, um *software* desenvolvido pela Sales e Paschoal Informática em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), e os professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre. O *QualiQuantSoft* permite trabalhar com amostras bem selecionadas e relativamente grandes de indivíduos. O resgate das opiniões coletivas que desemboca num conjunto de discursos coletivos, nos DSCs, é um processo complexo subdividido em momentos e operações realizadas sobre o material coletado pela pesquisa. Após a exportação dos dados coletados para o *software QualiQuantSoft*, a pesquisa foi cadastrada, bem como as questões, os dados de identificação dos participantes e suas respostas. Em um primeiro momento, assim como realizado com o instrumento Desenho Temático, realizou-se uma leitura geral guiada pela atenção flutuante. Em seguida, a partir de uma nova leitura minuciosa das respostas, foram retiradas as expressões-chave (Ech) de cada resposta e elencadas as ideias centrais (IC) individualmente. Com a lista das ideias centrais fez-se possível a criação das categorias e a categorização dos discursos individuais – vale reforçar aqui que em muitos casos um mesmo participante pode apresentar mais de uma ideia central e assim seu discurso estar presente em diferentes categorias. Finalmente alcançou-se o resultado pretendido, com a criação

dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) para cada categoria, os quais foram revistos e tiveram sua escrita adaptadas.

Na análise, tanto do Desenho Temático como do Discurso do Sujeito Coletivo, não foram consideradas algumas particularidades dos participantes, como sexo, idade e curso de graduação, tão pouco se os mesmos são ou não tabagistas. Optou-se apenas por diferencia-los de acordo com o país de coleta da amostra.

Para a discussão dos dois instrumentos utilizou-se a bibliografia apresentada anteriormente na fundamentação teórica referente ao tabagismo e a Teoria das Representações Sociais.

4.5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados, como apresentados a seguir, estão separados de acordo com os instrumentos utilizados para a coleta de dados, após a apresentação da categorização da amostra.

Para facilitar o entendimento das análises os resultados são discutidos imediatamente após sua apresentação, sendo os discursos escritos ou falados pelos participantes diferenciados graficamente do texto da pesquisadora. Deste modo, os discursos dos participantes são apresentados grafados em *itálico*.

Optou-se também pela apresentação dos resultados qualitativos e quantitativos de forma integrada por corroborar com os objetivos do estudo.

4.6 PRÉ-TESTE

Optou-se pela realização do pré-teste para adequação dos instrumentos. O mesmo foi realizado com seis (6) estudantes de graduação em fisioterapia de uma Universidade privada do estado de São Paulo /

Brasil, considerando participarem de uma população com características/representações semelhantes as da amostra do presente estudo.

Em relação aos casos apresentados nas entrevistas individuais ficou claro não haver necessidade de qualquer modificação. Entretanto o resultado do pré-teste mostrou a necessidade de modificação na consigna e no modo de aplicação do Desenho Temático. Os participantes apresentaram forte grau de resistência na aplicação individual e dificuldade em expressar representações distintas do “politicamente correto” com a consigna *“Desenhe uma pessoa fumando”*.

Os dados obtidos no pré-teste foram somente para adequação dos instrumentos e descartados em seguida.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com as exigências de cada Universidade, diferentes documentos e procedimentos foram realizados, sendo ao final autorizada a realização da coleta de dados em todas elas.

Inicialmente foram adotados e seguidos os princípios éticos dispostos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, assim o projeto foi submetido e aprovado para realização pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, tendo esta instância em sua 2ª/12 sessão ordinária, realizada em 03/02/2012, emitido o parecer de aprovação sob o nº2321²⁶.

Para a realização nas Universidades da Espanha fez-se necessário a submissão do projeto ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Granada, em uma versão resumida em língua espanhola

²⁶ Ver anexo 6: Aprovação do Comitê de Ética Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

dentro das exigências do comitê avaliador. Após a avaliação do projeto o comitê emitiu parecer favorável, sob o nº871, em 05/05/2014²⁷.

Para a realização da pesquisa todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, formulados em seus respectivos idiomas, onde os objetivos da pesquisa e o tipo de informações a serem solicitadas estavam apresentados, lhes assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados levantados.

²⁷ Ver anexo 7: Aprovação do Comitê de Ética Universidade de Granada.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O que me interessa não é uma síntese, mas um pensamento transdisciplinar, um pensamento que não se quebre nas fronteiras entre as disciplinas. O que me interessa é o fenômeno multidimensional, e não a disciplina que recorta uma dimensão nesse fenômeno. Tudo o que é humano é ao mesmo tempo psíquico, sociológico, econômico, histórico, demográfico (MORIN apud PESSIS-PASTERNAQ, 1992, p.86).

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Consentiram sua participação no estudo 413 indivíduos, sendo 188 na população brasileira e 225 na população espanhola, entre eles estudantes que no momento estavam iniciando os cursos de graduação na área da saúde e também os que estavam concluindo sua graduação. Entretanto, considerando-se apenas indivíduos que concluíram a execução de todos os instrumentos de coleta de dados propostos, obteve-se um total de 312 participantes, entre eles 158 da população brasileira e 154 da população espanhola. Os demais 111 participantes, embora tenham aceitado a participação no estudo, realizaram apenas a primeira parte da coleta de dados, a produção gráfico-verbal do Desenho Temático. Para o presente estudo as análises foram realizadas apenas com os dados coletados com os participantes considerados concluintes, ou seja, aqueles que em um futuro próximo (em menos de 12 meses) se tornarão profissionais da saúde; conseqüentemente totalizaram para o estudo 163 participantes (76 do Brasil e 87 da Espanha).

Com o intuito de se apresentar resultados num campo social mais amplo e heterogêneo, as análises se desenvolveram a partir de dois (2) grupos de participantes, determinados pelo país de coleta: 1. Brasil, 2. Espanha. Ainda que se tenha optado pela divisão dos participantes em apenas dois (2) grupos, é válido reconhecer também a distribuição desses segundo área de estudo.

Figura 6. Distribuição da amostra segundo área de estudo, Brasil e Espanha, 2013/2014.

Vê-se que na amostra brasileira houve uma maior homogeneidade entre os participantes de cada curso, variando entre vinte e dois (22) e trinta (30) participantes por curso, enquanto a nos grupos da população espanhola a variação foi bem maior, entre oito (8) e trinta e nove (39) participantes.

5.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS A PARTIR DOS DESENHOS TEMÁTICOS

Após a análise dos desenhos com suas respectivas histórias, reforçando o uso do instrumento enquanto uma unidade gráfico-verbal, foram criadas categorias que resultam da representação dos participantes do estudo com referência ao tabagista e sua relação com a profissão, “*um tabagista em seu ambiente de trabalho*”, consigna dada a todos os

participantes. É importante destacar aqui que a associação à história neste trabalho ocorreu apenas para auxiliar a compreensão gráfica²⁸.

Destaca-se que em geral os diferentes grupos analisados apresentaram as mesmas categorias. Para efeito de ilustração algumas produções serão apresentadas, entretanto todo o material coletado e analisado no presente estudo não foi incluído, por ser impertinente aos objetivos propostos e considerar que tornaria o trabalho demasiado extenso. Além disso, as produções gráficas receberam recortes, enfatizando apenas o desenho realizado, uma vez que sua posição (e proporção) dentro do espaço da folha não receberam nenhuma análise e avaliação como comumente realizada em outros instrumentos projetivos e análises psicológicas.

Vale refletir aqui o que Aiello-Vaisberg (1999) discute em sua tese de livre-docência em referência ao uso de técnicas projetivas para o resgate das representações sociais; para a autora os sujeitos ao concordarem participar de investigações psicológicas, desconhecem como e por que suas respostas serão interpretadas, percebendo assim a situação como uma espécie de jogo. No presente estudo, embora os participantes não conhecessem o modo de análise com que suas produções seriam submetidas, todos estavam cientes dos objetivos da investigação.

5.2.1 Brasil

Relembrando a consigna apresentada a todos os participantes: *“Desenhe uma pessoa que fuma em seu ambiente de trabalho”*, esperava-se que as produções gráficas e verbais estivessem associadas ao tabagismo ou temas próximos a esse. Além disso, a solicitação da história escrita (produção verbal) ocorre apenas após a produção gráfica de todo o grupo,

²⁸ Como já exposto no capítulo “Material e Métodos”, a proposta de Tardivo (2007) é que as produções sejam avaliadas de forma integrada aos demais elementos presentes, uma análise globalística. Tardivo (2007) também destaca a coerência do Desenho-Estória dentro do conjunto da produção global, além de Aiello-Vaisberg (1997) e outros autores.

solicitando-se que histórias referentes aos desenhos sejam escritas – pelos próprios participantes – no verso da folha onde o desenho foi produzido. Curiosamente, embora em um número muito pequeno, alguns participantes não associaram a história ao desenho ou ainda realizaram histórias em que a temática não se relaciona ao tabagismo ou cigarro. No grupo de participantes brasileiros, concluintes em cursos da área da saúde, um (1) dos participantes não faz referência ao cigarro/tabagismo na história, ainda que as demais produções estejam associadas a essa temática. É possível observar que na produção gráfica o personagem porta um cigarro, entretanto na história não o menciona (ver Figura 7).

Figura 7. Desenho Temático do participante F041.

“O taxista

João desde seus 12 anos sempre teve um sonho, ter o seu carro próprio. Aos 19 anos, após muito esforço, João conseguiu comprar seu primeiro carro, um fusca de ano 1986. João ficou muito feliz, porém não parou por aí. O mesmo trabalhou muito até conseguir comprar um carro do ano.

Hoje João com seu grande esforço tem uma frota de taxistas e trabalha feliz e com muito orgulho de ter chego onde está hoje.”

A consigna neste instrumento deve ser entendida como disparadora de uma situação lúdica, não real. Quando o participante é capaz de responder a ela, significa que não a sentiu como um ataque concreto à sua integridade, como proposto por Nijamkin e Braude (2000) ao discutir outro procedimento projetivo: o Questionário Desiderativo. O sujeito consegue então diferenciar o simbólico e o concreto, o que não ocorreu com o participante F041.

Em relação às profissões apresentadas nos Desenhos Temáticos, em quatro (4) produções não é possível identificar qual a profissão ou função exercida pelo personagem do desenho e/ou história, entretanto a grande maioria identifica os personagens segundo suas profissões. Nesse grupo de participantes o número de referências a profissionais da saúde (n=28) é inferior aos que desenharam profissionais de outras áreas (n=44).

Tabela 1. Distribuição dos desenhos segundo profissão do personagem, Brasil, 2013.

Profissão	N	
Profissional da Saúde		28
médico	3	
farmacêutico	3	
dentista	8	
enfermeiro	8	
outros profissionais da saúde	6	
Outros		44
Não é possível identificar		4

Entre os profissionais da saúde desenhados ganha destaque as profissões que os mesmos exercerão futuramente (ver Figura 8). Essa representação de personagens da mesma área dos estudantes mostra a forte identificação que os mesmos apresentam ao se solicitar que desenhem “profissionais”.

Para Aiello-Vaisberg (1999) realidade e identidade são as faces que compõem o campo representacional, permitindo assim que o indivíduo entre em contato com o real humano. Além disso, considera-se que “a representação mental traz a marca do sujeito e de sua atividade” (JODELET, 2001, p.23). Não é, portanto, um fenômeno de surpresa o fato dos participantes trazerem em suas produções uma significativa identificação com a própria profissão.

Figura 8. Desenho Temático do participante O050

“O PACIENTE impACIENTE!”

Toda vez que João ia ao consultório de Jeremias era a mesma história, ele era chamado para a consulta e invés de atendê-lo Jeremias ficava fumando ao lado da cadeira e a sala era tomada pela fumaça.

Quando Jeremias apagava o cigarro e sentava para atendê-lo nunca terminava o procedimento por falta de tempo.

Nervoso pela falta de educação de seu dentista, João revelou sua profissão de vigilante sanitário para Jeremias e fechou o consultório por não considerar o ambiente próprio para procedimentos odontológicos e assim Jeremias continuou fumando, mas dessa vez fora do consultório.”

Já entre aqueles que desenharam profissionais de outras áreas, há personagens como professores, trabalhadores de escritório, motoristas, etc. Não é possível nesses casos identificar se estão, talvez, representando profissões que exercem no momento, mas pode-se concluir que algumas profissões, mais representadas, referem-se a figuras que exercem significativa representação como modelo exemplar para eles. Cinco (5) participantes desenharam professores, uma profissão referida pela literatura como também importante transmissor de um modelo de vida saudável (ver Figura 9).

Conforme Mirra, Pereira e Stewien (2012), o modelo de comportamento saudável deve ser dado por professores, pais, políticos, artistas, esportistas, além dos profissionais da saúde. Segundo os autores um professor que fuma, por exemplo, não tem idoneidade moral para dar um conselho em relação ao tabagismo. Em estudo realizado por Sánchez-Hernández e Pillon (2011) com estudantes universitários de diferentes cursos de graduação de uma universidade de Honduras, verificou-se que para os estudantes o papel do professor tem um peso substancial, eles o consideram como um modelo e que, obviamente, deve dar exemplo a seus alunos.

Figura 9. Desenho Temático do participante E027.

“A professora de matemática, Sra. X, estava a fumar enquanto lecionava para seus alunos.

Zezinho olhava fixamente com admiração para professora, sem dar muita atenção a aula, viajando em seus pensamentos, sobre um modo de conseguir comprar uma carteira de cigarros para fumar na festa de seu bairro, “fazendo charme” para seus amigos e Joanita, garota cuja a qual Zezinho admirava desde o verão passado.”

Supõe-se que o local em que os personagens estão fumando pode apresentar a importância que os participantes dão as normatizações impostas pelas leis de combate ao fumo, assim como a relação que estabelecem com o local de trabalho.

No Brasil, desde 2011 com a ratificação da Lei 12.546, está proibido fumar em locais fechados, em todo o país (BRASIL, 2011 *apud* BASSÔA DOS SANTOS, 2013). Está clara na produção gráfico-verbal abaixo (ver Figura 10) a crítica do participante ao não cumprimento dessa normatização, encontrada também em outras onze (11) produções.

Figura 10. Desenho Temático do participante E013

“Homem da lei, fora da lei

Um juiz bem sucedido profissionalmente, porém com grandes problemas familiares, filho usuário de drogas, mulher com amante e mãe com câncer, se vê em uma situação de estresse constante com o trabalho.

Um homem cujo tem que fazer a lei prevalecer, se vê tão desesperado e estressado que não respeita as próprias leis do ambiente de trabalho, e tem como fuga dos problemas o cigarro, no qual fuma de 30 em 30 minutos, dentro do próprio ambiente de trabalho.”

Apesar da crítica apresentada por muitos em relação ao local em que o personagem encontra-se fumando, a grande maioria apresenta o personagem de seu Desenho Temático dentro do local de trabalho do mesmo, como pode ser confirmado na tabela abaixo:

Tabela 2. Distribuição dos desenhos segundo local em que o personagem principal encontra-se, Brasil, 2013.

Local	N
Dentro do trabalho	58
Em locais apropriados	1
Nas proximidades do trabalho	4
Distante do trabalho	5
Não é possível identificar	8

Algo possível de se observar no Desenho Temático anterior (Figura 10) também se faz presente em outros que, de certo modo, apresentam justificativas para que o personagem fume. Além desse, outros dois (2) participantes referem o fumo como consequência de problemas pessoais e

psicológicos. É possível considerar aqui o uso da representação como uma função defensiva. Para Aiello-Vaisberg (1999), neste sentido, a representação é sempre construção, resultante da articulação entre o eu e o sistema cultural, o que não significa exatamente falsidade, mas parcialidade.

Além disso, nove (9) produções gráfico-verbais justificam o fumo como um “relaxante”, ou seja, seus personagens fumam para descansar e/ou relaxar (ver Figura 11).

Figura 11. Desenho Temático do participante E028.

“A fuga

Suzana é a enfermeira responsável pelo posto de saúde da pequena cidade onde mora. Seu cotidiano é bastante corrido, são diferentes problemas todos os dias e grandes responsabilidades a serem cumpridas.

Adquiriu o hábito de fumar ainda na faculdade, costumava exercer essa prática apenas em momentos de descontração.

Atualmente faz uso do cigarro em todos os intervalos de seu serviço, come pouco no almoço pois prefere sair para fumar.

Suzana diz que fuma para relaxar, e afirma que não tem condições e não pretende largar o vício. Ciente de todos os males, segue cada dia mais ativa em seu vício, não se dando conta do dano a sua saúde.”

O estresse também aparece como causa para justificar a dependência dos personagens. Em onze (11) produções é possível encontrar essa justificativa (ver Figura 12).

Figura 12. Desenho Temático do participante E006.

“A funcionária do mês

Ana era uma ótima pessoa, muito capacitada e inteligente. Porém fumante. Ana sempre foi ótima funcionária, recebeu muitas promoções na empresa onde trabalha, mas tem problemas de relacionamento.

Ela é muito estressada, agitada e por conta do cheiro de cigarro em suas roupas e cabelo, seus colegas não se aproximam.”

Arjonilla, Pelcastre e Orozco (2000) enfatizam a importância de se considerar o alto nível de estresse principalmente entre profissionais da saúde dependentes do fumo. Além disso, segundo Medeiros (2010), o estresse causado pela dupla jornada de trabalho, a desigualdade de oportunidades de emprego e salário, a violência doméstica, entre outras razões, podem levar à iniciação do fumo e reforçar a manutenção do tabagismo. Conforme Jané (2004) deve-se considerar ainda o estresse como fator psicológico que predispõe os jovens ao início do fumo, entendido como aquela ansiedade, irritabilidade, hostilidade, característica da idade adolescente. E em relação aos próprios profissionais da saúde, supõe-se que fatores estressantes como a responsabilidade do trabalho que lida com a vida, o sofrimento humano e a morte, podem ser entendidos como fatores facilitadores para a instalação da dependência do tabaco (PADUANI *et al*, 2008).

Sabe-se que a lista de doenças provocadas ou agravadas pelo tabagismo é grande; entre outras enfermidades estão: cânceres, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, doenças gastrintestinais, distúrbios reprodutores, doenças bucais (PESTANA, 2010, SILVA, 2012). Em seis (6) produções há referência às doenças tabaco-relacionadas, como câncer de pulmão e doenças respiratórias (ver Figura 13).

O conhecimento sobre o fumo e seus malefícios é extenso entre os estudantes da área da saúde (SOARES, BROSQUE, 2001). Provavelmente o número de participantes que faz referência a esses malefícios a saúde pode ser considerado pequeno em relação ao conhecimento que os mesmos devem possuir estando eles prestes à conclusão do curso e da atuação profissional.

Figura 13. Desenho Temático do participante O062.

“O paciente fumante

Todos sabemos que o hábito de fumar não combina com a palavra saúde, porém ainda existem pessoas que teimam e desafia o organismo fazendo o uso do cigarro. Não julgo estas pessoas, mas no meu ambiente de trabalho preservo meus funcionários, pacientes e também a mim, não admito que ninguém entre fumando dentro da minha clínica.

Mas certo dia a Lúcia, minha recepcionista, ligou para minha sala e super irritada disse que um paciente havia entrado na recepção fumando e que mesmo vendo a placa de sinalização que mostrava para não fumar ele não apagou o cigarro.

Como eu não estava em atendimento eu fui a recepção e pedi para ele parar, o paciente disse que era um absurdo eu dizer para ele o que ele devia ou não fazer, então saiu enfurecido da clínica e prometeu nunca mais voltar. Eu com a consciência limpa não me arrependi do meu ato, e continuei a exercer a minha linda profissão.

Após muitos anos, volta em meu consultório este paciente, chorando e fazendo um desabafo triste, ele estava com câncer bucal e o médico havia

dito que um fator predisponente para isso era o fumo. Ele me pediu desculpas por não ter me escutado e mostrou um grande arrependimento.”

O início do comportamento de fumar também foi algo que merece destaque nas análises dos participantes do Brasil. Em dez (10) produções os participantes referem que os personagens fumam desde jovens. Em exemplo anterior, na Figura 11 (Desenho Temático do participante E028, ver página 117), é possível encontrar essa referência.

Para a OMS 90% dos fumantes iniciam o fumo antes de completarem 19 anos, entre os 12 e 18 anos de idade (LEFÈVRE *et al*, 2004; ROSEMBERG, 2003). Preocupada com essa iniciação precoce, e reafirmando o direito de todos a um nível de saúde o mais alto possível (WHO, 2013), a Organização Mundial da Saúde estabeleceu o primeiro tratado de saúde pública: a CQCT, que tem como um de seus objetivos inibir o consumo de tabaco por jovens (DIAS, 2011). No capítulo destinado a Revisão de Literatura esse tratado é apresentado detalhadamente. Vale entender que esse deve ser também objetivo e prioridade dos futuros profissionais da saúde em suas ações contra o tabagismo.

A dificuldade para abandonar o fumo foi representada por cinco (5) participantes, referindo a dependência ao tabaco como principal fator negativo na luta pessoal contra o tabagismo (ver Figura 14).

O tabagismo é considerado uma dependência química, classificado pela Organização Mundial da Saúde (CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª. revisão) no grupo dos Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (OLIVEIRA, 2008 apud MEDEIROS, 2010). Nesta direção o tabagista é visto como um dependente químico, que tem comprometida sua capacidade de decidir, de forma livre e autônoma, o uso ou não do cigarro (AMB, 2013). Assim, como já referido anteriormente, mesmo que cigarros sejam considerados lícitos, para a OMS sua dependência caracteriza-se na existência de drogadição (SILVA, 2012) e dificulta a extinção do comportamento.

Figura 14. Desenho Temático do participante O058.

“O dentista hipócrita

Era uma vez um rapaz que possuía o vício do cigarro desde os 17 anos de idade. Este rapaz acabou entrando em uma faculdade de odontologia. Durante o curso ele aprendeu tudo sobre higiene oral e todas as doenças que podem aparecer na boca e suas causas. Descobriu que o cigarro não faz só mal ao pulmão, mas também à boca e pode desencadear muitas doenças. Ele então passou a reprimir seus pacientes para que parassem de fumar, porém ele próprio não conseguia deixar seu vício.”

5.2.2 Espanha

Ainda que na presente seção não se pretenda realizar nenhuma comparação com os resultados encontrados na população brasileira, as

semelhanças e diferenças ficarão evidentes nas próximas páginas, e serão discutidas brevemente em uma seção específica adiante.

As instruções dadas aos participantes na Espanha também solicitava que após a realização do desenho todos escrevessem uma história (produção verbal) no verso da folha referente à produção gráfica. Para eles apresentou-se a consigna: *“Dibuje una persona fumadora en su lugar de trabajo”*, esperando que as produções gráfico-verbais apresentassem relação com a temática do tabagismo. Neste grupo um (1) participante não faz menção ao cigarro ou tabagismo na produção verbal, embora na produção gráfica o personagem esteja segurando em suas mãos um cigarro; deixando o cigarro como um detalhe apenas gráfico (ver Figura 15).

Figura 15. Desenho Temático do participante EO35.

“La vida ordinaria

Es un oficinista con un trabajo estresante y que pasa muchas horas en la oficina trabajando, a menos ve a su familia y amigos.”

Ademais, um (1) participante não realizou a produção verbal solicitada no instrumento, ainda assim sua produção gráfica foi considerada, por ser rica em detalhes e por ele ter concluído sua participação no estudo realizando as duas etapas da coleta de dados (ver Figura 16). Nessa produção é possível identificar se tratar de um profissional da saúde, do sexo feminino, com vestuário branco (jaleco), que segura entre os dedos da mão esquerda um cigarro aceso.

Figura 16. Desenho Temático do participante EF36.

