

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O VERSO E O REVERSO DO CORPO FUMANTE: CONFLITOS
VIVENCIADOS**

CURITIBA

2006

EDUARDO FUNCHAL

**O VERSO E O REVERSO DO CORPO FUMANTE: CONFLITOS
VIVENCIADOS**

**Dissertação apresentada à banca do
Programa de Pós Graduação –
Mestrado em Enfermagem – área de
concentração Prática Profissional de
Enfermagem sob a Orientação da Prof.
Dr.^a Liliana Maria Labronici e
co-orientação da Prof. Dr.^a Ymiracy
Nascimento de Souza Polak**

**CURITIBA
2006**

Funchal, Eduardo

O verso e o reverso do corpo fumante: conflitos vivenciados. Curitiba, 2006.
vii, 111f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Liliansa Maria Labronici

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor
de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Tabagismo
2. Cuidados de enfermagem.
3. Abandono do uso de tabaco.
4. Corpo humano. I. Título. II. Labronici, Liliansa Maria.

TERMO DE APROVAÇÃO**EDUARDO FUNCHAL****O VERSO E O REVERSO DO TABAGISTA: CONFLITOS DE
CORPOREIDADES**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau Mestre – Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

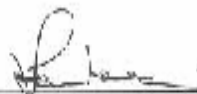


Orientadora:

Prof. Dra. Liliansa Maria Jabronica
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof. Dr. Lowery Borzani
Membro Titular: Universidade Estadual de Londrina - UEL



Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 27 de março de 2008.

Sou tudo isso que pensam de mim e mais... muito mais...

Nasci, desenvolvi-me, cresci, envelheci, através dos tempos, sendo visto de várias formas.

No entanto eu lhe digo: sou forte e sou fraco, vivo a ambigüidade das escolhas.

Fui lançado no mundo e recebido com todos os rituais de chegada; nasci em dia determinado, em determinado lugar, em determinada classe social.

Assim, comecei o meu processo histórico e a sentir as pressões culturais que determinam o meu comportamento, o meu pensar, o meu sentir e o meu agir.

Ymiracy de N S Polak

Dedico este trabalho aos corpos fumantes que compartilharam suas histórias, trajetórias, certezas e incertezas de maneira espontânea e sincera.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós Graduação de Enfermagem da UFPR, que oportunizou esta caminhada.

À Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba, que soube compreender a importância da minha formação e a contribuição da pesquisa para a qualidade da assistência aos cidadãos, concedendo licença para a participação deste programa de pós graduação.

À Diretoria de Saúde da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil que permitiu a realização deste estudo, assim como a Gerência local, que possibilitou a flexibilização da jornada de trabalho.

Aos companheiros do Infamília (Instituto Brasileiros de Estudos em Saúde da Família) que sempre estimularam e influenciaram diretamente na decisão de percorrer este caminho.

Aos meus pais, Luiz e Zaida, pelos exemplos de comportamento ético, amor, dedicação e perseverança.

À minha esposa Mara, pela tolerância, companheirismo e incentivos permanentes.

Aos meus filhos, Guilherme e Beatriz, pela paciência e compreensão nos longos períodos de ausência.

Aos colegas de trabalho, pelo incentivo, paciência e companheirismo nos momentos difíceis.

Aos colegas de mestrado, pelo compartilhar de suas histórias, pela troca e exemplos de resiliência. Em especial à Samantha, sempre disposta a ajudar.

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt pelo auxílio na elaboração do projeto inicial e os ensinamentos dos primeiros passos.

À Prof^a. Dr^a Vilma Chiara pelas profícuas e profundas discussões sobre o rito de fumar.

À Prof^a Dr^a Ivete pelo incentivo, pela clareza e respeito.

À Prof^a Dr^a Liliana Maria Labronici, pelo profissionalismo, dedicação, perseverança e desafio de me aproximar com os referenciais teóricos e metodológicos.