Como já discutido anteriormente, a não resposta a consigna nesse instrumento pode ser compreendida como uma dificuldade do sujeito em diferenciar o simbólico do concreto, sentindo-a como um ataque à sua integridade. No caso do participante EF36, o qual apenas realiza a produção gráfica e não conclui a resposta a consigna com a produção verbal, deve-se considerar um bloqueio ainda maior, um fracasso na representação da proposta inicial.

A identificação com a profissão escolhida para exercer futuramente aparece com significativa expressão entre os participantes da Espanha. A diferença entre os que fazem referência à profissionais da saúde e aos que se referem à outras profissões é pequena. Neste sentido trinta e seis (36) estudantes fazem referência à profissionais da saúde, enquanto quarenta e quatro (44) descrevem outros profissionais, como professores, trabalhadores de escritório, etc, ainda que em sete (7) produções não seja possível identificar a profissão do personagem.

Tabela 3. Distribuição dos desenhos segundo profissão do personagem, Espanha, 2014.

Profissão	N	
Profissional da Saúde		36
médico	6	
farmacêutico	9	
dentista	6	
enfermeiro	11	
outros profissionais da saúde	4	
Outros		44
Não é possível identificar		7

Cabe aqui lembrar Jodelet (2001), ao afirmar que o partilhamento de uma ideia ou uma linguagem é também a afirmação de um vínculo social e uma identidade. As representações distinguem um grupo e lhe dão identidade (CARDOSO; ARRUDA, 2005, p.152).

Figura 17. Desenho Temático do participante EM31.

“El cirujano que no podía dejar de fumar, incluso en el quirófano, mientras operaba. Su obsesión por el tabaco y su vicio le impedía darse cuenta del daño que hacía a sus pacientes.

Fumaba y fumaba sin parar. Cuando pasaba consulta a los pacientes con cancer de pulmón, él les aconsejaba que abandonase el hábito.

¿Les hacían caso los pacientes? Este médico no enseñaba con su ejemplo.”

Além de se tratar de um médico, futura profissão do participante, como se pôde ver na produção anterior (Figura 17), o participante faz uma importante crítica no que se refere ao local em que o personagem encontra-se fumando. Na Espanha, desde 2 de janeiro de 2011, vigora a nova Lei Antitabaco, a Lei nº 42/2010. Como medidas mais importantes na nova lei está a proibição de fumar em todos os locais fechados, sem exceção, além de também alguns locais abertos (ar livre), incluindo parques infantis, espaços ao ar livre de centros educativos não universitários e recintos de centros sanitários (ROMERO *et al*, 2012).

É possível encontrar em muitas produções a menção a proibição do fumo, até mesmo em relação à proibição nos entornos sanitários. Na Figura 18, por exemplo, embora não seja mencionada na história a proibição é possível ver escrito no desenho (na representação do solo localizado na frente de um hospital) as palavras *“zona libre de humo”*. A referência a tal proibição, ainda que visualizada na produção gráfica, na produção verbal, ou em ambas, pode ser encontrada no total em treze (13) Desenhos Temáticos.

Figura 18. Desenho Temático do participante EE46.

“Fumador en el hospital”

En la puerta de un hospital siempre suele haber profesionales de la salud (enfermeros, médicos, auxiliares, técnicos,...) que suelen a salir a fumar descuidando su trabajo, y este caso, de sus pacientes, donde puede estar la vida de alguno de ellos en juego.”

Ainda assim, curiosamente, a maior parte dos participantes apresenta o personagem do desenho, e da história, fumando dentro do local de trabalho, como pode ser visto na tabela a seguir:

Tabela 4. Distribuição dos desenhos segundo local em que o personagem principal encontra-se, Espanha, 2014.

Local	N
Dentro do trabalho	57
Em locais apropriados	2
Nas proximidades do trabalho	16
Distante do trabalho	8
Não é possível identificar	3

Como visto na Figura 17 (ver página 126), Desenho Temático do participante EM31, a dificuldade imposta pela dependência para cessar o tabagismo é referida pelo estudante espanhol. Além desse participante, outros três (3) fazem alusão à dependência como fator predisponente para manutenção do comportamento de fumar.

A motivação para o comportamento de fumar também é referida em diversas produções, principalmente a associação do fumo ao relaxamento e ao prazer, presente em vinte e quatro (24) produções (ver Figura 19). Segundo Rodrigo (2007) a ênfase dada ao cigarro a valores alternativos como o poder relaxante, o prazer, e a elegância, foram sempre destaques na publicidade das indústrias tabageiras. E esse prazer proibido e clandestino de fumar, que de acordo com Belarmino (2011), ao mesmo tempo satisfaz e incomoda.

Figura 19. Desenho Temático do participante EM24.

“Un respiro

María fuma un cigarro en el parque de enfrente de las oficinas de su empresa. Trabaja de administrativa en una empresa de importación y exportación de productos italianos. Fuma sola porque sus compañeros aún no han terminado parte de su trabajo, y ninguno ha salido a fumar todavía. Sabe que fumar es dañino para la salud, pero el placer de salir y aspirar su cigarrillo supera la imposición sanitaria de este sistema paternalista y medicalizado.

¿Es que un cigarro no es más que algunos granos de tabaco liado en papel? No, un cigarro es una medida de tiempo, una medida de relación social, un

momento para si o para compartir con los otros y... Nicotina, una dosis de nicotina.”

Em uma das produções a menção ao livre arbítrio ganha destaque, deixando explícita a opção de o personagem fumar porque assim deseja, ainda que se trate de um profissional da saúde, um farmacêutico. Segundo Cavalcante (2001) o impacto da nova moralidade na redução do tabagismo suscita muita polêmica, pois contrária a perspectiva de saúde pública, surgem argumentos de que restrições ao comportamento de fumar podem trazer um elevado custo para a sociedade uma vez que limita a liberdade de escolha.

Figura 20. Desenho Temático do participante EF51

“Este tío está fumando en su farmacia. Su negocio, sus normas.

FIN”

5.3 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS A PARTIR DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Como descrito no capítulo “Material e Métodos”, para a Análise do Discurso do Sujeito Coletivo os dados foram coletados a partir de Questões-caso, ou seja, os participantes ouviam (ou faziam a leitura) de histórias fictícias em que os personagens eram profissionais da saúde que protagonizavam situações onde o tabagismo estava presente; com base nesses casos opinavam sobre o comportamento de todos os personagens.

Para melhor visualização e compreensão optou-se por dividir a exposição dos resultados de cada Questão-caso. Os resultados qualiquantitativos podem ser visualizados em quadros que apresentam o conteúdo das questões-caso e as categorias encontradas nos discursos, representadas pelas ideias centrais (IC), seguidos de gráficos que auxiliam na visualização das diferenças percentuais de cada categoria e por isso da força/intensidade e amplitude de uma representação. É importante considerar que um mesmo participante pode ter apresentado mais de uma IC no mesmo discurso. Em um segundo momento encontram-se os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referentes a cada categoria, acompanhados da discussão. Para facilitar o entendimento, as discussões são apresentadas somente após a descrição de todos os discursos referente a cada Questão-caso.

Assim sendo, a seguir encontram-se os resultados e análises do referido instrumento.

5.3.1 Representações Sociais referentes à primeira pergunta da questão-caso 1

Nesta primeira pergunta da Questão-caso 1, procurou-se investigar os valores e crenças dos estudantes dos cursos de saúde relacionados à influência que profissionais mais experientes/antigos exercem sobre aqueles que estão iniciando no mercado de trabalho, bem como em relação à permissão e proibição do fumo em determinados ambientes.

Faz-se oportuno antes pensar na possibilidade que a linguagem fornece ao permitir que sentimentos, conhecimentos e outros, sejam personificados através da fala (MOSCOVICI, 2011).

- BRASIL

Quadro 1. Distribuição de categorias apresentadas na primeira pergunta da Questão-caso 1, Brasil, 2013.

Questão-caso 1	Pergunta	Categoria	N
Um médico residente optou por parar de fumar por que tinha acabado de ser contratado em um Hospital que é referência em tratamento de câncer. Amigos e colegas dele o apoiam nessa escolha, mas o médico após ver que os médicos mais antigos do hospital fumavam, não resistiu e voltou a fumar, afinal havia lugares privativos justamente para isso no hospital.	O que você pensa sobre o comportamento do médico residente?	A Deveria pensar na própria saúde	10
		B Deveria ser um exemplo	17
		C O meio influencia	36
		D O vício dificulta o abandono do fumo	10
		E Deveria parar porque conhece os efeitos negativos do fumo	7
		F Contraditório: diz uma coisa e faz outra	5
		G É errado fumar em ambiente hospitalar	1
		H É livre para fazer suas escolhas e fuma por opção	6
		I Falta de apoio	1
		J Não respondeu	0

Figura 21. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-Caso 1, Brasil, 2013.

A - DEVERIA PENSAR NA PRÓPRIA SAÚDE

Ele parou de fumar por um motivo errado. Acho que teria que ter parado porque faz mal. Poderia continuar com a ideia anterior de não fumar, pela própria saúde. Vendo as condições das pessoas, levar para a sua vida pessoal, que parando vai estar prevenindo a doença. Devia pensar na saúde, porque a saúde dele é em primeiro lugar; pensar mais nele porque se não parar pode estar naquela situação. A gente tem que pensar primeiro na gente. Já que ele tinha, teve essa oportunidade, tinha que pensar nele e não olhar para traz, porque a atitude vem dele; ele tem que querer o seu bem, e está ali no dia-a-dia convivendo com vários pacientes, até mesmo com câncer devido ao uso de cigarro, então tem que pensar nele mesmo.

B - DEVERIA SER UM EXEMPLO

Então, de início a escolha dele eu achei legal porque já que ele vai cuidar dessa área, então as pessoas têm que ver um espelho no profissional que está cuidando. Até porque ele ter acabado de ter saído do reforço da

medicina, que é uma área mais específica que a gente tem um maior temor das doenças, eles deveriam dar o exemplo, até por causa de muita parte da população ainda seguir todos os conselhos que tem a ver com os médicos. Para a gente orientar uma pessoa a gente tem que ser o espelho para aquela pessoa, dar muito mais exemplo para os pacientes, para a sociedade, parando de fumar e incentivando as pessoas a pararem de fumar. Querendo ou não, a gente acaba sendo referência para as pessoas, por mais que a gente tente separar o profissional do pessoal. As pessoas observam, os pacientes observam; o profissional de saúde ele tem obrigação de dar o exemplo do que ele prega, o exemplo arrasta multidões!

C - O MEIO INFLUENCIA

Eu gostei da atitude dele em tentar parar de fumar, e dos colegas em auxiliarem e apoiarem ele na tentativa, mas como toda a pessoa que se forma, ela tem uma grande influência dos profissionais que estão há mais tempo, e como eles mesmos, entre aspas, não dão exemplo, ele não conseguiu parar né. Eu penso que ele está errado porque como ele está começando agora a carreira, ele não tem que se espelhar no que os outros estão fazendo de errado. Porque se a gente for viver a vida pensando, ah eu vou fazer já que ele faz, a gente só vai andar para trás.

Achei que o médico foi muito influenciável. Eu acredito que ele tinha que ter mais força de vontade já que é um objetivo dele de parar de fumar, não deixar se influenciar pelos mais antigos, apesar de ter essa área privativa.

É complicado porque já é um vício que ele tem, e quando ele decide parar e ver outras pessoas que já estão ali fazendo ele resolve voltar porque vê que ali é permitido isso acontecer. A facilidade de acesso e o fato de você conviver com pessoas que utilizam, não é que te torna fraco, mas te deixa mais passivo, mais perto de que possa acontecer novamente.

D - O VÍCIO DIFICULTA O ABANDONO DO FUMO

Um ser humano como outro qualquer, que tem vícios, ele já entra nessa profissão já com todos os costumes mundanos e tudo. Ele já tem esse vício,

não sei se há um período longo de tempo e fica mais difícil realmente, para parar assim de uma hora para outra. Quando você tem um vício, não é por escolha sua, o vício acaba tomando conta de você e você não consegue parar, acredito que seja isso. É um vício, eu sei que é muito difícil. E ele deixou o vício falar mais alto, acredito que é um comportamento um tanto fraco da parte dele.

E - DEVERIA PARAR PORQUE CONHECE OS EFEITOS NEGATIVOS DO FUMO

Ah eu acho assim que quando ele estava na faculdade, a gente aprende as prevenções e tudo, ele conhece o que é certo e o que é errado, e no caso é um médico, o mais obvio seria ele parar de fumar sabendo os males que causa. Ele como médico ele sabe os problemas que isso venha causar ao longo do tempo; saber que está se matando e continuar se matando, se você sabe que você está se prejudicando, porque você continua nisso? Acho que o profissional da saúde é uma coisa sem sentido ele manter esse vício, porque ele não é um ignorante.

F – CONTRADITÓRIO: DIZ UMA COISA E FAZ OUTRA

Acho desagradável o profissional da saúde fumar porque fumar prejudica a saúde, então é meio contraditório. Ele aconselha a parar, a não utilizar como prevenção e ele mesmo está fumando no local de trabalho dele.

Médico residente eu acho isso, você vai contra o que você estuda, você vai contra o que você prega, o que você fala, é uma contradição total, acho que é hipocrisia, acho que é isso.

G - É ERRADO FUMAR EM AMBIENTE HOSPITALAR

Se fosse eu no lugar dele, eu teria sido um pouco mais firme a respeito dessa decisão de parar de fumar dentro do ambiente hospitalar porque eu acho errado, independente se tem área privativa ou não, eu creio que tenha sido errado.

H - É LIVRE PARA FAZER SUAS ESCOLHAS E FUMA POR OPÇÃO

Apesar de ser da área da saúde, a pessoa tem o conhecimento do que o cigarro pode causar, mas mesmo assim continua fumando, por opção, por que é uma coisa que gosta, porque quer, porque se sente bem, porque dá prazer, então ele não vai deixar de parar de fumar, é uma opção dele, mesmo ele consciente, faz consciente. Acho que vai da opinião de cada um, é uma opção dele, eu acho que, eu tenho até meio medo desse politicamente correto querer empurrar, forçar certas coisas e de repente tirar essa liberdade. Ele tem conhecimento, a saúde é dele, o corpo é dele, desde que seja uma área privativa e não seja com pessoas que não tenham a mesma qualificação, não vejo problema.

I - FALTA DE APOIO

Eu penso assim que de início foi pensando nele, na saúde dele e foi correto, só que como hoje em dia a gente não consegue ter uma opinião, a gente pode até ter opinião, mas não consegue continuar com ela se não tiver o apoio tanto de família ou de quem está ao redor.

Como apresentado no Quadro 1 e na Figura 21 (páginas 133 e 134), algumas categorias se apresentaram com maior amplitude e intensidade, sem que outras também deixassem de apresentar seu grau de compartilhamento entre os participantes. Deve-se dar destaque a Categoria C “O meio influencia”, compartilhada por trinta e seis (36) participantes (38,7%), única categoria a superar 20% dos compartilhamentos. Como visto anteriormente, a influência do grupo é uma necessidade que traz ao jovem reforço e apoio (TARDIVO, 2007). Além disso, sabe-se que o tabagismo recebe influências não apenas das ações biológicas da nicotina, mas também de estímulos ambientais, hábitos pessoais e condicionamentos psicossociais (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004). No DSC apresentado nessa categoria diferentes fontes influenciadoras foram consideradas,

ganhando destaque o comportamento dos médicos mais antigos e a liberação para fumar em um ambiente exclusivo dentro do hospital.

A falta de apoio foi mencionada por apenas um (1) participante, na Categoria I “*Falta de apoio*”, ainda sim um dado muito relevante. Considera-se que o apoio social é uma variável importante no processo de deixar o fumo. Segundo Medeiros (2010), o apoio dos amigos e familiares está muito relacionado com o êxito que os tabagistas podem ter nos programas de tratamento.

- ESPAÑHA

Em relação à amostra espanhola os discursos foram redigidos e serão aqui apresentados no idioma espanhol, mesmo idioma utilizado por essa população nos discursos individuais. Mantiveram-se os discursos em seu idioma original por se considerar que uma tradução poderia não expressar adequadamente as representações sociais desse grupo social.

Quadro 2. Distribuição de categorias apresentadas na primeira pergunta da Questão-caso 1, Espanha, 2014.

Questão-caso 1	Pergunta	Categoria	N
Un médico residente optó por dejar de fumar porque había acabado de ser contratado en un hospital que es referencia en el tratamiento contra el cáncer. Amigos y colegas suyos lo apoyan en esa opción, pero el médico, después de ver que los médicos más antiguos del hospital fumaban, no se resistió y volvió a fumar. Al fin y al cabo había lugares reservados justamente para eso en el hospital.	¿Qué piensas sobre el comportamiento del médico residente?	A Debería pensar en su salud	10
		B Debería ser ejemplo	22
		C Las influencias medianas	39
		D La adicción dificulta el abandono	9
		E Debería parar porque él conoce los peligros de fumar	8
		F Contradictorio	3
		G Está mal fumar en los entornos sanitarios	5
		H Es libre y fuma por su opción	6
		I Hace falta apoyo	0
		J No contesta	1

Figura 22. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-Caso 1, Espanha, 2014.

A - DEBERÍA PENSAR EN SU SALUD

Que en lo primero en lo que tiene que pensar es en su salud. Ya que había dejado de fumar debería haber seguido sin fumar por su salud sabiendo lo dañino que es el tabaco para tu propia salud.

Cuando te propones algo y más porque tienes las razones de que eso es malo para tu salud debe tener fuerza de voluntad y recordar siempre porque lo hiciste para no volver a caer, ya que los beneficios de eliminar el tabaco de su vida le afecta principalmente a él.

B - DEBERÍA SER EXEMPLO

Me parece mal porque si pierde credibilidad. Por supuesto da una mala imagen para sus pacientes. El médico debe ser ejemplo y creer primero él en lo que dice. Pienso que debe dar ejemplo de su profesión, y ante todo, promover la salud, aunque esto conlleve eliminar un hábito. Es muy importante que los trabajadores sanitarios prediquen con el ejemplo.

C - LAS INFLUENCIAS MEDIANAS

El médico volvió a fumar porque el ambiente no era propicio para que el abandono del hábito se llevara a cabo. Esto demuestra, que nuestros hábitos están fuertemente influidos por las personas que nos rodean. Se dejó influenciar por los que se consideran más prestigiosos en el hospital y encontró además facilidades de espacio que le ayudaran a seguir haciéndolo. Al dejarse influenciar por los médicos fumadores veo que tiene falta de personalidad y veo muy más la opción que toma al respecto. Eso debe ser una decisión propia y no dejar influenciarse por los demás.

D - LA ADICCIÓN DIFICULTA EL ABANDONO

Fumar es una dependencia, después que se ha dejado muchas veces se empieza otra vez.

Pensaría de él como de cualquier persona que fume, que deje de fumar y vuelva a fumar. Da igual que sea médico o no, porque los vicios enganchan a todo el mundo por igual. Había dado un gran paso dejando de fumar y ha caído en la tentación.

E - DEBERÍA PARAR PORQUE ÉL CONOCE LOS PELIGROS DE FUMAR

Siendo profesional sanitario debería conocer los riesgos que conlleva el tabaco. Él mejor que nadie conoce directamente las consecuencias del tabaquismo. Pienso que tiene muy poca fuerza de voluntad y que a pesar de conocer los efectos perjudiciales que provoca el tabaco, pudo mas la necesidad que la razón.

F - CONTRADICTÓRIO

Me parece un comportamiento poco consecuente con su formación y sus circunstancias y una persona con convicciones poco consistentes. Es inadecuado, si un paciente lo ve lo considera hipócrita y es más probable que si era fumador reincida.

G – ESTÁ MAL FUMAR EN LOS ENTORNOS SANITARIOS

Malo, ya que en esos lugares no debería fumar ningún médico.

H – ES LIBRE Y FUMA POR SU OPCIÓN

Se trata de una decisión individual. No está haciendo nada malo; que sea médico no significa que no pueda fumar. Sería mejor que no lo hiciese, pero cada uno puede hacer lo que quiera, las decisiones son personales.

Como apresentado no Quadro 2 e na Figura 22 (páginas 138 e 139), entre os participantes do grupo espanhol um (1) estudante não respondeu a pergunta proposta, o que permite inferir em uma provável resistência inicial em participar ou incapacidade de diferenciar o simbólico do real, compreendendo a pergunta como um ataque pessoal (NIJAMKIN; BRAUDE, 2000). A provável resistência pode ser explicada por se tratar de uma temática em que há uma padronização comportamental esperada, por isso muitos participantes acabam por optar omitir ou transformar propositalmente suas representações (KIRK; MILLER, 1986 apud AIELLO-VAISBERG, 1997).

O maior número de compartilhamento ocorreu na Categoria C “*Las influencias medianas*”, na qual trinta e nove (39) participantes (37,8%) apresentaram discursos relacionados a influência do meio sobre os médicos inexperientes. As influências destacadas por esse grupo são principalmente socioambientais, enfatizando a facilidade de se fumar no local de trabalho (no hospital) e o exemplo dos médicos tidos como mais experientes.

Nesse grupo ainda outra categoria supera 20% de compartilhamentos, a categoria B “*Debería ser exemplo*”, apresentada por vinte e dois (22) participantes (21,3%). Diversos estudos competem aos médicos e as instituições de saúde a responsabilidade pela transmissão mensagens que induzam comportamentos saudáveis, neste sentido os profissionais são vistos como modelos de comportamento a ser seguido pela população (BARREIRA; SAMPAIO GOMES; CUNHA, 2007). A própria OMS

afirma que os profissionais de saúde precisam ter um comportamento exemplar para o restante da população no que se refere a comportamentos saudáveis e, particularmente, em relação ao tabaco (SILVA, 2012).

5.3.2 Representações Sociais apresentadas na segunda pergunta da Questão-caso 1

Na segunda pergunta, ainda referente ao mesmo caso, o objetivo principal é resgatar as representações sociais em relação aos profissionais mais experientes, advindos de outra época social em que o comportamento de fumar tinha representações muito diferentes das atuais. Portanto, conhecer as crenças e os valores relacionados aos males do fumo em épocas distintas.

- BRASIL

Quadro 3. Distribuição de categorias apresentadas na segunda pergunta da Questão-caso 1, Brasil, 2013.

Questão-caso 1	Pergunta	Categoria	N
Um médico residente optou por parar de fumar por que tinha acabado de ser contratado em um Hospital que é referência em tratamento de câncer. Amigos e colegas dele o apoiam nessa escolha, mas o médico após ver que os médicos mais antigos do hospital fumavam, não resistiu e voltou a fumar, afinal havia lugares privativos justamente para isso no hospital.	E o que você pensa do comportamento dos médicos mais antigos?	A Deveria pensar mais na própria saúde	5
		B Deveria ser um exemplo	22
		C Antigamente fumar era um comportamento socialmente aceito e hoje eles encontram dificuldade para se adaptarem	14
		D O vício dificulta o abandono do fumo	10
		E Deveria parar porque conhece os malefícios do fumo	8
		F Contraditório: diz uma coisa e faz outra	4
		G É errado fumar no ambiente hospitalar	6
		H Cada um é livre para fazer suas escolhas	10
		I Deveria conscientizar-se e abandonar o fumo	4
		J Não respondeu	0

Figura 23. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-Caso 1, Brasil, 2013.

A - DEVERIA PENSAR MAIS NA PRÓPRIA SAÚDE

Bom eu acho que eu os mais antigos, eles podem até se importar com o trabalho deles com os pacientes, mas consigo mesmo eles não se importam. Estão lá para falar de saúde sendo que a vida deles, eles não pregam a saúde, eles não pregam o bem estar, ele não está nem aí com a saúde dele, como se ele não estivesse dando ouvido a ele mesmo.

B - DEVERIA SER UM EXEMPLO

Então, eu sou contra o fumo, eu não concordo com a postura deles, acho que a partir do momento que você escolhe uma profissão, a partir do momento que você quer vestir a camisa, fazer alguma coisa na sua vida você tem que dar exemplo para isso. Não tem como eu trabalhar numa coisa, orientar sobre alguma coisa e não dar exemplo do que eu falo. A maioria infelizmente não dá bons exemplos, não só os médicos né, até professores nós que fazemos o curso de saúde muitos deles também tem

práticas que eu acho que não é boa influência para os alunos, hábito de fumar, outras coisas.

Como exemplo eu acredito que eles não deveriam fumar dentro do ambiente de trabalho mesmo que tenha essa área restrita, para dar exemplo para os demais e para os próprios pacientes. Eles tem que ser um espelho mesmo ali no cuidado dos pacientes, não é porque ele está na profissão há mais tempo que isso é diferente, já que ele está lá para propor a saúde, então eu penso da mesma forma.

C - ANTIGAMENTE FUMAR ERA UM COMPORTAMENTO SOCIALMENTE ACEITO E HOJE ELES ENCONTRAM DIFICULDADE PARA SE ADAPTAREM

Acho que os médicos mais antigos, até pela educação deles, o conceito deles, que já antigamente tinha Marlboro, tinha uma referência bonita de propaganda, então naquela época para eles tudo bem. Antigamente era um hábito fumar, era influenciado pela mídia, tinha marketing, muito marketing sobre o cigarro e não sabiam os malefícios que eles causavam. Então hoje, depois de quarenta anos, acho meio difícil para o médico parar de fumar mesmo, mas agora para um médico jovem, residente, ele já quando ele estava estudando medicina ele já sabia o quanto mal o cigarro fazia, acho que para ele é mais fácil. Agora para os médicos antigos é compreensível eles terem esse hábito de fumar, o pessoal começava a fumar mais cedo e então eu acho que ficou difícil para eles largar mão disso, isso era normal. Hoje a gente tem mais informação, antes eles tinham menos. E é mais difícil entrar na mente de uma pessoa mais velha, né, é difícil porque eles já têm uma cabeça formada. Eles são de difícil aceitação das novas ideias, das novas tecnologias, é o que eu vejo.

D - O VÍCIO DIFICULTA O ABANDONO DO FUMO

É complicado porque vício cada um tem um, são pessoas viciadas, não tem seu autocontrole, sua opinião própria de querer alguma coisa, e já está mais enraizado neles por eles serem mais antigos. Aliás, quanto mais tempo você

tem de vício, mais difícil fica. Então acredito que por eles terem mais idade para eles é mais difícil parar de fumar do que uma pessoa mais jovem, que tem pouco tempo, a dificuldade deles é maior.

É complicado falar de vício, quando a pessoa já tem um vício, não é que ela vai parar por causa da profissão, cada vez que passa fica mais difícil de eles pararem, por isso que não pararam mais.

E - DEVERIA PARAR PORQUE CONHECE OS MALEFÍCIOS DO FUMO

Eu acho errado porque ele já estudou, ele sabe todo o mal que causa, tudo o que pode ocasionar. E é mais errado ainda porque eles estão lá há mais tempo do que os residentes, eles sabem o que o fumo pode causar e mesmo assim eles também fazem, mesmo assim fumam.

F – CONTRADITÓRIO: DIZ UMA COISA E FAZ OUTRA

Muitos médicos as vezes que você vai e ele vira e fala para você assim "não bebe", um exemplo, mas ele bebe, ou "você precisa parar de beber porque senão vai prejudicar a sua saúde, vai prejudicar a sua doença já em si, que você já tem", mas eles bebem. Então acaba caindo em contradição. Como que ele prega uma coisa e faz outra? É incoerente!

G - É ERRADO FUMAR NO AMBIENTE HOSPITALAR

Eles são folgadas, são mais donos ali do pedaço, são completamente errados no que fazem porque ambiente de trabalho não é lugar para se fumar, independente de ter área privativa. Num hospital não deveria ter uma área para fumantes porque você está lidando com a saúde, num local de saúde e você está fazendo uma coisa que é prejudicial à saúde, então não deveria ter. Mesmo tendo essa área privativa eu acho que eles não deveriam fumar dentro do hospital, acho que eles tinham que respeitar o ambiente hospitalar, e se quisessem fumar tinha que ser extra-hospital, na rua, na casa, em outro ambiente, não no hospital, não dentro de um hospital porque isso denigre a imagem do profissional e da instituição.

H - CADA UM É LIVRE PARA FAZER SUAS ESCOLHAS

Então, não dá para dizer que eles estão errados, nem que estão certos, né? Eu acho que ninguém é obrigado a parar de fumar, cada um tem o direito de escolher, cada um é responsável pelo que quer, cada um escolhe o jeito de viver, ninguém pode mudar a opinião dele. Cada um tem o livre arbítrio e faz o que quer, então não tem como questionar.

Eles também não deixam de ter às vezes os mesmos erros que qualquer outra pessoa tem. E apesar de ser desagradável, não é proibido, ninguém pode chegar para ele e falar "você é médico e você não pode fumar".

I - DEVERIA CONSCIENTIZAR-SE E ABANDONAR O FUMO

Ah como eles tratam o câncer, eu acho que eles vendo os quadros deles que eles veem no hospital, eles deveriam se conscientizar e parar também né, porque isso não leva bem a nenhum lugar né. Os mais antigos eles deveriam ter a consciência de todo problema que o fumo pode dar a ele, e o problema que ele pode trazer no ambiente de trabalho.

Em relação aos médicos mais antigos e mais experientes, a Categoria B “*Deveria ser um exemplo*” foi a que apresentou maior compartilhamento entre os futuros profissionais da saúde brasileiros. Vinte e dois (22) estudantes, pouco mais de 25% (26,5%), mostraram em suas falas uma maior cobrança de um comportamento exemplar desses profissionais, que de acordo com eles, devem demonstrar um comportamento saudável e exemplar não apenas para a população em geral, mas também para aqueles que estão iniciando na carreira profissional como agente de saúde. Desta forma, o médico mais experiente é visto como um professor e uma referência.

Deve-se dar destaque também a Categoria C “*Antigamente fumar era um comportamento socialmente aceito e hoje eles encontram dificuldade para se adaptarem*”, segunda categoria mais compartilhada (N=14 – 16,8%). Ao se escolher questionar estudantes da área da saúde em relação ao

comportamento de profissionais mais experientes, esperava-se que tal mudança de paradigma fosse considerada e discutida, afinal, o comportamento de fumar atualmente vem sendo (re)significado, e não é mais compreendido como antigamente, quando estava associado a status, glamour, elegância e independência (BELARMINO, 2011, SEABRA; FARIAS; SANTOS, 2011). No DSC apresentado nessa categoria fica evidente a representação que os estudantes têm da mudança de paradigma, destacada principalmente quando referem acreditar que esses profissionais não apenas iniciaram o comportamento em outra época como também iniciaram precocemente, antes de se tornarem profissionais da saúde e receberem tantas informações sobre os malefícios do fumo. Paduani e colaboradores (2008) afirmam que geralmente os médicos tabagistas já saíram das universidades fumando, e por isso enfatizam a grande importância de se focar os estudantes da área da saúde em programas contra o fumo.

- ESPAÑA

Quadro 4. Distribuição de categorias apresentadas na segunda pergunta da Questão-caso 1, Espanha, 2014.

Questão-caso 1	Pergunta	Categoria	N
Un médico residente optó por dejar de fumar porque había acabado de ser contratado en un hospital que es referencia en el tratamiento contra el cáncer. Amigos y colegas suyos lo apoyan en esa opción, pero el médico, después de ver que los médicos más antiguos del hospital fumaban, no se resistió y volvió a fumar. Al fin y al cabo había lugares reservados justamente para eso en el hospital.	¿Qué piensas sobre el comportamiento de los profesionales más antiguos?	A Debería pensar en su salud	5
		B Debería ser un ejemplo	27
		C Antiguamente fumar era socialmente más aceptado y hoy ellos no se adaptan a los nuevos cambios de la vida	12
		D La adicción dificulta el abandono del fumo	5
		E Debería parar porque él conoce los peligros de fumar	7
		F Contradictorio	6
		G Está mal fumar en los entornos sanitarios	5
		H En sus vidas privadas pueden hacer lo que quieran	19
		I Debería parar de fumar	2
		J No contesta	5

Figura 24. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-caso 1, Espanha, 2014.

A - DEBERÍA PENSAR EN SU SALUD

Los profesionales más antiguos deberían dejar de fumar para evitar así un posible futuro cáncer. Pienso que por mucha dificultad que acampe dejar de fumar deben hacerlo para predicar por una vida saludable.

B - DEBERÍA SER UN EJEMPLO

Pienso que no han tenido en cuenta lo importante que es el rol ejemplarizante a la hora de participar en actividades de salud. Los médicos tienen la responsabilidad como sanitarios de dar ejemplo y no fumar, deberían seguir buenos hábitos de salud.

C - ANTIGUAMENTE FUMAR ERA SOCIALMENTE MÁS ACEPTADO Y HOY ELLOS NO SE ADAPTAN A LOS NUEVOS CAMBIOS DE LA VIDA

Crecieron en un ambiente cultural donde el tabaquismo no estaba tan mal visto. Antiguamente las personas podrían fumar en cualquier ámbito y no estaba mal visto, era algo mucho más común, socialmente más aceptado.

Se anunciaba en la tele que fumar era de hombres y creo que influyó mucho. Con el paso del tiempo se ha ido quitando eso costumbre. Los médicos más antiguos estarán acostumbrados y ya le resultará más difícil el dejarlo. No se adaptan a la nueva normativa y a los nuevos cambios de vida, ya sean tecnológicos o de leyes.

D - LA ADICCIÓN DIFICULTA EL ABANDONO DEL FUMO

Pues deberían de controlar sus impulsos para fumar, pero la gente se dejó llevar por el tabaco en su época y están viciados. Su dependencia al tabaco no les permite dejarlo, son demasiado mayores y sus ganas de fumar son grandes.

E - DEBERÍA PARAR PORQUE CONOCE LOS PELIGROS DE FUMAR

Después de tener conocimiento acerca de todo lo relacionado con el tabaco, con el cáncer y demás no sería lógico seguir fumando. Seguro que ven a diario morir gente por haber fumado. Nunca es tarde para dejar de fumar, para cuidar su salud, y más aun siendo médicos y conociendo las consecuencias.

F - CONTRADICTÓRIO

Pienso que es contradictorio fumar y decirle a los pacientes que lo dejen. Su trabajo es contrario a su comportamiento. Las intervenciones terapéuticas en sus pacientes así como sus recomendaciones con respecto a los estilos de vida pierden credibilidad.

G - ESTÁ MAL FUMAR EN LOS ENTORNOS SANITÁRIOS

Si quieres fumar creo que debería hacerlo fuera de su horario de trabajo nunca en el; en el hospital no deberían fumar.

H - EN SUS VIDAS PRIVADAS PODEN HACER LO QUE QUIERAN

Creo que cada persona es libre para hacer con su vida lo que quiere, cada uno es dueño de su vida. Ellos tienen derecho a seguir con sus hábitos, en

las áreas reservadas para ello están en su derecho de fumar. Además son fumadores como otros cualesquiera. El ser humano termina haciendo lo que quiere independientemente del entorno por el que se encuentre rodeado.

I - DEBERÍA PARA DE FUMAR

Deberían dejar de fumar!

Entre os estudantes espanhóis, a categoria mais compartilhada em relação à segunda pergunta da Questão-caso 1 foi a Categoria B “*Debería ser un ejemplo*”, apresentada por vinte e sete (27) participantes (29%). O entendimento dos profissionais da saúde como personagens que necessariamente devem se comportar de maneira exemplar fica cada vez mais evidente nos discursos apresentados. Ainda assim, se mostrando talvez oposta a esse discurso, a segunda categoria mais compartilhada nesse grupo foi a Categoria H “*En sus vidas privadas poden hacer lo que quieren*”, onde dezenove (19) participantes (20,4%) trazem em suas falas referência ao livre-arbítrio, a liberdade individual de escolher o que querem para suas próprias vidas, ainda que os personagens da história sejam profissionais da saúde, mas de acordo com eles, são seres humanos e possuem suas dependências como qualquer outro. Portanto, deve-se considerar que a dependência ao tabaco se caracteriza pelo uso e a necessidade, tanto físico como psicológica, do fumo (AMB, 2013), e se dá independentemente do conhecimento do dano físico ou psicológico que causa (ECHER, 2006).

9.3.3 Representações Sociais apresentadas na primeira pergunta da Questão-caso 2

No segundo caso o objetivo foi investigar as representações dos participantes em relação à influência que os profissionais da saúde exercem sobre os pacientes e a relação entre paciente-profissional ao se tratar da temática do tabaco. Nesta direção, na primeira pergunta do referido caso os estudantes da área da saúde foram questionados sobre a atitude do paciente, personagem da história, ao questionar o profissional da saúde que estava fumando diante do hospital.

- BRASIL

Quadro 5. Distribuição de categorias apresentadas na primeira pergunta da Questão-caso 2, Brasil, 2013.

Questão-caso 2	Pergunta	Categoria	N
Um enfermeiro estava fumando em frente ao hospital na hora do almoço quando um paciente então lhe perguntou por que ele trabalhava num hospital mesmo assim ele fumava. O enfermeiro então respondeu que embora trabalhasse no hospital tinha o direito de fumar.	O que você pensa sobre a atitude do paciente em questionar o enfermeiro?	A O paciente vê o profissional da saúde como um exemplo	30
		B O paciente foi curioso	4
		C O paciente achou o comportamento do profissional da saúde contraditório	15
		D O paciente não deveria intrometer-se na vida privada do profissional da saúde	4
		E Para o paciente, como o profissional da saúde tem conhecimento dos efeitos negativos do fumo, ele não deveria fumar	3
		F Cada um tem o direito de fazer o que quiser da sua vida, inclusive fumar	20
		G O paciente tem o direito de questionar	6
		H Não respondeu	2

Figura 25. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-caso 2, Brasil, 2013.

A - O PACIENTE VÊ O PROFISSIONAL DA SAÚDE COMO UM EXEMPLO

Ele deve questionar porque sendo enfermeiro e sendo um profissional da saúde, que exemplo que ele está dando fumando na porta do hospital?

Eles acreditam que porque é profissional da saúde a gente faz tudo certo, tudo correto, e não é bem assim, entendeu? Então acho que eles criam uma ilusão na cabeça deles, e não é verdade, infelizmente.

Eles querem que o profissional seja o exemplo, eles exigem isso, que o profissional seja o exemplo. As pessoas acabam usando a gente como referência, e não conseguem separar o profissional do pessoal.

Eu acredito que o paciente diante de um profissional da saúde, independente de ser um enfermeiro, ou médico, ou qualquer outro profissional, ele se espelha e acredita que este profissional deve ser um exemplo para ele sobre essa conduta de saúde, como referência de hábitos saudáveis.

O paciente ele vê um profissional como alguém superior, alguém que deveria estar lá para me ajudar, para me aconselhar, para cuidar de mim, dando bons exemplos.

B - O PACIENTE FOI CURIOSO

Eu acho que é uma curiosidade que todo mundo tem, no fundo se você vê alguém de jaleco, ou de branco, você sempre para e pensa "nossa, ele está fumando e trabalha na área da saúde". E de repente ele pode estar confuso com relação às verdadeiras implicações do fumo, do tabagismo, aí acho que nesse caso o comportamento dele foi "ué, mas você não fala para mim não fumar e você fuma? Será que isso não faz mal?". Ele teria a curiosidade de saber porque que ele estava fumando já que ele trabalha na área da saúde.

C - O PACIENTE ACHOU O COMPORTAMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE CONTRADITÓRIO

A gente sempre orienta que tem que ter saúde, que tem que ter uma alimentação saudável, e aí você de repente dá uma demonstração que você está fazendo errado, aí na hora que você for cobrar dele ele fala assim "ah, mas você não faz, porque que eu tenho que fazer?"

O paciente deposita muita confiança no enfermeiro, se o enfermeiro ele tem bastante conhecimento, uma das coisas que ele vai evitar é mal para a própria saúde, então fica meio questionável ele ver um funcionário que trabalha na área da saúde fumando. Ele tem aquela visão assim "médico não pode fumar, o enfermeiro não pode fumar, farmacêutico não pode fumar" porque são pessoas que lidam com saúde, pregam a saúde, pregam sobre os cuidados com a alimentação, com o exercício físico, aí um paciente vê um enfermeiro fumando fica meio contraditório.

Temos que passar educação do que deve ser feito para prevenir certas doenças, e a gente passa isso e depois faz o contrário do que a gente passou, então é meio controverso, se torna uma atitude meio que hipócrita da parte do profissional.

D- O PACIENTE NÃO DEVERIA INTROMETER-SE NA VIDA PRIVADA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

O paciente não pode invadir a privacidade da pessoa porque a gente tem o livre arbítrio então cada um é responsável pela consequência de si, não é?

Eu acho que ninguém tem que se intrometer na vida de ninguém: intromissão à vida alheia. Ele tem que tomar conta da vida dele!

E - PARA O PACIENTE, COMO O PROFISSIONAL DA SAÚDE TEM CONHECIMENTOS SOBRE OS EFEITOS NEGATIVOS DO FUMO, ELE NÃO DEVERIA FUMAR

Eu acho interessante porque ele está perguntando para o enfermeiro se ele está vivendo num ambiente com tudo aquilo, está vendo um monte de coisa, porque que ele continua fumando. A atitude do paciente foi por causa disso, por achar que um profissional da saúde não deva fumar porque sabe dos malefícios.

F - CADA UM TEM O DIREITO DE FAZER O QUE QUISER DA SUA VIDA, INCLUSIVE FUMAR

Acho que ele não teria que julgar porque, tudo bem que não é certo ele fumar na frente dos pacientes, só que é um direito dele sim, ele tem o direito como qualquer outra pessoa. E ele não está no ambiente de trabalho, não está dentro do hospital, ele está numa via pública então ele pode fazer o que ele quiser. É como o próprio enfermeiro disse, ele tem o direito de fumar, ele também é uma pessoa como outra qualquer, ele é um ser humano como outro qualquer.

Ele tem o direito de fumar também, mesmo que faça mal. O enfermeiro ou qualquer profissional da saúde também tem seus gostos, também tem suas manias e tem as suas preferências. Cada um tem que fazer o que quiser, é a liberdade, o livre-arbítrio, cada um segue o que acha viável para a sua vida. Cada um é cada um, acho que as pessoas tem que seguir mais a sua vida e deixar de reparar mais na vida dos outros.

G - O PACIENTE TEM O DIREITO DE QUESTIONAR

Ele está certo, na porta do hospital? No local? Acho legal a atitude que ele fez, é que tem pessoas que assim, tipo fica meio constrangida até mesmo com a pergunta "ah porque você está fumando aqui?", mas tem outros que

não tem essa inibição, vai e pergunta. Os pacientes eles tem a liberdade de questionar, eu acho que foi uma atitude saudável. Acho que foi bom ele ter perguntado sim.

As representações sociais apresentadas a essa pergunta da Questão-caso 2, como vistas no Quadro 5 (ver página 151), mostraram ao mesmo tempo representações de compreensão e apoio a crítica do paciente, como também criticando sua atitude. Deve-se atentar para as Categorias A e F, respectivamente *“O paciente vê o profissional da saúde como um exemplo”* e *“Cada um tem o direito de fazer o que quiser da sua vida, inclusive fumar”*, compartilhadas por 35,7% e 23,8% dos participantes, ou seja, as duas categorias com maior intensidade. A visão do profissional da saúde como alguém que obrigatoriamente deve ter um comportamento saudável e exemplar, pôde ser vista também em relação as respostas das perguntas referentes a Questão-caso 1. Assim, tanto o médico como o enfermeiro ou outros profissionais da saúde são cobrados por esse comportamento exemplar em que o comportamento de fumar não é aceito. Em contrapartida, muitos participantes defendem o livre-arbítrio desses profissionais, que têm suas manias e preferências, podendo inclusive, fumar.

- ESPAÑA

Quadro 6. Distribuição de categorias apresentadas na primeira pergunta da Questão-caso 2, Espanha, 2014.

Questão-caso 2	Pergunta	Categoria	N
Un enfermero estaba fumando delante del hospital a la hora del descanso para el almuerzo, cuando entonces un paciente le preguntó por qué él, trabajando en un hospital, fumaba. El enfermero entonces respondió que aunque trabajase en el hospital tenía derecho a fumar.	¿Qué piensas sobre la actitud del paciente al cuestionar al enfermero?	A El paciente ve el profesional de la salud como un ejemplo	19
		B El paciente tenía curiosidad	5
		C El paciente piensa que el comportamiento del profesional de la salud es contradictorio	9
		D El paciente no debe inmiscuirse en la vida privada del profesional de la salud	17
		E Para el paciente, los profesionales de la salud tienen conocimiento de los efectos negativos de fumar y no deberían fumar	4
		F Cada uno tiene el derecho de hacer lo que quiera en su vida, incluso fumar	16
		G Paciente puede cuestionar	12
		H No contesta	11

Figura 26. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-caso 2, Espanha, 2014.

A - EL PACIENTE VE EL PROFESIONAL DE LA SALUD COMO UN EJEMPLO

Es importante que lo personal sanitario de ejemplo sobre hábitos saludables y que los pacientes los tengan como referencia. El enfermo piensa que los personales sanitarios que se encargan de tratar a los pacientes de las enfermedades producidas por el tabaco deberían dar ejemplo, ve al personal sanitario como modelo. Es normal que las personas externas al hospital piensen que las personas que trabajen en él tengan hábitos saludables. Hay enfermos a los que puede influenciar o perjudicar.

B - EL PACIENTE TENÍA CURIOSIDAD

Es un paciente curioso, siente curiosidad de como una persona que tiene conocimientos en salud puede dañar su organismo más conscientemente que otro ciudadano. Además es un poco cotilla, y no debería de preguntarle eso.

C - EL PACIENTE PIENSA QUE EL COMPORTAMIENTO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD ES CONTRADICTORIO

Que es normal que se lo pregunte, si es una persona que le recomienda dejar de fumar y después él lo hace. Parece contradictorio que personas que cuidan la salud de los demás no cuiden la suya propia.

Es cierto que los profesionales tienen derecho de fumar pero desde luego me parecen incompatibles.

Además él paciente considera a los profesionales sanitarios como miembros de una religión y que por tanto pecan al ir en contra de lo que ellos mismo pregonan.

D - EL PACIENTE NO DEBE INMISCUIRSE EN LA VIDA PRIVADA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Me parece una intromisión en la vida privada. Las personas somos mucho más que nuestras profesiones. Aunque me parezca mal que un sanitario

fume, no le da derecho al paciente a cuestionar su comportamiento. No obstante, me parece que su opinión no es requerida.

E - PARA EL PACIENTE, LOS PROFESIONALES DE LA SALUD TIENEN CONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS NEGATIVOS DE FUMAR Y NO DEBERÍAN FUMAR

Es lógico que se cuestione que un personal del ámbito de sanidad, que conoce los riesgos del tabaco y es fumador. La actitud me parece comprensible, puesto que los profesionales / futuros profesionales de la salud son las personas que mayor conocimiento tienen sobre las consecuencias del tabaco.

F - CADA UNO TIENE EL DERECHO DE HACER LO QUE QUIERE DE SU VIDA, INCLUSO FUMAR

Es normal que se lo pregunte, pero el enfermero no tiene por qué dar explicaciones de lo que hace o deja de hacer en su tiempo libre. Cada uno es libre de hacer lo que quiera. No tiene por qué dejar de fumar porque sea personal sanitario, el fumar no va en función de su trabajo. No tiene nada que ver si trabajas en un hospital y fumas. El profesional está en su derecho.

G - PACIENTE PUEDE CUESTIONAR

Es la reacción normal creo yo. Me parece genial. La sociedad debe cuestionar nuestros actos. Hizo bien cuestionando al enfermero, el paciente está en todo su derecho de preguntarle y de reprocharle al enfermero.