E por fim, à Prof^a Dr^a Ymiracy Nascimento de Souza Polak, corpo iluminado, que brilhantemente, soube perceber, ajudou-me no processo de conhecer, construir e desconstruir, e, por fim, acompanhou-me neste novo *vir-a-ser*, para que juntos, pudéssemos elaborar e expressar as ações necessárias.

SUMÁRIO

RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
1. INTRODUÇÃO	8
2. O ATENDIMENTO AO CORPO TABAGISTA SEGUNDO A LITERATURA	15
2.1 ABORDAGEM COGNITIVO COMPORTAMENTAL	17
2.2 ABORDAGEM INTENSIVA/ESPECÍFICA.....	19
2.3 FARMACOTERAPIA	19
3. SUPORTE TEÓRICO	23
4. O CAMINHO PERCORRIDO PARA A COMPREENSÃO DO FENÔMENO	31
4.1 APRESENTANDO O CENÁRIO.....	33
4.2 DELIMITAÇÃO TEMPORAL	35
4.3 APRESENTANDO OS ATORES.....	35
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	36
4.5 OBTENÇÃO DOS DISCURSOS	37
4.6 ANÁLISE DOS DISCURSOS	39
5. A COMPREENSÃO DO FENÔMENO	42
5.1 O RITO DE PASSAGEM.....	42
5.2 CARÊNCIA AFETIVA E INSEGURANÇA	51
5.3. MEDO DO <i>VIR-A-SER</i>	61
6. SÍNTESE REFLEXIVA DO VIVIDO À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO	69
REFERÊNCIAS	76
ANEXO I	85
ANEXO II	86
APÊNDICE I	87
APÊNDICE II	103
APÊNDICE III	105
APÊNDICE IV	107

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso de iluminação fenomenológica que teve como objetivo compreender o conflito vivenciado pelo corpo fumante frente ao desejo ou a necessidade da supressão do uso de cigarros e a vontade de permanecer fumando. O estudo foi desenvolvido com sete corpos fumantes inscritos voluntariamente no programa Vida sem Cigarro da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) de Curitiba. O estudo foi apoiado no referencial teórico que preconiza três momentos de cuidar, a percepção, a construção do novo conhecimento e a implementação das ações de enfermagem. Foi acrescido aos mesmos, o modelo de atendimento ao tabagista preconizado pelo Ministério da Saúde. Na compreensão do fenômeno, foram desveladas três categorias: o rito de passagem; carência afetiva e insegurança e medo do vir-a-ser. Constatou-se que a adaptação do modelo de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde, na CASSI, aliado ao referencial de cuidado, proporcionou crescimento e enriquecimento profissional, possibilitando ajudar os corpos fumantes a vivenciarem o momento existencial conflitante entre o desejo de parar e a vontade de continuar fumando, resultando em uma nova prática de cuidado que alia incentivo à mudança pró-ativa pela motivação ao processo filosófico de reflexão e interação.

Descritores: Tabagismo; Abandono do uso do tabaco; Cuidados de Enfermagem; Corpo.

ABSTRACT

This is a case study of phenomenological orientation whose objective was to understand the conflict experienced by the smoking body in the face of the desire or the need to discontinue the use of cigarettes and the wish to continue smoking. Seven smoking bodies attending Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil's (CASSI's) "Life without Cigarettes" program in Curitiba were followed. This program was based on three moments of care: the perception, the new knowledge construction and the implementation of the nursing actions, adapted to the Ministry of Health's assistance model. For the comprehension of the phenomenon, three categories emerged. The passage ritual, affective longing and insecurity and fear of change. The adaptation of the model of assistance proposed by the Ministry of Health to the moments of care reference was found to provide professional growth and enrichment, which in turn, made it possible to help these smoking bodies to experience the conflicting internal moment between the desire to stop and the wish to continue smoking which resulted in a new nursing care practice which combines the incentive for a pro-active change through motivation with the philosophical process of reflexion and interaction.

Descriptors: Smoking; Tobacco use cessation; Nursing Care; Body.

1. INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco advém de longa data, e seu cultivo e uso já eram praticados pelos Maias na região da América do Norte e Central há quatro mil anos (BIOLCHI, 2005). Fez parte de cerimônias religiosas de vários povos indígenas e foi levado à Europa por navegadores e missionários a partir do século XVI, onde seu uso se disseminou, graças a ação do diplomata francês Jean Nicot, que conheceu a planta em uma viagem diplomática à Portugal. Na ocasião, o tabaco foi utilizado até para curar as enxaquecas de Catarina de Médici, rainha da França (BURNS, 1991).

O ato de fumar, antes do final do século XVII, já havia se constituído em rotina diária e no toque de distinção dos novos hábitos sociais adquiridos pelo homem. No início do século XVIII o consumo de tabaco expandiu-se a tal ponto que se transformou em um dos maiores valores do comércio internacional (ROSEMBERG, 1981, p. 227). Desde então, este hábito tem contribuído para muitos danos à saúde de seus consumidores diretos, ou seja, aqueles que efetivamente fumam, e os indiretos representados por aqueles que sofrem as conseqüências do chamado tabagismo passivo, decorrente da convivência prolongada com a fumaça. Assim sendo, o tabagismo é um problema de dimensão mundial de grande magnitude que traz consigo não apenas prejuízos individuais e coletivos, como também ao meio ambiente, motivo pelo qual tem sido foco de interesse da comunidade científica que há poucos anos começou a se preocupar mais intensivamente com os problemas causados pelo consumo de cigarros.

Atualmente, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto o Ministério da Saúde Brasileiro (MS), por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), consideram o hábito tabágico um grave problema de saúde coletiva, reconhecendo-o como uma doença causadora de dependência por preencher os critérios descritos no código de doenças de saúde mental (DSM IV).

O conceito de dependência de substância, segundo o Diagnóstico de Saúde Mental IV (DORNELLES, 2002, p.172), está baseado no cumprimento de, no mínimo três, dos nove critérios descritos a seguir:

- 1) Consumo em grandes quantidades ou durante longos períodos.
- 2) Desejo persistente ou uma ou mais tentativas frustradas de deixar ou controlar a ingestão.
- 3) Muito tempo perdido em atividades para conseguir a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos.
- 4) Freqüentes intoxicações ou sintomas de abstinência em momentos nos quais se espera que cumpra com suas obrigações (família, trabalho, etc) ou quando é perigoso (por exemplo, dirigir).
- 5) Abandono ou diminuição das atividades sociais, ocupacionais ou recreativas pelo abuso da substância.
- 6) Uso continuado apesar do conhecimento dos problemas físicos, psíquicos, ocupacionais ou sociais causados ou exacerbados pelo uso da substância psicoativa.
- 7) Marcada tolerância, com necessidade de aumentar as quantidades da substância para conseguir o efeito desejado ou diminuição do efeito, utilizando a mesma quantidade de substância.
- 8) Sintomas de abstinência característicos ao descontinuar a substância.
- 9) Uso da substância para controle da abstinência.

Acrescido ao conceito supra citado, o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 1999, p.21) aponta que o cigarro está relacionado a três tipos de dependência: a física, que é considerada quando o organismo adapta-se fisiologicamente ao uso crônico de uma substância, desenvolvendo sintomas e sinais orgânicos quando há interrupção do seu uso (BRASIL, 1997), a comportamental, causada pelas neuroassociações estabelecidas após várias repetições do modo de fumar, que levam ao consumo automático do cigarro, sem a percepção racional do desejo de fumar (BRASIL, 1999, p.22) e a psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais, etc. (BRASIL, 2001).