Ainda que nesse grupo também a Categoria A, “*El paciente ve el profesional de la salud como un ejemplo*”, tenha sido a mais compartilhada entre os participantes (20,4%), outras duas categorias merecem destaque: Categoria F “*Cada uno tiene el derecho de hacer lo que quiera en su vida, incluso fumar*”, e Categoria D “*El paciente no debe inmiscuirse en la vida privada de lo profesional de la salud*”, compartilhadas por dezesseis (16)

(17,2%) e dezessete (17) (18,2%) participantes, respectivamente. Vale notar que tais representações, ainda que se mostrem tão opostas, foram apresentadas com amplitude e intensidade muito próximas; e deixa mais evidente a dificuldade dos participantes em opinarem nessa questão.

5.3.4 Representações Sociais apresentadas na segunda pergunta da Questão-caso 2

Na segunda pergunta em relação ao segundo caso, os participantes foram questionados em relação ao comportamento do profissional da saúde, um enfermeiro na história apresentada, que além de estar se comportando de maneira não saudável em frente ao hospital, também responde ao questionamento do paciente de forma ríspida. O principal objetivo dessa questão foi analisar as representações sociais do papel do profissional da saúde e seus direitos como cidadão comum.

A questão da neutralidade esperada do profissional da saúde em relação a doenças e aos fatores que levam as pessoas a adoecerem possibilita refletir na influência que seu comportamento pode ter sobre a relação médico-paciente. Defende Cavalcante (2001) uma significativa separação entre as ações desses profissionais e o valor moral, por considerar que “os julgamentos morais e seus significados culturais subjacentes são com frequência fonte de estigma e desespero para os pacientes” (BRANDT, 1997 *apud* CAVALCANTE, 2001, p.206).

- BRASIL

Quadro 7. Distribuição de categorias apresentadas na segunda pergunta da Questão-caso 2, Brasil, 2013.

Questão-caso 2	Pergunta	Categoria	N
Um enfermeiro estava fumando em frente ao hospital na hora do almoço quando um paciente então lhe perguntou por que ele trabalhando num hospital mesmo assim ele fumava. O enfermeiro então respondeu que embora trabalhasse no hospital tinha o direito de fumar.	E o que você pensa do comportamento do enfermeiro?	A Deveria ser um exemplo	17
		B Deveria pensar na própria saúde	2
		C Contraditório: diz uma coisa e faz outra	3
		D Não deveria responder dessa maneira ao paciente e deveria assumir sua dificuldade em abandonar o fumo	12
		E Deveria ser mais discreto e não fumar nas proximidades do hospital	28
		F É livre para fazer o que quiser	18
		G Deveria parar porque conhece os efeitos negativos do fumo	3
		H O cigarro é, para ele, uma válvula de escape	4
		I O vício dificulta o abandono do fumo	5
		J Não respondeu	0

Figura 27. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-caso 2, Brasil, 2013.

A - DEVERIA SER UM EXEMPLO

Se a gente trabalha com saúde, por mais que a gente não siga estritamente o que aprende e o que sabe, uma das nossas funções é a prevenção, e não é tendo uma atitude errada, mostrando para os seus pacientes que você faz errado, que vai ajudar a prevenir; querendo ou não você tem que tomar cuidado com as coisas que você faz principalmente diante de quem você atende. Se eu oriento o meu paciente a não fumar, eu não estou dando exemplo para ele, e o paciente enxerga no enfermeiro o exemplo.

Querendo ou não ele é um exemplo, na saúde ele é um exemplo para as outras pessoas, se as pessoas veem que ele está fumando vão falar assim "se ele sabe que faz mal e está fumando mesmo assim, então vou fumar também". Ele que tinha que dar o exemplo para os pacientes porque os pacientes se espelham na gente, eles não vão porque a gente orienta, eles vão muito por exemplos que a gente dá.

B - DEVERIA PENSAR NA PRÓPRIA SAÚDE

Acho que não foi uma atitude muito boa, acho que ele deveria ter pensado, refletido que ele também tinha que parar de fumar e pensar na saúde dele, para não ocorrer nada futuramente, ele não ficar na cama de um hospital.

C – CONTRADITÓRIO: DIZ UMA COISA E FAZ OUTRA

Acaba numa questão de que a gente acaba sendo hipócrita, a gente fala para uma pessoa toda a orientação de que não pode fumar e acaba cometendo o mesmo erro. Você adota uma política "não faça, mas eu faço" aí não é legal.

D - NÃO DEVERIA RESPONDER DESSA MANEIRA AO PACIENTE E DEVERIA ASSUMIR SUA DIFICULDADE EM ABANDONAR O FUMO

Ele tinha que ter sido cauteloso no momento de explicar que ele tem o direito de fumar. Ele foi rude com a resposta e grosso. Teria outras saídas, teria outros meios de desviar, responder, de explicar. Ele podia ter sido um pouquinho mais gentil, e falar "eu faço isso, sei que faz mal, estou errado, e

eu podia de repente estar me tratando, mas é complicado, vício em qualquer nível é complicado para se tratar”, ele podia aproveitar esse momento também para abordar a informação.

E- DEVERIA SER MAIS DISCRETO E NÃO FUMAR NAS PROXIMIDADES DO HOSPITAL

Não é um comportamento correto porque ele está ali na frente do hospital, ele deveria pelo menos então ter mais pudor, ficar em outra área, não ficar ali na frente fumando. Querendo ou não é uma propaganda do cigarro também, eu acho errado, porque depois você vai estar atendendo cliente e você vai estar com cheiro de cigarro, mesmo que você passe perfume, escove o dente, o cheiro fica, não tem como, e quem não fuma sente o cheiro e isso é bem desagradável para o cliente estar sendo atendido pelo profissional sentindo esse cheiro.

Ele tinha que ter um comportamento mais discreto à respeito do vício que ele tem; ele pode sair, pode caminhar, escolher um lugar privado que não seja nas proximidades do hospital, porque certamente na frente do hospital além de um paciente, com certeza, mais perguntariam.

F - É LIVRE PARA FAZER O QUE QUISER

Ele foi sincero, ele falou a verdade, o comportamento dele não estava fazendo nada de errado, ele não estava fumando num lugar que não podia, e ele falou o que ele pensava para o paciente. A pessoa tem livre arbítrio para escolher o que ele quiser, independente da profissão, o trabalho dele não pode interferir na vida particular. Todos têm a sua vida, têm os seus costumes e hábitos, então assim, nós somos livres, temos direito, o cigarro é uma droga legalizada. Ele tem o direito de fumar, se ele tem vontade, por que não?

G- DEVERIA PARAR PORQUE CONHECE OS EFEITOS NEGATIVOS DO FUMO

Um pouco inadequado também, eu acho que por ele ser um profissional da saúde ele tem a consciência de que fumar faz mal a saúde, sabe dos riscos, sabe o quão prejudicial aquilo é.

H - O CIGARRO É, PARA ELE, UMA VÁLVULA DE ESCAPE

A gente sabe que é errado, que não é certo fumar e que traz malefícios e tudo mais, mas é uma questão de gosto, uma questão de opção. Tem muitos enfermeiros que optam por fumar mesmo sabendo dos malefícios e é um número muito grande porque é uma profissão muito estressante, é uma maneira de aliviar. Independente do lugar que esteja, eu acredito que o cigarro seja para ele tipo uma válvula de escape, tipo de problemas dentro de casa, problemas de serviço. Entra toda a parte emocional, às vezes a pessoa é muito ansiosa, muito nervosa. É uma maneira que eles tem, tem de escapar da fome, de ficar mais um tempo acordado, porque o cigarro alivia essa tensão.

I - O VÍCIO DIFICULTA O ABANDONO DO FUMO

Eu acredito que o vício acabou falando mais alto. É um vício, e vício é difícil de parar, e não é porque você trabalha na área de saúde que você não pode ter o seu vício; já tem o vício mesmo, não consegue controlar.

Nota-se que, embora o modo de se comunicar com o paciente tenha sido discutido pelos participantes da amostra brasileira, a categoria que apresentou maior amplitude e intensidade se referiu ao comportamento de fumar do profissional da saúde diante do local de trabalho: Categoria E “Deveria ser mais discreto e não fumar nas proximidades do hospital” (N=28; 30,4%). Essa representação mostra, de certo modo, uma concordância com o comportamento tabagista do profissional, mas uma importante crítica na escolha do local para sua realização. Os participantes parecem concordar

que profissionais da saúde mantenham o costume de fumar desde que não se deixem expor frente à sociedade e principalmente, diante de seus pacientes. Vale ressaltar o papel do profissional da saúde em relação ao tabagismo, descrito pelo Instituto Nacional do Câncer, que enfatiza a importância desses não fumar em ambientes de saúde, já que sua figura funciona como modelo (BRASIL, 1997, *apud* FUNCHAL, 2006).

- ESPANHA

Quadro 8. Distribuição de categorias apresentadas na segunda pergunta da Questão-caso 2, Espanha, 2014.

Questão-caso 2	Pergunta	Categoria	N
Un enfermero estaba fumando delante del hospital a la hora del descanso para el almuerzo, cuando entonces un paciente le preguntó por qué él, trabajando en un hospital, fumaba. El enfermero entonces respondió que aunque trabajase en el hospital tenía derecho a fumar.	¿Qué piensas sobre el comportamiento del enfermero?	A Debería dar ejemplo	19
		B Debería pensar en su salud	3
		C Contradictorio	5
		D No se debe contestar de esta manera al paciente y debería asumir su dificultad para dejar de fumar	9
		E Debería ser más discreto y no fumar cerca de hospital	15
		F Tiene libertad para hacer lo que quiera	29
		G Debería dejar de fumar porque conoce los riesgos	7
		H El cigarrillo es para él una salida	0
		I Adicción complica para dejar de fumar	0
		J No contesta	4

Figura 28. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-caso 2, Espanha, 2014.

A - DEBERÍA DAR EJEMPLO

Debería de actuar practicando con el ejemplo, no vale de nada decirle a un paciente que deje de fumar si este después te va a ver fumando, ya que no sería creíble. Pienso que da muy mal ejemplo a los pacientes o su cargo y que su eficacia a la hora de conseguir que sus pacientes dejen de fumar será menor. Además no predice con el ejemplo ya que el rol ejemplar es fundamental en la educación sanitaria. Debería dar ejemplo de hábitos saludables de salud.

B - DEBERÍA PENSAR EN SU SALUD

No debería fumar, porque no es buena para la salud, debería plantease el dejarlo para su salud.

C - CONTRADICTORIO

Me parece incoherente que un sanitario fume. Además se pueden recriminar otras cosas en un sanitario, no sólo si fuma, bebe, está obeso, etc. Aunque repito que si tiene los conocimientos, me parece incoherente.

D - NO SE DEBE CONTESTAR DE ESTA MANERA AL PACIENTE Y DEBERÍA ASUMIR SU DIFICULTAD PARA DEJAR DE FUMAR

El enfermero podría haber tenido otra contestación hacia el paciente con más educación. Pienso que fue muy descortés, muy desagradable. Aunque no tiene que dar explicaciones, no tiene por qué contestar así, debería de ser más simpático con su paciente, y no darle una respuesta tan brusca.

E - DEBERÍA SER MÁS DISCRETO Y NO FUMAR CERCA DEL HOSPITAL

Pienso que un enfermero debería de dejar de fumar en su lugar de trabajo o por lo menos se fuma que no sea en las proximidades del hospital y que no esté vestido con el uniforme. Si desea fumar, lo haga, pero no en un ambiente sanitario y/o en una zona donde puedan verte. No era el lugar más indicado.

F - TIENE LIBERTAD PARA HACER LO QUE QUIERA

Antes que personal sanitario es persona y me parece correcto ya que cada uno puede hacer con su vida lo que quiera y nadie tiene derecho a cuestionárselo ya que está a su hora libre y el fumar sólo le afecta a él. Estoy de acuerdo con el enfermero, ya que es libre de decidir sobre su vida, en su tiempo de descanso puede hacer lo que quiera. Es libre de fumar si quiere, puede morir por otras mil cosas, así que, que haga lo que quiera.

G - DEBERÍA DEJAR DE FUMAR PORQUE CONOCE LOS RIESGOS

No me parece bien que la gente fume. Y menos aún si se tienen conocimientos de lo que puede provocar el tabaco. Su formación como profesional sanitario le hace tener más conocimientos que el paciente. No entiendo como sabiendo todos los riesgos que supone fumar lo pueden seguir haciendo.

Entre os futuros profissionais da saúde na Espanha a categoria mais compartilhada nessa questão, como visto no Quadro 8 (ver página 164), foi a Categoria F “*Tiene libertad para hacer lo que quiera*”, apresentada no discurso de vinte e nove (29) participantes (31,8%). Ainda que as outras duas categorias com significativa amplitude e intensidade demonstrem uma crítica ao comportamento do profissional da saúde (Categoria A “*Debería dar ejemplo*” – N=19; 20,8%; e Categoria E “*Debería ser más discreto y no fumar cerca de hospital*” – N=15; 16,4%), na Categoria F é possível ver uma defesa ao comportamento de fumar do enfermeiro. De acordo com os participantes o profissional da saúde deve ser visto como um ser humano, assim como as demais pessoas, e tem a liberdade de escolher o que fazer de sua vida em seu horário de descanso, já que na história apresentada o enfermeiro não estava fumando no horário e local de trabalho.

5.3.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS APRESENTADAS NA PERGUNTA DE FINALIZAÇÃO

Finalmente, para concluir a entrevista e a coleta de dados, os participantes responderam uma última questão de fechamento. Nesta questão o intuito foi conhecer a percepção dos futuros profissionais da saúde como sujeitos de grande potencial influenciador em hábitos de saúde e estilos de vida.

Segundo Moscovici (2011), ao nomear algo, nós o libertamos de um anonimato perturbador, e incluímos em um complexo de palavras específicas que nos permitem localiza-lo em nossa cultura. Assim, espera-se que ao dar voz aos preconceitos e crenças presentes no cerne dessa pergunta o participante possibilite que seu papel, enquanto profissional da saúde e combatente do tabagismo, seja esclarecido e compreendido.

- BRASIL

Quadro 9. Distribuição de categorias apresentadas na pergunta de finalização, Brasil, 2013.

Pergunta	Categoria	N
Depois de ouvir estes dois casos, o que você pensa sobre profissionais da saúde que fumam?	A Deveriam dar exemplo	20
	B Contraditório: dizem uma coisa e fazem outra	12
	C Não deveriam fumar porque conhecem os efeitos do tabaco	10
	D Deveriam ser mais discretos e não fumar nas proximidades do hospital	13
	E São viciados	11
	F Provavelmente iniciaram o hábito quando jovens	6
	G Fumar é uma válvula de escape	6
	H São pessoas comuns e livres para fazerem suas escolhas, inclusive fumar	9
	I Deveriam pensar na própria saúde	4
	J Não respondeu	3

Figura 29. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da pergunta de finalização, Brasil, 2013.

A - DEVERIAM DAR EXEMPLO

Bom, por ser saúde eu acho que já não deveria fumar, sei que tem muitos que fumam, mas que todos deveriam motivar as pessoas a não fumarem e a se motivarem também. Penso que eles não pensam na profissão que eles estão, quando a gente escolhe uma profissão que vai lidar com pessoas, principalmente com a saúde das pessoas, a gente deve sim adequar a nossa vida a isso porque nós vamos ser espelho daquilo que nós fazemos, as vezes as atitudes ensinam mais do que palestras que a gente vai fazer.

Eu acho que os profissionais tinham que, realmente tentar dar um exemplo e se distanciar do cigarro. O exemplo arrasta multidões, para mim o profissional de saúde ele tem obrigação, eu acho, a obrigação de dar o exemplo do que ele prega. Eles deveriam dar exemplo, não é só de fumar também, tanto, qualquer outra coisa, beber, até na parte de alimentação também, eles deviam dar o exemplo.

O profissional da saúde acaba influenciando, se ele fuma acaba influenciando o paciente, se o meu médico, ou o meu dentista fuma eu também posso fumar, eu acho que é isso. Quando a gente quer mostrar para alguém o que é bom, tem que começar da gente.

As pessoas esperam uma atitude diferente do profissional de saúde, pensam que o profissional de saúde é o cara que mantém a vida saudável, faz as coisas direitinho, né, e eu acho que é um formador de opinião de certa forma o profissional de saúde, o cara vai lá e se depara com o cara fumando, um cara que é médico e fuma, acho que depõe contra. O funcionário da saúde ele tem que preservar a imagem dele mesmo em relação aos pacientes.

B – CONTRADITÓRIO: DIZEM UMA COISA E FAZEM OUTRA

Eu acho muito contraditório porque a gente tem que promover a saúde, e a gente fala de um jeito e faz outra coisa, faz de outro. É muito contraditório a gente falar que não tem que fumar, que tem que se alimentar bem, fazer atividade física, e normalmente a gente não faz tudo isso. Como no ditado "faça o que eu falo, mas não faça o que eu faço", eu acho totalmente errado,

se você prega uma coisa você tem que concordar com aquilo que você prega e seguir.

A gente não pode exigir e trabalhar em cima de uma coisa para os outros se a gente não faz, se a gente não está praticando. É você tentar argumentar uma situação para alguém que você está tentando recuperar, sendo que você mesmo faz o uso, que você amanhã ou depois pode estar no lugar do paciente. É controverso qualquer coisa referente a isso. É um oposto né, é um extremo de lá e um extremo de cá, a pessoa vai estar fumando e vai orientar a outra pessoa. É um tanto quanto incoerente da parte deles.

C - NÃO DEVERIAM FUMAR PORQUE CONHECEM OS EFEITOS DO TABACO

No geral é uma pena porque a gente passa assim a nossa graduação toda sabendo que faz mal, orientando que faz mal, e infelizmente existem profissionais que fumam. É difícil entender, mas é um absurdo, um absurdo a pessoa estudar, passar quatro, cinco anos estudando sobre saúde, sobre como melhorar a saúde, como resolver uma doença, medidas preventivas contra o câncer, principalmente, e fumar, fazer, ser usuário de um dos maiores causadores de câncer hoje em dia que é o cigarro, eu acho que é muito absurdo.

E assim, eu acho uma pena, eu fico com dó dos profissionais que fumam porque como a gente sabe é consequência para eles mesmos, ele sabe o mal que aquilo faz, mas do que uma pessoa de fora, que não tem conhecimento nenhum, porque você trabalhando na área da saúde você sabe tudo, você já sabe, você já é encaminhado, você assiste palestras, você tem aconselhamento de médicos, então você sabe que aquilo faz mal e porque que aquilo faz mal. Eles são as pessoas que mais tem informação, e se não param não é por falta de informação. Eu penso que é um pouco de burrice porque você tem tanto acesso a tanta informação e mesmo assim continua fumando.

D- DEVERIAM SER MAIS DISCRETOS E NÃO FUMAR NAS PROXIMIDADES DO HOSPITAL

Então, eu penso o seguinte, fumar não é errado, não é proibido, desde que se tenha respeito, o fumante ele tem que fumar num lugar de fumante e não no ambiente de trabalho.

Eu não vejo tantos problemas assim de fumar um profissional de saúde, desde que seja numa área permitida, na rua ou no fumódromo. Se a pessoa fuma ela tem que saber o horário de fumar, a hora e de tentar não entrar com cheiro de cigarro em locais que vai atender pacientes. Se for inevitável fumar, que seja num lugar muito bem reservado mesmo para não sujar a imagem do profissional da saúde, acho que a gente não deveria fumar, principalmente na frente de paciente. Tem que ter lugar certo para fumar né, e acredito que tem que ser proibido dentro das instituições de saúde sim.

Conheço, tenho colegas que fumam, não gosto porque saem para fumar, voltam para o setor exalando aquele cheiro horrível e se para mim já incomoda, imagina os pacientes que estão ali coitados, e ainda fica sentindo aquele cheiro, para mim já é ruim, imagina eles que estão ali.

E - SÃO VICIADOS

Bom, eu conheço vários profissionais da área da saúde que fumam, muitos deles falam que por mais de eles saberem os riscos que o cigarro traz para a saúde não conseguem parar de fumar, então eu acho que acaba sendo uma coisa normal, eu acho que tanto o profissional de saúde ou de outra área quando você tem um vício, acaba sendo um pouco difícil você largar esse vício, por mais que você conheça o risco ou você seja leigo no assunto.

A gente sabe que quando se tem um vício é difícil você parar, por mais que você queira. Todos dizem que é muito difícil de largar; tem gente que consegue e tem gente que não consegue né.

Eles entendem das patologias, eles sabem tudo, mas se fumam é algo mais forte que eles, não adianta a pessoa só ter o conhecimento, mas se não tiver a força interior para ajudar, conhecimento é bom, mas as vezes o nosso eu fala mais. É um vício e é difícil!

F - PROVAVELMENTE INICIARAM O HÁBITO QUANDO JÓVENS

É bem assim, antes de começar a trabalhar ele já era fumante, ele não começou a fumar no momento em que começou a trabalhar, ele já tinha isso antes, aí então acho que fica mais difícil para ele parar de fumar. Geralmente, a maioria das pessoas que fumam não começam com trinta anos, começam mais novo, na adolescência, o hábito vem antes de uma profissão, então é algo que você tem que pensar quando você começa a amadurecer um pouco mais no assunto.

É preciso mudar e eu acho que é uma questão cultural, não é? Com o tempo pode ser que a gente tenha profissionais da saúde menos fumantes, mas hoje ainda é muito comum a gente ver.

G - FUMAR É UMA VÁLVULA DE ESCAPE

Muitas pessoas da área da saúde acabam optando por fumar porque é uma profissão estressante, você fica estressado e aquilo acaba sendo uma válvula de escape. Já tive casos de ouvir aqui "ah é uma rotina muito estressante e ali que eu alivio meu estresse". Tem gente que pode preferir sair na rua gritando, tem gente que vai na psicóloga, desabafa e fica horas, chora, e tem gente que simplesmente fica quieto e fuma num canto, que acha que aquilo desestressa. É um meio de lidar com a ansiedade, porque lidar com público, lidar com a saúde é complicado, eu não posso usar droga, senão eu não tenho condições de trabalhar, eu não posso ir trabalhar alcoolizada senão eu posso matar alguém, posso me prejudicar, posso ir presa, então de certa forma relaxa, não sei como te dizer, entendeu, é isso.

H - SÃO PESSOAS COMUNS E LIVRES PARA FAZEREM SUAS ESCOLHAS, INCLUSIVE FUMAR

Isso é muito relativo porque o ideal seria, independente se é profissional ou não, parar de fumar, mas aí também vai do consentimento de cada um, cada um pensar melhor e ver o que é melhor para eles né, porque afinal não adianta a opinião dos outros né.

Eu acho que cada um pode fazer o que quiser, eles são livres, cada um assume o que quer. Eu não creio que seja um caminho de você determinar que o profissional de saúde deve fazer isso ou aquilo, são pessoas comuns que também tem problemas comuns; é um ser humano normal e tem o direito também. Eles sabem o que causa, e eles têm todo o direito de querer fumar ou não, depende deles.

I - DEVERIAM PENSAR NA PRÓPRIA SAÚDE

Se você trabalha com o cuidado de outras pessoas, acho que em primeiro lugar você tem que pensar na sua saúde, na sua prevenção.

Eu já escutei "não vai acontecer comigo", e eu acho que a questão é essa, de não se importar com isso achando que não vai causar tanto problema para ele.

Como já esperado, após analisar as respostas encontradas nos casos fictícios apresentados anteriormente, nessa pergunta a categoria que recebeu maior compartilhamento entre os participantes brasileiros foi a Categoria A “*Deveriam dar exemplo*” (N=20; 21,2%). A compreensão do profissional da saúde, seja ele de qualquer especialidade, como transmissor de um comportamento a ser “copiado” pelos pacientes e, portanto, necessariamente de um comportamento modelo (e saudável), se fez presente em todas as perguntas. Conforme afirmam Muñoz-Muñoz e colaboradores (2012), os profissionais da saúde não devem esquecer seu papel na luta contra o fumo, entendendo que sua tarefa não está baseada somente na intervenção terapêutica individual, mas também na tomada de consciência do coletivo social. Neste sentido, têm maior capacidade para influenciar positiva ou negativamente sobre a prevalência do tabagismo na população, exercendo assim suas funções de modelo de comportamento de hábitos saudáveis, educador quanto às consequências do tabagismo, e crítico social e de sensibilização da opinião pública, sem menosprezar sua

função terapêutica no apoio e tratamento dos dependentes do tabaco (BARREIRA; SAMPAIO GOMES; CUNHA, 2007).

Faz-se oportuno ainda, discutir a Categoria E “*São viciados*” que aparece com maior importância nessa questão, compartilhada por onze (11) participantes (11,7%). Ainda que na pergunta da Questão-Caso 1 em relação aos médicos mais antigos (ver Quadro 2, página 138) e na pergunta da Questão-caso 2 em relação ao comportamento do enfermeiro (ver Quadro 4, página 147) o vício tenha sido referido como fator complicador para o abandono do fumo, na questão de finalização esse fator ganha maior destaque. Como já abordado anteriormente, o uso de terminologias como “hábito” e “vício” são comumente utilizadas como sinônimos de dependência ao se referir ao fumo, entretanto “dependência” é o termo mais adequado para se referir aos dependentes quimicamente da nicotina e dos componentes encontrados no cigarro (AMB, 2013). Com a dependência o indivíduo perde a capacidade de decidir de forma livre e autônoma (AMB, 2013), assim, mesmo que muitos tentem reduzir ou eliminar o consumo do tabaco, eles recaem e voltam à níveis habituais de consumo após inúmeras tentativas (NERÍN; JANÉ, 2007).

- ESPAÑA

Quadro 10. Distribuição de categorias apresentadas na pergunta de finalização, Espanha, 2014.

Pergunta	Categoria	N
Después de oír estos dos casos, ¿qué piensas sobre el hecho de que los profesionales de la salud fumen?	A Deberían dar ejemplo	35
	B Contradictorio	9
	C No deberían fumar porque conocen los riesgos del tabaco	17
	D Deberían ser más discreto y no fumar cerca del hospital	8
	E Son adictos	0
	F Probablemente han iniciado el hábito aún jóvenes	0
	G Fumar es un escape	0
	H Son personas comunes y libres para hacer sus opciones, incluso fumar	22
	I Deberían pensar en su salud	4
	J No contesta	5

Figura 30. Distribuição da intensidade, segundo percentil, das categorias de resposta da pergunta de finalização, Espanha, 2014.

A - DEBERÍAN DAR EJEMPLO

Lo correcto sería que no fumasen ya que deben presentar una actitud correcta respecto a ciertos hábitos. Ellos son los primeros que deberían fomentar los hábitos de vida sana entre los pacientes y, entre ellos mismos. Deberían (deberíamos) predicar con el ejemplo y no fumar si queremos que nuestros pacientes sigan nuestros consejos.

Como sanitarios somos la referencia de vida saludable para la sociedad. Es un mal ejemplo porque las personas que no pertenecen al gremio nos ven como referentes a seguir y debemos pensar en nuestra responsabilidad en ese sentido. Si queremos que nos hagan caso, debemos dar ejemplo. Supone que las personas no sanitarias pongan en duda todos los consejos contra el tabaco de los sanitarios.

B - CONTRADICTORIO

Me parece contradictorio. Es una actitud errónea y que dificulta y contradice su labor como profesionales de la salud. Contradice lo que ellos proclaman y para lo que trabajan, pues promocionen hábitos totalmente contrarios a sus actos.

C - NO DEBERÍAN FUMAR PORQUE CONOCEN LOS RIESGOS DEL TABACO

Ya que en nuestras carreras estudiamos muchísimas enfermedades y vamos viendo como en casi todas influye el tabaco, es un acto más grave que una persona de otro campo.

Creo que los profesionales de la salud tienen mayor conocimiento sobre los posibles problemas relacionados con el tabaco y deberían tenerlos en cuenta antes de empezar a fumar. Si día a día trabajan para tratar las consecuencias que acarrea fumar, es de ser inteligente no fumar.

Con la cantidad de información que tenemos deberíamos estar más concienciados, pero lo mismo pasa a el alcohol y no está socialmente mal visto.

D - DEBERÍAN SER MÁS DISCRETOS Y NO FUMAR CERCA DEL HOSPITAL

Creo que no deberían fumar en el entorno hospitalero ni vestidas de uniforme, puesto que da mala imagen; al menos hacerlo muy alejados del entorno sanitario y evitar que se note. Podrían ser más discretas y tener más cuidado; en el olor y limpieza.

H - SON PERSONAS COMUNES Y LIBRES PARA HACER SUS OPCIONES, INCLUSO FUMAR

Me es totalmente indiferente. Cada uno es libre, somos un país libre, y el fumar no interrumpe sus derechos y obligaciones, además antes de ser profesionales son personas independientes. No tiene nada que ver su profesión con el hecho de fumar, su condición de sanitarios no lo inmuniza del hábito tabáquico. Me parece igual de mal que fumen unos que otros.

Cada uno tiene derecho a hacer lo que quiera, pero siempre dentro del respeto y no molestando a los demás. Sin embargo, todos hacemos cosas que no son beneficiosas para nuestra salud.

I - DEBERÍAN PENSAR EN SU SALUD

Creo que ponen en riesgo su salud. Algunos lo hacen sabiendo al riesgo al que se exponen, pero otros lo hacen porque no están convencidos de los perjuicios que conlleva para la salud.

Com grande número de compartilhamentos (N=35; 35%) a Categoria A “*Deberían dar ejemplo*”, destacou-se frente as demais categorias apresentadas pelos estudantes espanhóis. O mais curioso, ao se analisar esses resultados, é a contrariedade, já discutida em outros estudos, desses estudantes de cursos da área da saúde em relação ao papel modelo do profissional da saúde (HENRIQUEZ; CARVALHO, 2008). Apesar deles exigirem uma postura exemplar do profissional da saúde (que está na ativa), em outra pesquisa, realizada com estudantes de cursos da área da saúde

por Henriquez e Carvalho (2008), constatou-se que os estudantes que fumavam não estavam de acordo em serem exemplos de boa conduta. Pode-se inferir que esse desacordo seja apresentado em estudantes ao se realizar perguntas diretas, mas indiretamente suas representações não apontam para esse achado.

9.4 COMPARANDO O DESENHO TEMÁTICO E O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A partir da análise e discussão dos instrumentos separadamente, Desenho Temático e Discurso do Sujeito Coletivo, muitas similaridades foram passíveis de observação. Julgou-se relevante para o presente trabalho apresentar apenas algumas que ganharam maior destaque e semelhança representativa, associando, neste momento, aos Discursos do Sujeito Coletivo somente as produções do Desenho Temático já apresentadas anteriormente. Novamente as comparações foram realizadas segundo cada grupo amostral: 1. Brasil, 2. Espanha.

Através das comparações seguintes, fica fácil inferir, como afirmam Lefèvre e Lefèvre (2004), que as representações, apesar de manifestadas a individualmente, têm sempre uma produção social e são socialmente compartilhadas.

- Brasil

A análise dos dados revelou grande ênfase nos discursos apresentados pelos participantes da amostra brasileira, como já apresentado na discussão da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, em relação à algumas categorias. Como já esperado, tais categorias também foram

contempladas e representadas no Desenho Temático, mostrando assim a similitude nas representações sociais.

A representação dos profissionais como *“Exemplo de comportamento”* foi a mais compartilhada pelos participantes. Essa representação pode ser vista, com maior ou menor intensidade, nas respostas apresentadas em todas as perguntas (Questão-caso 1: pergunta 1 – Categoria B *“Deveria ser um exemplo”*; pergunta 2 – Categoria B *“Deveria ser um exemplo”*; Questão-caso 2: pergunta 1 – Categoria A *“O paciente vê o profissional da saúde como um exemplo”*; pergunta 2 – *“Deveria ser um exemplo”*; Finalização: Categoria A *“Deveriam dar exemplo”*). Tal representação pode ainda ser visualizada em produções gráfico-verbais como, por exemplo, na Figura 9 (ver página 114). Os estudantes do grupo brasileiro representam os profissionais da saúde na ativa como necessariamente modelos de comportamentos saudáveis a serem seguidos por eles e pela população em geral. Ainda que a similaridade representacional possa ser visualizada nos DSCs mencionados, a título de exemplo, abaixo encontra-se a produção verbal do referido Desenho Temático e em seguida o DSC apresentado à primeira pergunta da Questão-Caso 1.

Produção verbal do Desenho Temático do participante E027

“A professora de matemática, Sra. X, estava a fumar enquanto lecionava para seus alunos.

Zezinho olhava fixamente com admiração para professora, sem dar muita atenção a aula, viajando em seus pensamentos, sobre um modo de conseguir comprar uma carteira de cigarros para fumar na festa de seu bairro, “fazendo charme” para seus amigos e Joanita, garota cuja a qual Zezinho admirava desde o verão passado.”

DSC da primeira pergunta da Questão-caso 1:

Um médico residente optou por parar de fumar por que tinha acabado de ser contratado em um Hospital que é referência em tratamento de câncer. Amigos e colegas dele o apoiam nessa escolha, mas o médico após ver que os médicos mais antigos do hospital fumavam, não resistiu e voltou a fumar, afinal havia lugares privativos justamente para isso no hospital.

O que você pensa sobre o comportamento do médico residente?

Categoria B - DEVERIA SER UM EXEMPLO

Então, de início a escolha dele eu achei legal porque já que ele vai cuidar dessa área, então as pessoas têm que ver um espelho no profissional que está cuidando. Até porque ele ter acabado de ter saído do reforço da medicina, que é uma área mais específica que a gente tem um maior temor das doenças, eles deveriam dar o exemplo, até por causa de muita parte da população ainda seguir todos os conselhos que tem a ver com os médicos. Para a gente orientar uma pessoa a gente tem que ser o espelho para aquela pessoa, dar muito mais exemplo para os pacientes, para a sociedade, parando de fumar e incentivando as pessoas a pararem de fumar. Querendo ou não, a gente acaba sendo referência para as pessoas, por mais que a gente tente separar o profissional do pessoal. As pessoas observam, os pacientes observam; o profissional de saúde ele tem obrigação de dar o exemplo do que ele prega, o exemplo arrasta multidões!

A representação do ato de fumar e do cigarro como “Válvula de escape” também foi encontrada em categorias presentes na segunda pergunta da Questão-caso 2 (Categoria H “O cigarro é, para ele, uma válvula de escape”) e na pergunta de finalização (Categoria G “Fumar é uma válvula de escape”). A mesma representação pode ser vista nos Desenhos Temáticos da Figura 10 (participante E013 – ver página 115), Figura 11 (ver página 117) e Figura 12 (ver página 118). Para os participantes o tabagismo

nesses profissionais assume uma função secundária, trazendo aos fumantes sensações de conforto e prazer frente a momentos de estresse, problemas familiares e psicológicos, etc. É possível ver claramente, abaixo, na produção verbal do Desenho Temático do participante E013 e no DSC apresentado a pergunta de finalização.

Produção verbal do Desenho Temático do participante E013

“Homem da lei, fora da lei

Um juiz bem sucedido profissionalmente, porém com grandes problemas familiares, filho usuário de drogas, mulher com amante e mãe com câncer, se vê em uma situação de estresse constante com o trabalho.

Um homem cujo tem que fazer a lei prevalecer, se vê tão desesperado e estressado que não respeita as próprias leis do ambiente de trabalho, e tem como fuga dos problemas o cigarro, no qual fuma de 30 em 30 minutos, dentro do próprio ambiente de trabalho.”

DSC da pergunta de Finalização:

Depois de ouvir estes dois casos, o que você pensa sobre profissionais da saúde que fumam?

Categoria G - FUMAR É UMA VÁLVULA DE ESCAPE

Muitas pessoas da área da saúde acabam optando por fumar porque é uma profissão estressante, você fica estressado e aquilo acaba sendo uma válvula de escape. Já tive casos de ouvir aqui “ah é uma rotina muito estressante e ali que eu alivio meu estresse”. Tem gente que pode preferir sair na rua gritando, tem gente que vai na psicóloga, desabafa e fica horas, chora, e tem gente que simplesmente fica quieto e fuma num canto, que acha que aquilo desestressa. É um meio de lidar com a ansiedade, porque lidar com público, lidar com a saúde é complicado, eu não posso usar droga,

senão eu não tenho condições de trabalhar, eu não posso ir trabalhar alcoolizada senão eu posso matar alguém, posso me prejudicar, posso ir presa, então de certa forma relaxa, não sei como te dizer, entendeu, é isso.

Outra representação que, embora não tenha sido discutida nos Desenhos Temáticos nem na Análise do DSC, apresentada pelos participantes foi o “*Discurso contraditório*” dos dependentes do tabaco. Em relação aos profissionais da saúde, os participantes consideram que ao fumar estão contrariando conselhos e orientações transmitidas por eles à população em geral. Com maior ou menor intensidade, tal representação aparece em todas as perguntas, com exceção da primeira pergunta da Questão-Caso 2 que se refere ao questionamento do paciente. Em produções gráfico-verbais, como os Desenhos Temáticos das Figuras 10 e 11 (ver páginas 115 e 117) tal representação também é evidenciada. Abaixo é possível rever a produção verbal da Figura 10, já apresentada na comparação anterior, seguida do DSC apresentado à pergunta da Finalização. Vale atentar que embora se trate de profissões distintas, um juiz no Desenho Temático e profissionais da saúde no DSC, em ambos os casos a representação se refere à contradição entre a ação do personagem e seu discurso e função.

Produção verbal do Desenho Temático do participante E013

“Homem da lei, fora da lei

Um juiz bem sucedido profissionalmente, porém com grandes problemas familiares, filho usuário de drogas, mulher com amante e mãe com câncer, se vê em uma situação de estresse constante com o trabalho.

Um homem cujo tem que fazer a lei prevalecer, se vê tão desesperado e estressado que não respeita as próprias leis do ambiente de trabalho, e tem

como fuga dos problemas o cigarro, no qual fuma de 30 em 30 minutos, dentro do próprio ambiente de trabalho.”

DSC da pergunta de Finalização:

Depois de ouvir estes dois casos, o que você pensa sobre profissionais da saúde que fumam?

Categoria B – CONTRADITÓRIO: DIZEM UMA COISA E FAZEM OUTRA

Eu acho muito contraditório porque a gente tem que promover a saúde, e a gente fala de um jeito e faz outra coisa, faz de outro. É muito contraditório a gente falar que não tem que fumar, que tem que se alimentar bem, fazer atividade física, e normalmente a gente não faz tudo isso. Como no ditado "faça o que eu falo, mas não faça o que eu faço", eu acho totalmente errado, se você prega uma coisa você tem que concordar com aquilo que você prega e seguir.

A gente não pode exigir e trabalhar em cima de uma coisa para os outros se a gente não faz, se a gente não está praticando. É você tentar argumentar uma situação para alguém que você está tentando recuperar, sendo que você mesmo faz o uso, que você amanhã ou depois pode estar no lugar do paciente. É controverso qualquer coisa referente a isso. É um oposto né, é um extremo de lá e um extremo de cá, a pessoa vai estar fumando e vai orientar a outra pessoa. É um tanto quanto incoerente da parte deles.

Outras diferentes categorias apresentadas nos DSCs podem facilmente serem visualizadas nos Desenhos Temáticos, além de compartilhadas em diferentes perguntas para composição do DSC, como a Categoria I *“Deveriam pensar na própria saúde”* (da pergunta de Finalização – ver página 173) e a Categoria G *“É errado fumar no ambiente hospitalar”* (das perguntas da Questão-caso 1 – ver páginas 136 e 145), identificadas nas Figuras 13 e 8 (ver páginas 120 e 112), respectivamente; e a Categoria

C “*Não deveriam fumar porque conhecem os efeitos do tabaco*” (encontrada na pergunta de Finalização e também em todas as demais perguntas), identificada na Figura 14 (ver página 122). Entretanto essas e outras comparações em relação ao grupo de futuros profissionais da saúde no Brasil não serão realizadas no presente trabalho por se considerar exaustivas e já identificadas pelo leitor ao longo das análises.

- Espanha

Também no grupo de participantes da amostra espanhola, a análise dos dados revelou grande ênfase nos discursos em relação à algumas categorias, contempladas e representadas também nos Desenhos Temáticos realizados pelos mesmos participantes.

A similitude das representações sociais pode ser vista principalmente na representação compartilhada com maior intensidade entre os estudantes espanhóis, a dos profissionais como “*Exemplos de comportamento*”. Essa representação pode ser visualizada na Figura 17 (ver página 126) e em categorias apresentadas à todas as perguntas realizadas para composição dos DSCs. Destaca-se abaixo o DSC apresentado a pergunta de finalização junto à produção verbal do participante EM31 em seu Desenho Temático.

Produção verbal do Desenho Temático do participante EM31

“El cirujano que no podia dejar de fumar, incluso en el quirófano, mientras operaba. Su obsesión por el tabaco y su vicio le impedía darse cuenta del daño que hacía a sus pacientes.

Fumaba y fumaba sin parar. Cuando pasaba consulta a los pacientes con cancer de pulmón, él les aconsejaba que abandonase el hábito.

¿Les hacían caso los pacientes? Este médico no enseñaba con su ejemplo.”

DSC da pergunta de Finalização:

Después de oír estos dos casos, ¿qué piensas sobre el hecho de que los profesionales de la salud fumen?

A - DEBERÍAN DAR EJEMPLO

Lo correcto sería que no fumasen ya que deben presentar una actitud correcta respecto a ciertos hábitos. Ellos son los primeros que deberían fomentar los hábitos de vida sana entre los pacientes y, entre ellos mismos. Deberían (deberíamos) predicar con el ejemplo y no fumar si queremos que nuestros pacientes sigan nuestros consejos.

Como sanitarios somos la referencia de vida saludable para la sociedad. Es un mal ejemplo porque las personas que no pertenecen al gremio nos ven como referentes a seguir y debemos pensar en nuestra responsabilidad en ese sentido. Si queremos que nos hagan caso, debemos dar ejemplo. Supone que las personas no sanitarias pongan en duda todos los consejos contra el tabaco de los sanitarios.

Outras duas representações merecem destaque aqui, e podem facilmente serem visualizadas na produção verbal apresentada anteriormente (do participante EM31): Categoria D “*La adicción dificulta el abandono del fumo*”, compartilhada por cinco (5) participantes na primeira pergunta da Questão-caso 1; e “*No deberían fumar porque conocen los riesgos del tabaco*”, compartilhada em todas as perguntas, com exceção da primeira pergunta da Questão-caso 2 que se referia a atitude do paciente. Em relação a “*Adicción*”, descrita no Desenho Temático como “*Su obsesión por el tabaco*”, deve-se considerar que os profissionais da saúde não estão ilesos a dependência do tabaco (MIRRA; ROSEMBERG, 1997). Além disso, o dependente do tabaco perde o controle sobre o consumo e pode, até mesmo, apresentar sintomas de abstinência, como ansiedade, irritabilidade,

insônia e aumento do apetite, caso não fume (NERÍN; JANÉ, 2007). Faz-se relevante rever o DSC apresentado pelo grupo na primeira pergunta da Questão-caso 1:

DSC da primeira pergunta da Questão-caso 1:

Un médico residente optó por dejar de fumar porque había acabado de ser contratado en un hospital que es referencia en el tratamiento contra el cáncer. Amigos y colegas suyos lo apoyan en esa opción, pero el médico, después de ver que los médicos más antiguos del hospital fumaban, no se resistió y volvió a fumar. Al fin y al cabo había lugares reservados justamente para eso en el hospital.

¿Qué piensas sobre el comportamiento del médico residente?

Categoria D - LA ADICCIÓN DIFICULTA EL ABANDONO

Fumar es una dependencia, después que se ha dejado muchas veces se empieza otra vez.

Pensaría de él como de cualquier persona que fume, que deje de fumar y vuelva a fumar. Da igual que sea médico o no, porque los vicios enganchan a todo el mundo por igual. Había dado un gran paso dejando de fumar y ha caído en la tentación.

Também sabe-se que apenas o conhecimento dos malefícios do fumo sobre a saúde não é suficiente para seu abandono (MENEZES *et al*, 1994). Os participantes da Espanha mencionaram tal representação, com maior ou menor intensidade, nas respostas a quase todas as perguntas, com destaque ao DSC da pergunta de finalização em que essa representação foi compartilhada por dezessete (17) participantes (17%):

DSC da pergunta de Finalização:

Después de oír estos dos casos, ¿qué piensas sobre el hecho de que los profesionales de la salud fumen?

Categoria C - NO DEBERÍAN FUMAR PORQUE CONOCEN LOS RIESGOS DEL TABACO

Ya que en nuestras carreras estudiamos muchísimas enfermedades y vamos viendo como en casi todas influye el tabaco, es un acto más grave que una persona de otro campo.

Creo que los profesionales de la salud tienen mayor conocimiento sobre los posibles problemas relacionados con el tabaco y deberían tenerlos en cuenta antes de empezar a fumar. Si día a día trabajan para tratar las consecuencias que acarrea fumar, es de ser inteligente no fumar.

Con la cantidad de información que tenemos deberíamos estar más concienciados, pero lo mismo pasa a el alcohol y no está socialmente mal visto.

A menção a liberdade, ao livre arbítrio, também se mostrou muito presente nas representações dos participantes espanhóis, tendo sido apresentada em todas as perguntas e até mesmo como a representação mais compartilhada na segunda pergunta da Questão-caso 2. Pode-se inferir que os participantes concordam que o intenso controle social e encorajamento de estilos de vida saudáveis podem prejudicar a liberdade individual (SPINK, 2010). Abaixo é possível rever a produção verbal da Figura 20 (ver página 131) seguida do DSC apresentado na Categoria F “*Tiene libertad para hacer lo que quiera*” da segunda pergunta da Questão-caso 2:

Produção verbal do Desenho Temático do participante EF51

“Este tío está fumando en su farmacia. Su negocio, sus normas.

FIN”

DSC da segunda pergunta da Questão-caso 2

Un enfermero estaba fumando delante del hospital a la hora del descanso para el almuerzo, cuando entonces un paciente le preguntó por qué él, trabajando en un hospital, fumaba. El enfermero entonces respondió que aunque trabajase en el hospital tenía derecho a fumar.

¿Qué piensas sobre el comportamiento del enfermero?

Categoria F - TIENE LIBERTAD PARA HACER LO QUE QUIERA

Antes que personal sanitario es persona y me parece correcto ya que cada uno puede hacer con su vida lo que quiera y nadie tiene derecho a cuestionárselo ya que está a su hora libre y el fumar sólo le afecta a él. Estoy de acuerdo con el enfermero, ya que es libre de decidir sobre su vida, en su tiempo de descanso puede hacer lo que quiera. Es libre de fumar si quiere, puede morir por otras mil cosas, así que, que haga lo que quiera.

Assim como se fez na análise comparativa da amostra brasileira, outras comparações em relação ao grupo de futuros profissionais da saúde na Espanha também não serão apresentadas neste trabalho por se considerar exaustivas e já identificadas pelo leitor ao longo das análises.