É importante destacar que uma vez estabelecida a dependência, a abstenção do consumo de cigarros torna-se um processo complexo e de difícil obtenção. Atualmente, devido a diversos fatores, tanto sociais e culturais, quanto a ação do sistema de saúde, é cada vez mais freqüente a busca por ajuda para parar de fumar. No entanto, penso que não apenas os serviços de saúde, como os seus trabalhadores não estão preparados para lidar com esta nova situação, apesar de existir na literatura elevado número de condutas, protocolos e guias de atendimento para o problema do tabagismo (ACHUTTI, 2001; BRASIL, 1991,1995,1997,1998,2001,2004; DUNCAN ET AL., 2004; FIORE, 2000; TORRECILA, 2001), que é muito prevalente em nosso meio (BRASIL, 2004). A sua utilização de uma forma organizada e sistematizada ainda é incipiente e geralmente está ligada a ações no nível secundário e terciário de saúde.

Como enfermeiro atuante no setor privado na Caixa de Assistência dos funcionários do Banco do Brasil (CASSI) no Programa Saúde da Família, após ter recebido capacitação específica, mediante treinamento oferecido pela empresa na qual trabalho em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), realizo, na minha prática cotidiana, consultas clínicas individuais e trabalhos de grupos com dependentes tabágicos que desejam parar de fumar.

A partir do momento que passei a vivenciar uma nova prática assistencial, percebi, tanto em contatos com outros profissionais como na literatura nacional, que são poucos os trabalhos desenvolvidos por enfermeiros no cuidado ao fumante que busca ajuda. Essa reflexão levou-me a refletir sobre a visão que o enfermeiro tem a respeito do indivíduo que fuma, uma vez que é comum encontrarmos também outros profissionais da área da saúde atribuindo valores morais ao consumo de tabaco ao invés de considerá-lo uma dependência, além de existir a crença de que as pessoas devem e podem parar de fumar sozinhas e a qualquer momento. No entanto, as estatísticas mostram que apenas 5% dos tabagistas conseguem abandonar o consumo de cigarros por si só e assim permanecer por mais de um ano, e que, em média, 25% conseguem obter taxas de sucesso para o mesmo período quando procuram os serviços que mantêm programas estruturados para apoiar a população tabagista (RICE, 2004; PROCHASKA, 1991; ANTHONISEN et al., 2005).

Os fumantes costumam freqüentar os serviços de saúde com as mais diversas demandas (desejos e necessidades) e segundo o Instituto Nacional do Câncer (1997), 70% costumam comparecer aos ambulatorios e hospitais pelo menos uma vez ao ano, quando nessas oportunidades, podem receber informações sobre estratégias de cessação do hábito tabágico. “O importante é aproveitar a disponibilidade do fumante em parar, mesmo que sejam necessárias várias tentativas, pois 70% dos pacientes fumantes desejam abandonar o fumo e já fizeram pelo menos uma tentativa de parar de fumar” (BRASIL, 1997, p.39).

O papel do profissional de saúde em relação ao tabagismo segundo o Instituto Nacional do Câncer é

[...] 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).

No que diz respeito ao papel do enfermeiro, o Instituto afirma que

são importantes veículos de conscientização, atuando como multiplicadores das ações de prevenção nos postos de trabalho, tendo em vista seu papel integrador na equipe de saúde. Tais como outros profissionais de saúde, eles têm a responsabilidade e o dever de falar, bem como aconselhar, rotineiramente, seus pacientes a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco. O seu contato prolongado com o paciente facilita essa abordagem (BRASIL, 1997, p.46).

Em relação ao atendimento à população tabagista realizada por enfermeiros, o Instituto Cochrane (instituição de pesquisa em Atenção Primária reconhecida mundialmente), por meio do seu grupo de estudos em tabagismo (The Cochrane Tobacco Addiction Group), publicou uma revisão sistemática¹ intitulada: *Nursing interventions for smoking cessation* que teve como objetivo pesquisar a efetividade do trabalho do enfermeiro em intervenções de cessação do tabagismo. Foram selecionados somente estudos que tiveram *follow up* (seguimento) de no mínimo seis meses. Quinze trabalhos compararam a atuação de enfermeiros com um grupo