5.5 COMPARANDO REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FUTUROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO BRASIL E DA ESPANHA

A oportunidade de se discutir grupos amostrais de dois (2) diferentes países, Brasil e Espanha, possibilitou identificar os compartilhamentos de representações sociais distintas, que, de acordo com Jodelet (2001), resultam na afirmação do vínculo social em diferentes grupos sociais. Deve-se ressaltar neste momento que as crenças culturais e pessoais à cerca das drogas e substâncias psicoativas variam de uma sociedade para outra, ou seja, de um grupo social para outro (CAVALCANTE, 2001). Entretanto, não se pode desconsiderar que os dois (2) grupos aqui analisados apresentam importantes similaridades em suas características enquanto grupos: tratam-se de jovens, estudantes de cursos da área da saúde, prestes a concluírem seus cursos e iniciarem no mercado de trabalho como profissionais da saúde; nesta direção, ainda que pertencentes de culturas diversas, manifestam uma interação entre as construções culturais da 'realidade médica' circundante nos meios acadêmicos e científicos (CAVALCANTE, 2001). Assim sendo, é importante considerar que as representações não são homogêneas e nem partilhadas igualmente por toda a sociedade (OGATA; PEDRINO, 2004), mas no presente estudo algumas apareceram de maneira dominante, em detrimento de outras, que se mostraram secundárias.

Optou-se novamente aqui por separar tal análise e discussão a partir dos resultados encontrados em cada instrumento.

5.5.1 Comparando as Representações Sociais de Brasil e Espanha a partir dos Desenhos Temáticos

Nos Desenhos Temáticos há destaque, tanto no grupo de participantes do Brasil como da Espanha, para a escolha por profissionais da saúde das carreiras que os mesmos exercerão futuramente, refletindo uma

importante identificação dos participantes com suas futuras profissões. Entre os estudantes brasileiros 36,8% (N=28) desenharam profissionais da saúde em geral (médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e outros), enquanto essa representação foi ainda maior entre os estudantes espanhóis, com 41,3% (N=36).

Em onze (11) produções gráfico-verbais brasileiras e treze (13) espanholas é possível encontrar menção a proibição do fumo nos locais em que os personagens se encontram. Atualmente, as legislações de proibição do fumo que vigoram nos países investigados, proíbem principalmente fumar em locais fechados. No Brasil merece destaque a Lei 12.546, ratificada em 2011 (BRASIL, 2011 *apud* BASSÔA DOS SANTOS, 2013) e na Espanha a Lei nº 42/2010, que está em vigor desde janeiro de 2011 (ROMERO *et al*, 2012). Apesar das críticas apresentadas nessas produções, a maioria dos participantes, de ambos os grupos, descreveram o personagem do Desenho Temático fumando dentro do local de trabalho (58 participantes do Brasil e 57 da Espanha).

O comportamento de fumar é entendido como uma dependência química em cinco (5) produções brasileiras e quatro (4) produções espanholas. Não se pode desconsiderar a classificação da OMS, que a partir de 1997 reconhece o tabagismo como uma dependência química (MEDEIROS, 2010). Os grupos amostrais, ademais, compartilham das construções culturais que circulam formalmente nos meios acadêmicos e científicos (CAVALCANTE, 2001), e, portanto, não poderiam deixar de apresentar tal representação social.

A motivação para o comportamento de fumar, associando-o ao relaxamento e ao prazer, pôde ser visualizada em nove (9) produções gráfico-verbais na amostra brasileira e em vinte e quatro (24) na amostra espanhola. Esse destaque a valores alternativos, dado ao comportamento de fumar, sempre foram estratégias utilizadas na publicidade das indústrias tabageiras (RODRIGO, 2007). Além disso, sabe-se que a nicotina produz efeitos estimulantes (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004), que

historicamente já foram enfatizados afirmando-o como provedor de conforto e sensações prazerosas (BASSÔA DOS SANTOS, 2013).

5.5.2 Comparando as Representações Sociais de Brasil e Espanha a partir dos Discursos do Sujeito Coletivo

Nesta subseção optou-se por apresentar a força/intensidade de algumas representações encontradas dos DSCs nos diferentes grupos amostrais, de modo a permitir uma reflexão sobre tal similaridade já referida. Apesar de uma diferença percentual entre os grupos, nota-se que em todas as categorias as representações mais compartilhadas são semelhantes. Neste sentido, deve-se considerar que, conforme Freud ([1921] 1996), nos grupos as ideias mais contraditórias podem existir lado a lado e tolerar-se mutuamente, sem que nenhum conflito surja da contradição lógica entre elas.

Na Questão-caso 1: *Um médico residente optou por parar de fumar por que tinha acabado de ser contratado em um Hospital que é referência em tratamento de câncer. Amigos e colegas dele o apoiam nessa escolha, mas o médico após ver que os médicos mais antigos do hospital fumavam, não resistiu e voltou a fumar, afinal havia lugares privativos justamente para isso no hospital.* Em relação à primeira pergunta: *O que você pensa sobre o comportamento do médico residente?* As três (3) categorias mais compartilhadas, demonstram que não há nenhuma diferença entre os dois (2) grupos, de estudantes brasileiros e de estudantes espanhóis, ainda que haja diferença percentual entre os compartilhamentos. Com uma diferença de aproximadamente 1%, nos dois grupos a influência do meio no comportamento do médico residente é enfatizada.

Quadro 11. Distribuição percentual, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-caso 1, segundo grupo amostral. Brasil e Espanha, 2013-2014.

Categoria	% (Brasil)	% (Espanha)
C O meio influencia	38,71	37,86
B Deveria ser um exemplo	18,28	21,36
A Deveria pensar na própria saúde	10,75	9,71

Já em relação à segunda pergunta da Questão-caso 1: *E o que você pensa do comportamento dos médicos mais antigos?* Pode-se notar uma diferença na segunda e terceira categoria mais compartilhada por cada grupo, ainda que a Categoria B “*Deveria ser um exemplo*” tenha sido a mais compartilhada em ambos os grupos. O grupo brasileiro enfatiza em segundo lugar a mudança de paradigma, de representação do tabagismo, transformado progressivamente de um comportamento positivo a um comportamento indesejável (MEDEIROS, 2010), deixando em terceiro lugar (empatada com a Categoria D “*O vício dificulta o abandono do fumo*”) a Categoria H “*Cada um é livre para fazer suas escolhas*”, compartilhada em segundo lugar pelo grupo espanhol. Nota-se que para a amostra espanhola a liberdade dos profissionais da saúde em fazerem suas próprias escolhas ganha maior destaque, com uma diferença percentual de mais 8% com o grupo brasileiro. Como discutido anteriormente, para Spink (2010) é necessário refletir criticamente sobre os efeitos secundários das campanhas voltadas ao encorajamento de estilos de vida saudáveis que, às vezes, se revestem de conotações moralistas levando à discriminação daqueles que, por razões variadas, não os adotam, e conseqüentemente não considerando o livre-arbítrio de cada um. Esse intenso controle social pode prejudicar a liberdade individual.

Quadro 12. Distribuição percentual, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-caso 1, segundo grupo amostral. Brasil e Espanha, 2013-2014.

Categoria	% (Brasil)	% (Espanha)
B Deveria ser um exemplo	26,51	29,03
C Antigamente fumar era um comportamento socialmente aceito e hoje eles encontram dificuldade para se adaptarem	16,87	12,9
H Cada um é livre para fazer suas escolhas	12,05	20,43
D O vício dificulta o abandono do fumo	12,05	5,38

Na Questão-caso 2: *Um enfermeiro estava fumando em frente ao hospital na hora do almoço quando um paciente então lhe perguntou por que ele trabalhando num hospital mesmo assim ele fumava. O enfermeiro então respondeu que embora trabalhasse no hospital tinha o direito de fumar.* Em relação à primeira pergunta: *O que você pensa sobre a atitude do paciente em questionar o enfermeiro?* A diferença percentual entre as categorias mais compartilhadas é maior, entretanto a representação do profissional da saúde como um exemplo, dessa vez na visão dos pacientes, novamente é a mais compartilhada em ambos os grupos. A segunda categoria apresentada pelo grupo brasileiro, Categoria F *“Cada um tem o direito de fazer o que quiser de sua vida, inclusive fumar”*, aparece praticamente empatada no grupo espanhol com a Categoria D *“O paciente não deveria intrometer-se na vida privada do profissional da saúde”*. Pode-se inferir que as duas categorias empatadas em segundo lugar no grupo espanhol apresentam significativa aproximação representacional, pois em ambas a representação do profissional da saúde enquanto um indivíduo comum que tem liberdade de fazer suas escolhas e por isso não deve ser questionado pelo paciente se faz presente. Entretanto, não se deve esquecer que o tabagismo precisa ser considerado um fenômeno cultural, psicológico, e biológico; e sob essa ótica, não deve ser visto meramente como resultado de escolhas individuais e

necessariamente racionais, mas sim como um fenômeno sócio cultural (CAVALCANTE, 2001).

Quadro 13. Distribuição percentual, das categorias de resposta da primeira pergunta da Questão-caso 2, segundo grupo amostral. Brasil e Espanha, 2013-2014.

Categoria	% (Brasil)	% (Espanha)
A O paciente vê o profissional da saúde como um exemplo	35,71	20,43
F Cada um tem o direito de fazer o quer quiser da sua vida, inclusive fumar	23,81	17,2
D O paciente não deveria intrometer-se na vida privada do profissional da saúde	4,76	18,28

Já em relação à segunda pergunta da Questão-caso 2: *E o que você pensa do comportamento do enfermeiro?* Embora as três (3) categorias com maior intensidade tenham sido as mesmas, há uma inversão no número de compartilhamentos em cada grupo. Entre os futuros profissionais da saúde do Brasil a Categoria E *“Deveria ser mais discreto e não fumar nas proximidades do hospital”* foi a mais compartilhada, enquanto no grupo da Espanha essa categoria ficou em terceiro lugar entre as representações apresentadas pelo grupo. No grupo de futuros profissionais da saúde da Espanha a Categoria F *“É livre para fazer o que quiser”* foi a mais compartilhada, tendo no Brasil ficado em segundo lugar, praticamente empatada com a Categoria A *“Deveria ser um exemplo”*. Como já dito anteriormente, em determinadas situações algumas representações se destacam em detrimento de outras (OGATA; PEDRINO, 2004), além disso algumas são transmitidas de gerações em gerações, e outras têm uma curta duração (FRAGA, 2008), não sendo elas partilhadas igualmente por todos os grupos sociais (OGATA; PEDRINO, 2004). Portanto, há de se considerar que, as representações sociais são resultado de sucessivas gerações,

impostas sobre todos e produto de uma sequência de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo (MOSCOVICI, 2011)

Quadro 14. Distribuição percentual, das categorias de resposta da segunda pergunta da Questão-caso 2, segundo grupo amostral. Brasil e Espanha, 2013-2014.

Categoria		% (Brasil)	% (Espanha)
E Deveria ser mais discreto e não fumar nas proximidades do hospital		30,43	16,48
F É livre para fazer o que quiser		19,57	31,87
A Deveria ser um exemplo		18,48	20,88

Finalmente, em relação à pergunta de finalização: *Depois de ouvir estes dois casos, o que você pensa sobre profissionais da saúde que fumam?* Pode-se observar novamente uma similitude em relação à categoria mais vezes compartilhada, a Categoria A “*Deveriam dar exemplo*”. No entanto, as demais categorias ganham diferente intensidade em cada grupo, concentrando no grupo espanhol principalmente as representações – um tanto quanto antagônicas – em que compreende os profissionais da saúde como “*Pessoas comuns e livres para fazerem suas escolhas, inclusive fumar*” (Categoria H) e que “*Não deveriam fumar porque conhecem os efeitos do tabaco*” (Categoria C). Já entre o grupo brasileiro essas categorias se apresentam em percentuais próximos as Categorias B e D (“*Contraditório: dizem uma coisa e fazem outra*” e “*Deveriam ser mais discretos e não fumar nas proximidades do hospital*”).

Quadro 15. Distribuição percentual, das categorias de resposta da pergunta de Finalização, segundo grupo amostral. Brasil e Espanha, 2013-2014.

Categoria	% (Brasil)	% (Espanha)
A Deveriam dar exemplo	21,28	35
B Contraditório: dizem uma coisa e fazem outra	12,77	9
C Não deveriam fumar porque conhecem os efeitos do tabaco	10,64	17
D Deveriam ser mais discretos e não fumar nas proximidades do hospital	13,83	8
H São pessoas comuns e livres para fazerem suas escolhas, inclusive fumar	9,57	22

Portanto, foi possível encontrar importantes aproximações em relação às representações sociais do tabagismo em futuros profissionais da saúde do Brasil e da Espanha, corroborando para o entendimento de Freud (1927 *apud* KAËS, 2001) que se refere às ideias como patrimônio da civilização, que as recebe, transmite e multiplica. Assim, a dimensão social do conhecimento do senso comum pode ser visualizada intervindo através do contexto concreto social, por meio dessa comunicação estabelecida entre os membros do grupo (AIELLO-VAISBERG, 1999).

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

*É em vão que se vagueia de ciência em ciência:
cada um aprende somente aquilo que pode aprender
(GOETHE, Fausto, parte I, cena 4 apud FREUD, 1996, p.17).*

Antes de encerrar o trabalho, algumas limitações encontradas durante o percurso devem ser elencadas.

Não diferente dos demais estudos qualitativos, o presente trabalho possui limitações comuns de uma pesquisa qualitativa. Os resultados não podem ser generalizados, como em estudos epidemiológicos, tratando-se de uma amostra intencional e não probabilística. Além disso, há grande probabilidade de viés do pesquisador, que pode comprometer a validade do estudo, uma vez que por abordar a subjetividade do sujeito, a pesquisa qualitativa pode permitir que a análise do observador esteja impregnada de seus pré-conceitos, ainda que se tenha buscado a neutralidade como um propósito nesse estudo.

Somados às limitações comuns de uma pesquisa qualitativa deve-se considerar ainda, a não participação de todos os pertencentes da amostra em ambos os instrumentos de coleta de dados. Uma vez que a coleta era realizada em dois momentos, tanto no Brasil como na Espanha, muitos estudantes não participaram do segundo momento, onde se realizava a entrevista para análise do Discurso do Sujeito Coletivo, embora já tivessem consentido a participação na pesquisa e estivessem cientes de todo o processo. Sendo assim foi necessário excluir do estudo aqueles que não completaram a participação nos dois instrumentos propostos. Vale destacar que outros estudos com aqueles que participaram da execução do Desenho Temático podem e devem ser feitos em um futuro próximo.

Por se tratar de um estudo realizado com futuros profissionais da saúde, sendo eles apenas estudantes em fase de conclusão de seus cursos de graduação em medicina, enfermagem, odontologia e farmácia, deve-se considerar também como limitação o universo dos participantes do estudo. Outros cursos da área da saúde, tais como: psicologia, fisioterapia, nutrição, entre outros, poderiam também ser vistos com potencial para interferir na formação de futuros formadores de opinião e modelos de comportamento referentes à saúde e estilos de vida.

A coleta foi realizada de maneira diferente em cada país, no que se refere às perguntas para a análise do Discurso do Sujeito Coletivo. As entrevistas na Espanha foram realizadas por meio do *software QLQT online*, que embora tenha se mostrado um excelente auxiliar para outras pesquisas qualitativas à distância, sabe-se que o relato por escrito não ganha a mesma dimensão do discurso falado, muitas vezes as explicações se reduzem.

Além disso, apenas se questionou sobre o fumo do cigarro de tabaco, não levando em consideração outras formas de uso do tabaco, ou o cigarro eletrônico, que na Espanha vem se expandindo em grande escala.

A limitação do tempo para finalização do estudo após a realização de toda a coleta de dados se mostrou o maior impedimento para a conclusão da análise, sendo necessária a exclusão da coleta realizada também com estudantes ingressantes dos mesmos cursos de saúde. A análise desses possibilitaria uma comparação entre aqueles que estão iniciando o curso e pouco conhecimento possuem sobre os malefícios do tabaco e dos que já estão prestes a adentrar no mercado profissional como um profissional da saúde e, portanto, devem ter um conhecimento mais amplo a esse respeito.

Por último, independente da técnica, dos instrumentos, ou do método escolhido para o estudo, sempre haverá limitações. Finalmente, como já referido nas primeiras páginas do presente trabalho, considera-se que a própria escolha do objeto de estudo de pesquisa requer um recorte limitador a investigação. O primordial é que essa escolha esteja apoiada nos princípios ideológicos e teóricos do pesquisador sobre a natureza do fenômeno de estudo e sua análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*... se, pois, nós procuramos uma resposta ao eterno “porquê?”,
isso não se deve à força da informação que nós recebemos,
mas porque nós estamos convencidos de que cada ser e
cada objeto no mundo é diferente da maneira como se apresenta.
O objetivo último da ciência é eliminar esse “porquê”,
embora as representações sociais tenham grande dificuldade
de fazê-lo sem ele (MOSCOVICI, 2011, p. 79).*

Esta tese estudou as representações sociais do tabagismo entre estudantes de cursos da área da saúde, considerados futuros profissionais da saúde. Considera-se que os objetivos traçados no início da investigação foram amplamente contemplados e os resultados apontados no estudo proporcionaram satisfatória discussão a respeito das representações sociais do grupo em questão.

A rica oportunidade de se discutir grupos amostrais de dois (2) diferentes países, Brasil e Espanha, possibilitou verificar as semelhanças e diferenças no compartilhamento de uma ideia ou uma linguagem, o que resulta na afirmação do vínculo social em diferentes grupos sociais (JODELET, 2001). Além do mais, segundo Freud ([1921] 1996), nos grupos as ideias mais contraditórias podem existir lado a lado e tolerar-se mutuamente, sem que nenhum conflito surja da contradição lógica entre elas. No entanto, deve-se dar destaque a inexistência de diferenças significativas entre as representações dos estudantes do Brasil e da Espanha. De modo geral, a representação social predominante dos futuros profissionais da saúde do Brasil e da Espanha sobre o tabagismo se refere ao papel do profissional da saúde como modelo de comportamento e hábitos saudáveis de vida, principalmente no que se refere ao tabagismo. Para os participantes do estudo considera-se que esses profissionais, são responsáveis pela atenção primária à saúde e a educação para as questões relacionadas com o tabaco, além de identificados pela população como

modelos de referência. Esse resultado vem corroborar com a advertência da OMS (SILVA, 2012) de que os profissionais de saúde têm papel fundamental a desempenhar no controle do tabaco e tratamento da dependência do tabaco, incluindo o comportamento modelo para o restante da população, principalmente no que se refere a comportamentos saudáveis e particularmente em relação ao tabaco;

A identificação das representações sociais do tabagismo dos estudantes de cursos da saúde permitiu reconhecer as importantes modificações das representações sociais: fumar já não é mais visto como um comportamento elegante e charmoso. Os participantes apresentaram diversas críticas ao comportamento de fumar, especialmente no que se refere ao comportamento de profissionais da saúde, como foi possível ver claramente nos Discursos do Sujeito Coletivo e também nas produções verbais do Desenho Temático. Os resultados permitiram a visualização e compreensão dos eventuais efeitos de modificações de práticas sociais sobre o conteúdo representacional. Como afirma Aiello-Vaisberg (1999), as pesquisas, em conjunto, permitem o apontamento consistente de modificações de práticas, e mesmo quando impostas, vem progressivamente alterar a visão de mundo de diferentes grupos sociais.

Além disso, os resultados mostraram que o fumar envolve uma gama de sensações para os fumantes que vai além de dados estatísticos, e mais ainda das informações dos malefícios causados pelo tabaco. Os estudantes demonstraram conhecimento dos malefícios oriundos do tabagismo, mas apresentaram também justificativas para o comportamento, na maioria das vezes, explicado em termos emocionais e subjetivos. Não se deve desconsiderar tais achados na hora de se elaborar políticas públicas ou qualquer ação de combate ao fumo.

As informações resultantes do estudo somam-se ao conhecimento existente na temática, e permitem contribuir no planejamento de programas de educação em saúde principalmente para grupos universitários e de estudantes da área da saúde. Deste modo, entende-se que os estudantes e futuros profissionais da saúde devem participar ativamente do processo,

aproximando suas representações, crenças e visões do processo saúde/doença aos programas de combate ao fumo. Ou, como lembra Cavalcante (2001), deve-se considerar que os sentidos que as nossas ações tomam são determinados pela direção das nossas emoções, sendo necessária a reflexão e possíveis mudanças de posturas preconceituosas desses futuros profissionais de saúde frente ao indivíduo que fuma.

Outros estudos poderiam ser realizados utilizando os dados já coletados na investigação, o que proporcionaria novas discussões e reflexões. Entre eles algumas sugestões seriam: a análise do discurso das histórias descritas nos Desenhos Temáticos, as análises dos instrumentos por categoria profissional, e uma comparação minuciosa dos resultados encontrados nos dois instrumentos utilizados na coleta de dados adotando, talvez, uma mesma categorização. Ademais, seria válida uma comparação desses estudantes que estão concluindo os cursos da área da saúde com aqueles que estão no início dos referidos cursos – os dados desse segundo grupo amostral embora já coletados não fizeram parte da amostra do presente estudo. Também acredita-se que estudos com profissionais da saúde na ativa propiciariam ricas discussões.

Considera-se que gerar evidências científicas é um dos melhores procedimentos para mostrar a necessidade de mudanças nas políticas públicas. Ao longo do trabalho foi possível visualizar, paulatinamente, a importância de priorizar programas ou atividades de controle do tabagismo no grupo de futuros profissionais da saúde. Os centros sanitários e as instituições de ensino da área da saúde devem oferecer oportunidades e recursos desde o ponto de vista da prevenção e atenção ao tabagismo.

Esse estudo está longe de ser exaustivo. Outros estudos precisam e devem abranger a temática do tabagismo entre futuros profissionais da saúde e também entre outros grupos sociais, enriquecendo assim a compreensão contextual e impulsionando políticas públicas de saúde com uma sólida fundamentação.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. *et al. Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

ADORNO, R. C. F.; CASTRO, A. L. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.3, n.2, pp. 172-85, 1994.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 6, n. 2, 1995. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771995000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2014.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Investigação de representações sociais. In: TRINCA, W. *Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias*. São Paulo: Vetor, 1997. pp. 255-288.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Encontro com a Loucura: Transicionalidade e Ensino de Psicopatologia* [Tese de Livre Docência] Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: São Paulo, 1999. 343f

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. Imaginários coletivos como mundos transicionais. In: Aiello-Vaisberg, T. M. J.; Ambrosio, F. F. (Ed.), *Cadernos Ser e Fazer: imaginários coletivos como mundos transicionais* (pp. 5-8). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006.

ÁLVARO, J. L. Representaciones sociales. In: REYES, R. (Dir): *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*, Pub. Electrónica, Universidad Complutense, Madrid, 2002. Disponível em: <<http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>>. Acesso em: 31 jan. 2014.

[AMB] ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Evidências científicas sobre o tabagismo para subsídio ao Poder Judiciário. AMB, 2013. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf>> Acesso em: 10 mar 2014.

ANDRADE, A. P. A. *et al.* Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. *J Bras Pneumol.* 2006; 32(1):23-8.

ARJONILLA, S.; PELCASTRE, B.; OROZCO, E. Representación social del consumo de tabaco en una institución de salud. *Salud Mental*, junio, 2000, pp.2-12.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, n. 117, novembro/ 2002.

BARREIRA, E.; SAMPAIO GOMES, F.; CUNHA, L. M. Atitudes face ao tabagismo: hábitos tabágicos e o papel dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças.* v. 2, 2007, 197-207.

BARRÍA, A. C. R.; QUEIROZ, S.; NICASTRI, S.; ANDRADE, A. G. Comportamento do universitário da área de biológicas da Universidade de São Paulo, em relação ao uso de drogas. *Rev. Psiquiatr. Clín.* (São Paulo; 27 (4): 215-24, jul.-ago., 2000.

BASSÔA DOS SANTOS, C. “É proibido fumar, diz o aviso que eu li”: o serviço social na promoção da saúde do usuário tabagista. *Revista da Graduação*, Porto Alegre, 6, out. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/15528/10196>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

BELARMINO, A. M. “Quer fogo”: os meios midiáticos e (des)territorialização do cigarro como sinônimo de prazer. [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização] Universidade Estadual da Paraíba. Guarabira: UEPB, 2011.

BRASIL. Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*. Brasília DF, 27 set 1990. p. 18551. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em: 8 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco*. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

CARDOSO, G. P. ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):151-162, 2005.

CASTRO, M. G. T. *et al.* Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Rev. Psiquiatr RS*. 2008; 30(1):25-30.

CAVALCANTE, T. M. *O médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar*. [Dissertação de Mestrado] Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2001.

[CDC] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Tobacco Use and Cessation Counseling – Global Health Professionals Survey Pilot Study, 10 Countries, 2005*. May 27, 2005 / 54(20): 505-509. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5420.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

CHUEKE, G. V.; LIMA, M. C. Pesquisa Qualitativa: evolução e critérios. *Revista Espaço Acadêmico*, n. 128, jan 2012.

COUTINHO, M.P.L.; SERAFIN, R.C.N.S.; ARAÚJO, L.S. A aplicabilidade do desenho-estória com tema no campo da pesquisa. In: COUTINHO, M.P.L.; SARAIVA, E.R.A. (org.). *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora Universitária, 2011. pp. 205-254.

DALLARI, D. A. Controle do uso do tabaco: necessidade social e possibilidade jurídica. *RDisan*, São Paulo Nov.2012/Fev.2013 v. 13, n. 3, p. 90-97.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.). *Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-42.

DIAS, S. C. *Caça as bruxas: um estudo sobre o combate ao tabagismo*. [Monografia] Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília: Brasília, 2011.

ECHER, I. C. *Fatores de sucesso no abandono do tabagismo*. [Tese de Doutorado] Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, Porto Alegre, RS, 2006.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (org). *Textos em representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. Cap. 1, pp.27-51.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa*. Editora Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1995.

FERRERAS, A. D. *La evolución del tabaquismo en España y su asociación con variables sociodemográficas: comparativa con las Encuestas Nacionales de Salud antes y después de la "Nueva Ley antitabaco"*. [Trabajo Fin de Master] XXVIII Salud Pública y Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública, EASP: Granada, 2013.

FRAGA, S. *Comportamento de fumar em adolescentes: representações sociais e determinantes* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto/Portugal, 2008.

FREUD, S. Considerações teóricas (Breuer) – Representações inconscientes e Representações inadmissíveis à consciência – divisão da mente [1893-1895]. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.II, pp. 241-257.

FREUD, S. A sexualidade na etiologia das neuroses [1898]. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.III, pp. 247-270.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise [1921]. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.XII, pp. 123-133.

FUNCHAL, E. *O verso e o reverso do corpo fumante: conflitos vivenciados*. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2006.

GIL, C. A.; TARDIVO, L. C. Concepção de doença mental em estudantes de graduação em Psicologia: um estudo compreensivo por meio de desenhos temáticos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15 (2), Jul-Dez 2007, 114-120p.

HENRIQUEZ, P. C.; CARVALHO, A. M. P. Percepção dos benefícios do consumo de drogas e das barreiras para seu abandono entre estudantes da área da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 16, n. spe, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mar. 2014.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva* (São Paulo). 1991; 1(2): 23-36.

JANÉ, M. Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. *Adicciones*. Vol. 16, supl. 2, 2004. pp. 115-130.

JIMÉNEZ-MARTÍN, J. M. *Salud Pública en tiempos postmodernos*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2011.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. pp.19-44.

JODELET, D. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*. Año 3, número 5, septiembre 2008.

JODELET, D. Ponto de vista: sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto , v. 19, n. 1, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2014.

KAËS, R. Psicanálise e representação social. In: JODELET, D. (org.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. pp.67-90.

KIRCHENCHTEJN, C.; CHATKIN, J. M. Dependência da nicotina. In: ARAUJO, A. J. *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 30, supl. 2, Aug. 2004, pp.11-18. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2014.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário da Psicanálise*: Laplanche e Pontalis. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O Discurso do Sujeito Coletivo*: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Depoimentos e Discursos*: uma nova proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liberlivro, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Pesquisa de Representação Social*: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Líber Livro, 2010.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A., PEREIRA, D., YOKOMIZO, P.. Gravidez Adolescente e anticoncepção de emergência: o software Di@Seguinte como auxílio virtual para as equipes de saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Brasil, 6, dec. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/680/1311>>. Acesso em: 23 out. 2014.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. *O Discurso do Sujeito Coletivo*: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2000.

LUNA, S.V. O falso conflito entre tendências metodológicas. *Cad. Pesq.* São Paulo (66): 70-74, agosto 1988.

MARTINET, Y.; BOHADANA, A. *O tabagismo*: da prevenção à abstinência. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

MEDEIROS, D. *Tabagismo e Transtorno Mental Comum na população de São Paulo – SP: um estudo a partir do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital)* [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2010.

MELERO, M.N.C. *Exposición al humo de tabaco ajeno de niños y niñas en España, evolución y factores sociodemográficos determinantes*. [Trabajo de fin de Máster]. XXVIII Máster Propio en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada/ES: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2013.

MENDONÇA, V. S.; MENANDRO, M. C. S. O cuidado com a própria saúde: representações e práticas de futuros profissionais da saúde. *Revista Electrónica de Psicología Política* (En línea), v. 8, p. 116-127, 2010.

MENEZES, A. M. B.; HORTA, B. L.; ROSA, S.; OLIVEIRA, F. K.; BONNANN, M. Hábito de Fumar entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Brasil: Comparação entre as Prevalências de 1986 e 1991. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (2): 164-170, abr/jun, 1994.

MENEZES, A.M.B. Noções básicas de epidemiologia. In: SILVA, L.C.C.; MENEZES, A.M.B. (org). *Epidemiologia das doenças respiratórias*. Vol 1. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MIRRA, A. P.; PEREIRA, I. M. T. B.; STEWIEN, G. T. M. *Memórias do Tabagismo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012.

MIRRA, A. P.; ROSEMBERG, J. Inquérito sobre prevalência do tabagismo na classe médica brasileira. *Rev Ass Med Brasil* 1997; 43(3): 209-16.

MORIN, E. *Idéias Contemporâneas - Entrevistas do Le Monde*. São Paulo: Ática, 1984.

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MUÑOZ-MUÑOZ, E.; GARCÍA-JIMÉNEZ, E.; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F.; GUERRERO, J. E. Conocimiento sobre tabaco y sus métodos de deshabitación entre los estudiantes de 1º, 3º y 5º curso de Farmacia en España. Estudio PRECOTABAC. Parte II. *Ars Pharm.* 2012; 53(4): 08-15.

NASCIMENTO RENNÓ, C. S.; COELHO LEITE, T. M. Representação social das advertências sanitárias entre alunos universitários fumantes e não fumantes. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 13, núm. 4, 2012, pp. 909-918 (ISSN 1517-3852)

NERÍ, I.; JANÉ, M. *Libro blanco sobre mujeres y tabaco*. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v.1, nº 3, 2º sem./1996.

NIJAMKIN, G. C.; BRAUDE, M. G. *O Questionário Desiderativo*. São Paulo: Vetor, 2000.

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G.; PICCOLO, E. G. e cols. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

OGATA, M. N.; PEDRINO, H. C. Saúde, doença e enfermagem: suas representações sociais para estudantes de enfermagem. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, 13(2):105-114, abr./jun., 2004 (ISSN 2318-0897)

[OMS] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. 2003. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf?ua=1>> Acesso em: 3 ago. 2014.

[OMS] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009: consecución de ambientes libres de humo de tabaco*. OMS, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243563916_spa.pdf?ua=1> Acesso em 30 nov. 2014.

PADUANI, G. F. *et al* . Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Fev. 2014.

PASCUAL, F.; VICÉNS, S. Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. *Adicciones*. Vol. 16, supl. 2, 2004. pp. 13-24.

PAVARINO, R. N. Teoria das representações sociais: pertinência para as pesquisas em comunicação de massa. *Comunicação e Espaço Físico*. (7)1/2, 2004.

PESSIS-PASTERNAQ, G. *Do caos à inteligência artificial. Entrevistas com Guitta Pessis-Pasternaq*. São Paulo: UNESP, 1992.

PESTANA, E. (coord.). *Tabagismo: do diagnóstico ao tratamento*. Lisboa/Portugal: Lidel Edições Técnicas, 2010.

PONTES, R. M. F. *Perfil de usuários do fumo na Universidade de Brasília*. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília: UNB, 2008.

PRECIOSO, J. Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:201-22.

RIBEIRO, S. A. *et al*. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996 – dados preliminares de um programa institucional. *Rev Ass Med Brasil* 1999; 45(1): 39-44.

RODRIGO, M. L. J. *Mujeres y Tabaco: la feminización del consumo de cigarrillos en España*. [Tesis doctoral] Departamento de Antropología Social de la Universidad de Granada. Granada/España: Editorial de la Universidad de Granada, 2007.

ROMERO, C. C. *et al.* Prevalencia de consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la Ley 42/2010. *Rev. Esp Salud Pública* 2012; 86:177-188. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n2/06_original5.pdf> Acesso em: 29 set. 2014.

ROSEMBERG, J. *Nicotina: droga universal*. São Paulo: SES/CVE, 2003.

SANCHEZ-HERNANDEZ, C. M.; PILLON, S. C. Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mar. 2014.

SANTOS, R. M. S. Representaciones sociales del trabajo social profesional sobre procesos de exclusión. Una investigación con profesionales de la ciudad de Granada (España). [Tesis Doctoral] Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Granada. Granada, 2011.

SEABRA, C. R.; FARIA, H. M. C.; SANTOS, F. R. O tabagismo em uma perspectiva biopsicossocial: panorama atual e intervenções interdisciplinares. *CES Revista*, v. 25, Juiz de Fora, 2011, pp. 321-336.

SILVA, A. O. *et al.* Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008 jul-ago; 61(4): 423-7.

SILVA, L. C. C. *Tabagismo: doença que tem tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SOARES, M. C.; BROSQUE, C. C. Percepções e hábitos de saúde de estudantes universitários. In: *Conferencia Brasileira de Comunicação e Saúde*, 4, Vitória: UNESCO/UMESP/FAESA, 2001. Disponível em:

<http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/2/24/Murilo_Cesar_Soares.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-3008, jul/set, 1993.

SPINK, M. J. P. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saude soc.*, São Paulo , v. 19, n. 3, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 03 nov. 2014.

SUREDA, X. *et al.* Impact of the Spanish Smoke-Free Legislation on Adult, Non-Smoker Exposure to Secondhand Smoke: Cross-Sectional Surveys before (2004) and after (2012) Legislation. *PloS one*. 2014; 9(2):e89430. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0089430>> Acesso em: 11 mai. 2014.

SZKLO, A. S.; SAMPAIO, M. M. A.; MARTINS, L. F. L.; FERNANDES, E. M.; ALMEIDA, L. M. O tabagismo no contexto dos futuros profissionais de saúde do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2011; 57 (3): 321-327.

TARDIVO, L. C. *Adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. São Paulo: Vetor, 2007.

TEIXEIRA, L.A.; JAQUES, T.A. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2011; 57(3): 295-304.

TRINCA, A.M.T. Desenvolvimento do Procedimento de Desenhos-Estórias. In: TRINCA, W. (org.) *Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. São Paulo: Vetor, 2013. pp. 27-66.

TRINCA, W. *Investigação clínica da personalidade: O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Belo Horizonte MG: Interlivros, 1976.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39 (3): 507-14.

VELOZA GÓMEZ, M.; SIMICH, L.; STRIKE, C.; BRANDS, B.; GIESBRECHT, N.; KHENTI, A. Medio social y uso simultáneo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios de pregrado de carreras de ciencias de la salud de una universidad, Cundinamarca - Colombia. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2012: 41-48.

WAGNER, G. A. *Álcool e drogas: terceira pesquisa sobre atitudes e uso entre alunos na Universidade de São Paulo - Campus São Paulo* [Tese de doutorado] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2011.

[WHO] World Health Organization. *Global Health Professional Survey (GHPS)*. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/surveillance/ghps/en/>> Acesso em: 20 dez. 2013.

[WHO] World Health Organization. *Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care*. 2013. Part III: Training for primary care providers: brief tobacco interventions. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84388/4/9789241505413_eng_Part-III_service_providers.pdf?ua=1> Acesso em: 19 dez. 2013.

ANEXOS

Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 8.262, DE 31 DE MAIO DE 2014

Vigência

Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, **caput**, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, no art. 50 da Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011, e no Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006,

DECRETA:

Art. 1º O Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2º

I - RECINTO COLETIVO FECHADO - local público ou privado, acessível ao público em geral ou de uso coletivo, total ou parcialmente fechado em qualquer de seus lados por parede, divisória, teto, toldo ou telhado, de forma permanente ou provisória;

.....

V - LOCAL DE VENDA - área ou espaço fixo e fisicamente delimitado localizado no interior de estabelecimento comercial e destinado à exposição e à venda de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco; e

VI - EMBALAGEM DE PRODUTO FUMÍGENO, DERIVADO OU NÃO DO TABACO - invólucro, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento destinado a acondicionar ou empacotar os produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, que sejam comercializados diretamente ao consumidor.

“Art. 3º É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilé ou outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado.

§ 1º A vedação prevista no **caput** estende-se a aeronaves e veículos de transporte coletivo.

§ 2º Excluem-se da proibição definida no **caput**:

I - locais de cultos religiosos de cujos rituais o uso do produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, faça parte;

II - estabelecimentos destinados especificamente à comercialização de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, desde que essa condição esteja anunciada, de forma clara, na entrada, e desde que em local reservado para a experimentação de produtos dotados de condições de isolamento, ventilação ou exaustão do ar que impeçam a contaminação dos demais ambientes;

III - estúdios e locais de filmagem ou gravação de produções audiovisuais, quando necessário à produção da obra;

IV - locais destinados à pesquisa e ao desenvolvimento de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco; e

V - instituições de tratamento da saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista.

§ 3º Nos locais indicados no § 2º deverão ser adotadas condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e medidas de proteção ao trabalhador em relação à exposição ao fumo, nos termos de normas complementares editadas pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego.” (NR)

“Art. 7º É vedada, em todo o território nacional, a propaganda comercial de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilé ou outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, com exceção apenas da exposição dos referidos produtos nos locais de vendas, observado o seguinte:

I - a exposição dos produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, nos locais de venda somente poderá ocorrer por meio do acondicionamento das embalagens dos produtos em mostruários ou expositores afixados na parte interna do local de venda;

II - o expositor ou mostruário conterá as seguintes advertências sanitárias:

a) advertência escrita sobre os malefícios do fumo, segundo frases estabelecidas pelo Ministério da Saúde, usadas sequencialmente, de forma simultânea ou rotativa;

b) imagens ou figuras que ilustrem o sentido das mensagens de advertência referidas na alínea “a”; e

c) outras mensagens sanitárias e a proibição da venda a menor de dezoito anos;

III - as frases, imagens e mensagens sanitárias previstas no inciso II ocuparão vinte por cento da área de cada uma das faces dos mostruários ou expositores que estejam visíveis ao público; e

IV - o expositor ou mostruário conterá, ainda, a tabela de preços, que deve incluir o preço mínimo de venda no varejo de cigarros classificados no código 2402.20.00 da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - TIPI vigente.” (NR)

“Art. 7º-A. As embalagens de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, conterão:

I - advertência escrita sobre os malefícios do fumo, segundo frases estabelecidas pelo Ministério da Saúde, usadas sequencialmente, de forma simultânea ou rotativa;

II - imagens ou figuras que ilustrem o sentido das mensagens de advertência referidas no inciso I; e

III - outras mensagens sanitárias e a proibição da venda a menor de dezoito anos.

§ 1º As embalagens dos produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, não poderão conter palavras, símbolos, dispositivos sonoros, desenhos ou imagens que possam:

I - induzir diretamente o consumo;

II - sugerir o consumo exagerado ou irresponsável;

III - induzir o consumo em locais ou situações perigosas ou ilegais;

IV - sugerir ou induzir bem-estar ou saúde;

V - criar falsa impressão de que uma marca seja menos prejudicial à saúde do que outra;

VI - atribuir aos produtos propriedades calmantes ou estimulantes, que reduzam a fadiga ou tensão ou produzam efeito similar;

VII - insinuar o aumento de virilidade masculina ou feminina ou associar ideia ou imagem de maior êxito na sexualidade das pessoas fumantes;

VIII - associar o uso do produto a atividades culturais ou esportivas ou a celebrações cívicas ou religiosas; e

IX - conduzir a conclusões errôneas quanto às características e à composição do produto e quanto aos riscos à saúde inerentes ao seu uso.

§ 2º Nas embalagens de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, as cláusulas de advertência e as imagens a que se referem os incisos do **caput** deste artigo serão sequencialmente usadas de forma simultânea ou rotativa e, nesta última hipótese, variarão no máximo a cada cinco meses, inseridas, de forma legível e ostensivamente destacada, em cem por cento da face posterior da embalagem e de uma de suas laterais.

§ 3º A partir de 1º de janeiro de 2016, além das cláusulas de advertência e imagens a que se referem os incisos do **caput** deste artigo, nas embalagens de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, vendidas diretamente ao consumidor, também deverá ser impresso texto de advertência adicional ocupando trinta por cento da parte inferior de sua face frontal.” (NR)

Art. 2º Este Decreto entra em vigor cento e oitenta dias após a sua publicação.

Art. 3º Ficam revogados o [inciso IV do caput do art. 2º](#) e o [art. 4º e art. 5º do Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996](#).

Brasília, 31 de maio de 2014; 193º da Independência e 126º da República.

DILMA ROUSSEFF
Arthur Chioro

Este texto não substitui o publicado no DOU de 2.6.2014

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 318

Viernes 31 de diciembre de 2010

Sec. I.

Pág. 109188

I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

20138 *Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.*

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley.

PREÁMBULO

La Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, supuso un hito importante en la política de nuestro país en la lucha contra el tabaquismo, tanto en lo que se refiere a la prohibición de fumar en lugares públicos como a las medidas encaminadas a potenciar la deshabituación del tabaco y a tratar de erradicar a medio y largo plazo el hábito de fumar.

Transcurridos más de cuatro años de aplicación de la Ley, es patente, como se desprende de diversos estudios realizados al respecto, la necesidad de avanzar en la

protección de la salud de los ciudadanos ampliando la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y colectivos, lo que, por otro lado, satisface las demandas de los ciudadanos, como corroboran encuestas oficiales recientemente realizadas.

Dos son los colectivos especialmente beneficiados de esta medida. Por un lado, el de menores, grupo especialmente sensible de población que está expuesto al humo del tabaco en los lugares públicos cerrados. Por otro lado, el de trabajadores del sector de la hostelería que se encuentra claramente desprotegido con respecto al resto de los trabajadores, al estar expuestos al humo de tabaco ajeno.

Por todo ello, y en la línea seguida en materia de prevención y control del tabaquismo por la Unión Europea, con una estrategia concreta de la Comisión Europea, cuyo objetivo es ampliar la prohibición de fumar en espacios cerrados en todos los Estados miembros en 2012, posición que corrobora la ratificación por España, en diciembre de 2004, del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, esta ley, que modifica la Ley 28/2005, se encamina a avanzar en las limitaciones tendentes a aumentar los espacios libres de humo del tabaco.

Artículo único. *Modificación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.*

La Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, queda modificada como sigue:

Uno. Se añaden una nueva letra e) al artículo 2, cuyo contenido pasa a ser el apartado 1 de este artículo, y un nuevo apartado 2, que quedan redactados del siguiente modo:

«e) Espacios de uso público: lugares accesibles al público en general o lugares de uso colectivo, con independencia de su titularidad pública o privada. En cualquier caso, se consideran espacios de uso público los vehículos de transporte público o colectivo.

2. A efectos de esta Ley, en el ámbito de la hostelería, se entiende por espacio al aire libre todo espacio no cubierto o todo espacio que estando cubierto esté rodeado lateralmente por un máximo de dos paredes, muros o paramentos.»

Dos. Se añade un nuevo apartado 7 al artículo 3, que queda redactado del siguiente modo:

«7. El Gobierno, mediante Real Decreto, determinará los contenidos y componentes de los productos del tabaco, en especial los elementos adictivos, así como las condiciones de etiquetado que éstos deberán cumplir.»

Tres. Se modifica el primer párrafo del apartado b) del artículo 4, que queda redactado del siguiente modo:

«b) Ubicación: Las máquinas expendedoras de productos del tabaco sólo podrán ubicarse en el interior de quioscos de prensa situados en la vía pública y en locales cuya actividad principal sea la venta de prensa con acceso directo a la vía pública, en las tiendas de conveniencia previstas en el artículo 5.4 de la Ley 1/2004, de 21 de diciembre, de Horarios Comerciales, que estén ubicadas en estaciones de servicio, así como en aquellos locales a los que se refieren las letras k), t) y u) del artículo 7 en una localización que permita la vigilancia directa y permanente de su uso por parte del titular del local o de sus trabajadores.

En paralelo a la venta a través de máquinas expendedoras, se permitirá la venta manual de cigarros y cigarrillos provistos de capa natural en dichos locales que cuenten con la autorización administrativa otorgada por el Comisionado para el Mercado de Tabaco.»

Cuatro. Se modifica la letra g) del artículo 5, que queda redactada del siguiente modo:

«g) En cualquier otro lugar, centro o establecimiento donde esté prohibido su consumo, así como en los espacios al aire libre señalados en el artículo 7, salvo lo previsto en la letra b) del artículo 4.»

Cinco. Se suprime la letra h) del artículo 5.

Seis. El artículo 6 queda redactado del siguiente modo:

«El consumo de productos del tabaco deberá hacerse exclusivamente en aquellos lugares o espacios en los que no esté prohibido.»

Siete. El artículo 7 queda redactado del siguiente modo:

«Artículo 7. *Prohibición de fumar.*

Se prohíbe fumar, además de en aquellos lugares o espacios definidos en la normativa de las Comunidades Autónomas, en:

- a) Centros de trabajo públicos y privados, salvo en los espacios al aire libre.
- b) Centros y dependencias de las Administraciones públicas y entidades de Derecho público.
- c) Centros, servicios o establecimientos sanitarios, así como en los espacios al aire libre o cubiertos, comprendidos en sus recintos.
- d) Centros docentes y formativos, salvo en los espacios al aire libre de los centros universitarios y de los exclusivamente dedicados a la formación de adultos, siempre que no sean accesos inmediatos a los edificios o aceras circundantes.
- e) Instalaciones deportivas y lugares donde se desarrollen espectáculos públicos, siempre que no sean al aire libre.
- f) Zonas destinadas a la atención directa al público.
- g) Centros comerciales, incluyendo grandes superficies y galerías, salvo en los espacios al aire libre.
- h) Centros de atención social.
- i) Centros de ocio o esparcimiento, salvo en los espacios al aire libre.
- j) Centros culturales, salas de lectura, exposición, biblioteca, conferencias y museos.
- k) Salas de fiesta, establecimientos de juego o de uso público en general, salvo en los espacios al aire libre.
- l) Áreas o establecimientos donde se elaboren, transformen, preparen, degusten o vendan alimentos.
- m) Ascensores y elevadores.
- n) Cabinas telefónicas, recintos de los cajeros automáticos y otros espacios cerrados de uso público de reducido tamaño. Se entiende por espacio de uso público

de reducido tamaño aquel que no ocupe una extensión superior a cinco metros cuadrados.

ñ) Estaciones de autobuses, salvo en los espacios que se encuentren al aire libre, vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano, vehículos de transporte de empresa, taxis, ambulancias, funiculares y teleféricos.

o) Todos los espacios del transporte suburbano (vagones, andenes, pasillos, escaleras, estaciones, etc.), salvo en los espacios que se encuentren por completo al aire libre.

p) Estaciones, puertos y medios de transporte ferroviario y marítimo, salvo en los espacios al aire libre.

q) Aeropuertos, salvo en los espacios que se encuentren al aire libre, aeronaves con origen y destino en territorio nacional y en todos los vuelos de compañías aéreas españolas, incluidos aquellos compartidos con vuelos de compañías extranjeras.

r) Estaciones de servicio y similares.

s) Cualquier otro lugar en el que, por mandato de esta Ley o de otra norma o por decisión de su titular, se prohíba fumar.

t) Hoteles, hostales y establecimientos análogos, salvo en los espacios al aire libre. No obstante, podrán habilitarse habitaciones fijas para fumadores, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 8.

u) Bares, restaurantes y demás establecimientos de restauración cerrados.

v) Salas de teatro, cine y otros espectáculos públicos que se realizan en espacios cerrados.

w) Recintos de los parques infantiles y áreas o zonas de juego para la infancia, entendiéndose por tales los espacios al aire libre acotados que contengan equipamiento o acondicionamientos destinados específicamente para el juego y esparcimiento de menores.

x) En todos los demás espacios cerrados de uso público o colectivo.»

Ocho. El artículo 8 queda redactado del siguiente modo:

«En los lugares designados en la letra t) del artículo anterior se podrán reservar hasta un 30% de habitaciones fijas para huéspedes fumadores, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

a) Estar en áreas separadas del resto de habitaciones y con ventilación independiente o con otros dispositivos para la eliminación de humos.

b) Estar señalizadas con carteles permanentes

c) Que el cliente sea informado previamente del tipo de habitación que se pone a su disposición.

d) Que los trabajadores no puedan acceder a las mismas mientras se encuentra algún cliente en su interior, salvo casos de emergencia.»

Nueve. Se añade un nuevo apartado 3 al artículo 9, que queda redactado del siguiente modo:

«3. Se prohíbe en todos los medios de comunicación, incluidos los servicios de la sociedad de la información, la emisión de programas o de imágenes en los que los presentadores, colaboradores o invitados:

a) Aparezcan fumando.

b) Mencionen o muestren, directa o indirectamente, marcas, nombres comerciales, logotipos u otros signos identificativos o asociados a productos del tabaco.»

Diez. El artículo 12 queda redactado del siguiente modo:

«Artículo 12. *De los programas de deshabituación tabáquica.*

Las Administraciones públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la atención primaria. Asimismo, se promoverán los programas de promoción del abandono del consumo de tabaco en instituciones docentes, centros sanitarios, centros de trabajo y entornos deportivos y de ocio. La creación de unidades de deshabituación tabáquica se potenciará y promoverá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que también definirá los grupos prioritarios que resulten más vulnerables.

El acceso a tratamientos de deshabituación tabáquica, cuya eficacia y coste-efectividad haya sido avalada por la evidencia científica, se potenciará y promoverá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, valorando, en su caso, su incorporación a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.»

Once. El artículo 13 queda redactado del siguiente modo:

«Artículo 13. *Adopción de medidas.*

En la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, se atenderá, de manera particular, la perspectiva de género y las desigualdades sociales. Asimismo, las Administraciones públicas competentes promoverán las medidas necesarias para la protección de la salud y la educación de los menores, con el fin de prevenir y evitar el inicio en el consumo y de ayudar a estos en el abandono de la dependencia. Se introducirán contenidos orientados a la prevención y a la concienciación contra el tabaquismo en los planes formativos del profesorado. Se potenciará la puesta en marcha de programas de actuación en la atención pediátrica infantil, con información específica para los padres fumadores y campañas sobre los perjuicios que la exposición al humo provoca en los menores.»

Doce. Se modifica la letra a) del número 2 del artículo 19, que queda redactada del siguiente modo:

«a) Fumar en los lugares en que exista prohibición o fuera de las zonas habilitadas al efecto.»

Trece. La letra d) del número 2 del artículo 19 queda redactada del siguiente modo:

«d) No informar en la entrada de los establecimientos de la prohibición de fumar o no cumplir el resto de obligaciones formales a que se refiere esta Ley.»

Catorce. Se suprime la letra e) del número 2 del artículo 19.

Quince. Se modifican las letras a) y b) del número 3 del artículo 19, que quedan redactadas del siguiente modo:

«a) Habilitar zonas para fumar en establecimientos y lugares donde no esté permitida su habilitación.

b) Permitir fumar en los lugares en los que existe prohibición de hacerlo.»

Dieciséis. El apartado 1 del artículo 20 queda redactado del siguiente modo:

«1. Las infracciones leves se sancionarán con multa de 30 a 600 euros, salvo la consistente en fumar en lugares prohibidos prevista en el artículo 19.2.a), que será sancionada con multa de hasta 30 euros si la conducta infractora se realiza de forma aislada; las graves, con multa desde 601 euros hasta 10.000 euros, y las muy graves, desde 10.001 euros hasta 600.000 euros.»

Diecisiete. En el apartado 2 del artículo 21 se suprime la referencia a la letra e) del artículo 19.2.

Dieciocho. Se modifica la disposición adicional primera, que queda redactada del siguiente modo:

«No obstante lo dispuesto en los artículos 3.1 y 5.g), en lo que se refiere a la venta a través de la red de expendedurías de tabaco y timbre y de máquinas expendedoras, se permite la venta manual de cigarros y cigarrillos provistos de capa natural en los establecimientos a que se refiere la letra u) del artículo 7, que cuenten con autorización administrativa otorgada por el Comisionado para el Mercado de Tabacos.»

Diecinueve. Se suprime la disposición adicional segunda.

Veinte. Se modifica la disposición adicional tercera, que queda redactada del siguiente modo:

«Disposición adicional tercera. *Señalización de los centros o dependencias en los que existe prohibición de fumar y zonas habilitadas para fumar.*

En los centros o dependencias en los que existe prohibición legal de fumar deberán colocarse en su entrada, en lugar visible, carteles que anuncien la prohibición del consumo de tabaco y los lugares, en los que, en su caso, se encuentren las zonas habilitadas para fumar. Estos carteles estarán redactados en castellano y en la lengua cooficial con las exigencias requeridas por las normas autonómicas correspondientes.»

Veintiuno. Se modifica la disposición adicional cuarta, que queda redactada del siguiente modo:

«Lo dispuesto en esta Ley se entiende sin perjuicio de las peculiaridades del Régimen Económico Fiscal de Canarias, respecto de la libertad comercial de los productos del tabaco en los establecimientos comerciales situados en el archipiélago canario, sin que esta excepción suponga limitación en la aplicación de las demás prescripciones contenidas en esta Ley, en especial lo previsto en las letras a), b), c), d), e) y f) del artículo 5, en el artículo 9, y, en todo caso, las destinadas a la protección de menores.»

Veintidós. Se modifica el segundo párrafo de la disposición adicional sexta, que queda redactado del siguiente modo:

«En los establecimientos penitenciarios se permite fumar a los internos en las zonas exteriores de sus edificios al aire libre, o en las salas cerradas habilitadas al efecto, que deberán estar debida y visiblemente señalizadas y contar con ventilación independiente o con otros dispositivos para la eliminación de humos.»

Veintitrés. Se modifica la disposición adicional séptima, que queda redactada del siguiente modo:

«Disposición adicional séptima. *Normativa sobre prevención de riesgos laborales.*

Lo establecido en esta Ley se entiende sin perjuicio de las demás limitaciones y prohibiciones al consumo de tabaco, contenidas en la normativa sobre prevención de riesgos laborales, cuya vigilancia y control corresponde a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.»

Veinticuatro. Se modifica la disposición adicional octava, que queda redactada del siguiente modo:

«Disposición adicional octava. *Centros o establecimientos psiquiátricos.*

En los establecimientos psiquiátricos de media y larga estancia se permite fumar a los pacientes en las zonas exteriores de sus edificios al aire libre, o en una sala cerrada habilitada al efecto, que habrá de estar debida y visiblemente señalizada y contar con ventilación independiente o con otros dispositivos para la eliminación de humos.»

Veinticinco. Se modifica la disposición adicional novena, que queda redactada del siguiente modo:

«Disposición adicional novena. *Clubes privados de fumadores.*

A los clubes privados de fumadores, legalmente constituidos como tales, no les será de aplicación lo dispuesto en esta Ley, relativo a la prohibición de fumar, publicidad, promoción y patrocinio, siempre que se realice en el interior de su sede social, mientras en las mismas haya presencia única y exclusivamente de personas socias.

A los efectos de esta Disposición, para ser considerado club privado de fumadores deberá tratarse de una entidad con personalidad jurídica, carecer de ánimo de lucro y no incluir entre sus actividades u objeto social la comercialización o compraventa de cualesquiera bienes o productos consumibles.

En ningún caso se permitirá la entrada de menores de edad a los clubes privados de fumadores.»

Veintiséis. Se añade una disposición adicional décima, que queda redactada del siguiente modo:

«Disposición adicional décima. *Centros residenciales de mayores o de personas con discapacidad.*

En los centros residenciales de mayores o de personas con discapacidad, se podrá habilitar una zona específica para fumadores, cuyo uso será exclusivo para residentes y deberá estar debida y visiblemente señalizada y contar con ventilación independiente o con otros dispositivos para la eliminación de humos, no pudiendo extenderse el permiso de fumar a las habitaciones ni al resto de las zonas comunes en dichos centros.»

Veintisiete. Se añade una disposición adicional undécima, que queda redactada del siguiente modo:

«Disposición adicional undécima. *Informe a las Cortes Generales.*

El Ministerio de Sanidad y Política Social deberá remitir a las Cortes Generales, con carácter bienal y durante los cuatro años siguientes a la entrada en vigor de la Ley, un informe de evaluación del impacto de esta reforma sobre la salud pública.»

Veintiocho. Se modifica el apartado 2 de la disposición final primera, que queda redactado del siguiente modo:

«2. Corresponde a las Comunidades Autónomas, en su respectivo ámbito territorial, aprobar las normas de desarrollo y ejecución de esta Ley, incluidas las características y advertencias sanitarias correspondientes.»

Disposición final primera. *Título competencial.*

Esta Ley se dicta con carácter básico al amparo del artículo 149.1.1.^a, 16.^a, 18.^a y 27.^a de la Constitución.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor el 2 de enero de 2011.

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta Ley.

Madrid, 30 de diciembre de 2010.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,

JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ ZAPATERO

*CORE QUESTIONS***GLOBAL HEALTH PROFESSIONAL STUDENTS
SURVEY (GHPSS)****2008****(Revised January 2007)****Content**

- I. Tobacco Use Prevalence Among Health Professional Students
 - II. Exposure to Environmental Tobacco Smoke
 - III. Attitudes
 - IV. Behavior /Cessation
 - V. Curriculum/Training
 - VI. Demographics
-

I Tobacco Use Prevalence among Health Professional Students

1. Have you ever tried or experimented with cigarette smoking, even one or two puffs?
 - a. Yes
 - b. No
2. How old were you when you first tried a cigarette?
 - a. I have never smoked cigarettes
 - b. Age 10 or younger
 - c. Age 11-15
 - d. Age 16-17
 - e. Age 18-19
 - f. Age 20-24
 - g. Age 25-29
 - h. Age 30 or older
3. During the past 30 days (one month), on how many days did you smoke cigarettes?
 - a. 0 days
 - b. 1 or 2 days
 - c. 3 to 5 days
 - d. 6 to 9 days
 - e. 10 to 19 days
 - f. 20 to 29 days
 - g. All 30 days
4. Have you smoked cigarettes on school premises/property during the past year?
 - a. I have never smoked cigarettes
 - b. Yes
 - c. No
5. Have you smoked cigarettes in school buildings during the past year?
 - a. I have never smoked cigarettes
 - b. Yes
 - c. No
6. Have you ever used chewing tobacco, snuff, bidis, cigars, or pipes? (Adjust to fit your country.)
 - a. Yes
 - b. No

7. During the past 30 days (one month), on how many days did you use chewing tobacco, snuff, bidis, cigars, or pipes? (Adjust to fit your country.)
 - a. 0 days
 - b. 1 or 2 days
 - c. 3 to 5 days
 - d. 6 to 9 days
 - e. 10 to 19 days
 - f. 20 to 29 days
 - g. All 30 days
8. Have you used chewing tobacco, snuff, bidis, cigars, or pipes on school premises/property during the past year? (Adjust to fit your country.)
 - a. I have never used chewing tobacco, snuff, bidis, cigars, or pipes
 - b. Yes
 - c. No
9. Have you used chewing tobacco, snuff, bidis, cigars, or pipes in school buildings during the past year? (Adjust to fit your country.)
 - a. I have never used chewing tobacco, snuff, bidis, cigars, or pipes
 - b. Yes
 - c. No

II Exposure to environmental tobacco smoke

10. During the past 7 days, on how many days have people smoked where you live, in your presence?
 - a. 0 days
 - b. 1 to 2 days
 - c. 3 to 4 days
 - d. 5 to 6 days
 - e. All 7 days
11. During the past 7 days, on how many days have people smoked in your presence, in places other than where you live?
 - a. 0 days
 - b. 1 to 2 days
 - c. 3 to 4 days
 - d. 5 to 6 days
 - e. All 7 days

12. Does your school have an official policy banning smoking in school buildings and clinics?
- a. Yes, for school buildings only
 - b. Yes, for clinics only
 - c. Yes, for both school buildings and clinics
 - d. No official policy
13. Is your school's official smoking ban for school buildings and clinics enforced?
- a. Yes, policy is enforced
 - b. No, policy is not enforced
 - c. School has no official policy

III Attitudes

14. Should tobacco sales to adolescents (persons younger than 18 years old) be banned?
- a. Yes
 - b. No
15. Should there be a complete ban of the advertising of tobacco products?
- a. Yes
 - b. No
16. Should smoking be banned in restaurants?
- a. Yes
 - b. No
17. Should smoking be banned in discos/bars/pubs?
- a. Yes
 - b. No
18. Should smoking in all enclosed public places be banned?
- a. Yes
 - b. No
19. Should health professionals get specific training on cessation techniques?
- a. Yes
 - b. No
20. Do health professionals serve as "role models" for their patients and the public?
- a. Yes
 - b. No

21. Should health professionals routinely advise their patients who smoke to quit smoking?
 - a. Yes
 - b. No
22. Should health professionals routinely advise their patients who use other tobacco products to quit using these products?
 - a. Yes
 - b. No
23. Do health professionals have a role in giving advice or information about smoking cessation to patients?
 - a. Yes
 - b. No
24. Are a patient's chances of quitting smoking increased if a health professional advises him or her to quit?
 - a. Yes
 - b. No

IV Behavior

25. How soon after you awake do you smoke your first cigarette?
 - a. I have never smoked cigarettes
 - b. I do not currently smoke cigarettes
 - c. Less than 10 minutes
 - d. 10-30 minutes
 - e. 31-60 minutes
 - f. After 60 minutes
26. Do you want to stop smoking cigarettes now?
 - a. I have never smoked cigarettes
 - b. I do not smoke now
 - c. Yes
 - d. No
27. During the past year, have you ever tried to stop smoking cigarettes?
 - a. I have never smoked cigarettes
 - b. I did not smoke during the past year
 - c. Yes
 - d. No

28. How long ago did you stop smoking cigarettes?
- I have never smoked cigarettes
 - I have not stopped smoking cigarettes
 - Less than 1 month
 - 1-5 months
 - 6 – 11 months
 - One year
 - 2 years
 - 3 years or longer
29. Have you ever received help or advice to help you stop smoking cigarettes?
- I have never smoked cigarettes
 - Yes
 - No
30. Do you want to stop using chewing tobacco, snuff, bidis, cigars or pipes now? (Adjust to fit your country.)
- I have never used chewing tobacco, snuff, bidis, cigars or pipes
 - I do not use chewing tobacco, snuff, bidis, cigars or pipes now
 - Yes
 - No
31. Are health professionals who smoke less likely to advise patients to stop smoking?
- Yes
 - No
32. Are health professionals who use other tobacco products (chewing tobacco, snuff, bidis, cigars or pipes) less likely to advise patients to stop smoking? (Adjust to fit your country.)
- Yes
 - No

V Curriculum

33. During your (medical, dental, nursing, or pharmacy) school training, were you taught in any of your classes about the dangers of smoking?
- Yes
 - No

34. During your (medical, dental, nursing, or pharmacy) school training, did you discuss in any of your classes the reasons why people smoke?
- Yes
 - No
35. During your (medical, dental, nursing, or pharmacy) school training, did you learn that it is important to record tobacco use history as part of a patient's general medical history?
- Yes
 - No
36. During your (medical, dental, nursing, or pharmacy) school training, have you ever received any formal training in smoking cessation approaches to use with patients?
- Yes
 - No
37. During your (medical, dental, nursing, or pharmacy) school training, did you learn that it is important to provide educational materials to support smoking cessation to patients who want to quit smoking?
- Yes
 - No
38. Have you ever heard of using nicotine replacement therapies in tobacco cessation programs (such as nicotine patch or gum)?
- Yes
 - No
39. Have you ever heard of using antidepressants in tobacco cessation programs (such as bupropion or Zyban)?
- Yes
 - No

VI Demographicis

40. How old are you?
- 14 years or younger
 - 15 to 18 years
 - 19 to 24 years
 - 25 to 29 years
 - 30 years or older

41. What is your gender?
- a. Female
 - b. Male
42. What is your course year in school?
- a. First year
 - b. Second year
 - c. Third year
 - d. Fourth year
 - e. Fifth year
 - f. Sixth year
 - g. Seventh year

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Tabagismo em Futuros Profissionais da Saúde: uma análise qualiquantitativa das representações sociais”

Pesquisadora Responsável: Danuta Medeiros

Este projeto tem o objetivo de investigar as representações sociais do tabagismo em estudantes universitários de cursos de graduação em saúde.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos:

1. Solicitação de um Desenho-Estória com Tema, para investigação da representação social do entrevistado sobre o tema; e
2. Entrevista com questões para análise do Discurso do Sujeito Coletivo.

Durante a execução do projeto o participante não sofrerá riscos maiores que os existentes em suas atividades cotidianas.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone (11) 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de ____ .

Nome do sujeito/ ou do responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, Danuta Medeiros, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

Data: ____/____/2013.

Telefone : (11) 97222.1579

Danuta Medeiros

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le solicitamos que colabore en una investigación denominada “Tabaquismo en Futuros Profesionales de Salud: un análisis cualicuantitativo de las representaciones sociales” en el que participa la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con la Faculdade de Saúde Pública de la Universidade de São Paulo, Brasil.

El objetivo del estudio es investigar las representaciones sociales del tabaquismo en estudiantes de grado de Medicina, Odontología, Enfermería y Farmacia.

El proyecto de investigación ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación de la *Faculdade de Saúde Pública* de la *Universidade de São Paulo* en la 2ª. /12 Sesión Ordinaria, realizada en 03/02/2012, que analizó conforme la Resolución nº196/96 del Consejo Nacional de Salud (Brasil) y sus complementarios, el protocolo de investigación nº 2321, que fue considerado aprobado.

Si acepta participar le solicitaremos que realice un Dibujo Temático en una sala colectiva y después una entrevista individual para realizar un Análisis del Discurso del Sujeto Colectivo. La entrevista será realizada por internet y deberá introducir una clave en el sitio <http://qlqt.ipdsc.com.br/qlqt/detalhespesquisa.php?id=173> sin que tenga de identificarse. La participación es voluntaria y no remunerada.

La información que Ud. nos proporcione será usada de forma absolutamente confidencial y sólo en el marco de este estudio. Usted podrá retirarse del estudio de en cualquier momento, si así lo desea, sin que tenga que dar explicación alguna, solo tiene de contactar con la investigadora responsable, Danuta Medeiros, a través de su correo electrónico: danuta@usp.br o danutamedeiros@gmail.com.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber aclarado todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar de la investigación.

Fecha: _____ de _____ de 2014.

Nombre y apellidos entrevistado _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ .

Firma entrevistado _____

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/058/12

27 de fevereiro de 2012.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **2.ª/12 Sessão Ordinária**, realizada em **03/02/2012**, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2321, intitulado **"TABAGISMO ENTRE FUTUROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA ANÁLISE QUALIQUANTITATIVA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS"**, do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora **Danuta Medeiros** e orientação da Professora **Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Cláudio Leone**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP**

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Dr.ª Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-904 – São Paulo – SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br

Universidad de Granada
Vicerrectorado de Política
Científica e Investigación

COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

La Comisión de Ética en Investigación de la Universidad de Granada, oído el informe preliminar del Presidente del Comité en Investigación Humana, emite informe favorable a la metodología en la investigación titulada "TABAQUISMO EN FUTUROS PROFESIONALES DE SALUD: UN ANÁLISIS CUALICUANTITATIVO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES" que dirige D./Dña Danuta Medeiros , quedando registrada con el nº: 871.

Granada a 05 de mayo de 2014

LA PRESIDENTA

Fdo: M^a Dolores Suárez Ortega

LA SECRETARIA

Fdo: Irene Luque Fernández

Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5048959810978564>
Última atualização do currículo em 06/03/2014

Possui graduação em Educador Sanitário pela Universidade de São Paulo (1960), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1983). Atualmente é professora doutora da Faculdade de Saúde Pública e professor doutor da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em promoção da saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, escola promotora da saúde, educação em saúde e tabagismo. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira
Nome em citações bibliográficas	PEREIRA, I. M. T. B.

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667717 Ramal: 7761
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1979 - 1983	Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Título: Educação em Saúde em Unidades Sanitárias do Município de São Paulo, Ano de obtenção: 1983. Orientador: Ruth Sandoval Marcondes. Palavras-chave: Educação em Saúde. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde Escolar. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Educação; Saúde Humana.
1974 - 1977	Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Título: O Educador de Saúde Pública em um Sistema de Educação, Ano de Obtenção: 1977. Orientador: Ruth Sandoval Marcondes. Palavras-chave: Educação em Saúde. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Educação Em Saúde. Setores de atividade: Educação; Saúde Humana.
1957 - 1960	Graduação em Educador sanitário. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Atuação Profissional

Núcleo de promoção e educação em saúde escolar, NACE-NUPES- USP, Brasil.

Danuta Medeiros

Bolsista de Doutorado do CNPq

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1949201953530751>
Última atualização do currículo em 15/11/2014

Possui graduação em Licenciatura em Psicologia pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo U.E. Lorena (2005), e Formação de Psicólogo na mesma instituição (2006). Especialista em Psicologia Hospitalar pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2007) e Mestre em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), departamento de Epidemiologia. Atualmente é doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), departamento de Práticas em Saúde Pública, com previsão para conclusão em dezembro de 2014. Realizou na Escuela Andaluza de Salud Pública, em Granada/Espanha, uma estância de doutoramento sanduíche entre o período de outubro de 2013 a junho de 2014. Tem experiência na área de Psicologia e Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: psicologia da saúde e hospitalar, atenção à saúde mental, saúde coletiva, tabagismo, representação social e técnicas projetivas; além de orientações de pesquisas nas mesmas temáticas. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Danuta Medeiros
Nome em citações bibliográficas	MEDEIROS, D.

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617739
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2010	Doutorado em andamento em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública USP. com período sanduíche em Escuela andaluza de Salud Publica (Orientador: Ana Delgado Sánchez). Título: Tabagismo em Futuros Profissionais da Saúde: uma análise quali-quantitativa das representações sociais, Orientador: Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Palavras-chave: análise do discurso do sujeito coletivo; representação social; saúde pública; tabagismo; desenho-estória com tema. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
2008 - 2010	Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública USP. Título: Tabagismo e Transtorno Mental Comum na população de São Paulo: um estudo a partir do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital), Ano de Obtenção: 2010. Orientador: Chester Luiz Galvão Cesar. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Palavras-chave: tabagismo; transtorno mental comum; inquéritos de saúde; epidemiologia; saúde mental; saúde pública. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública /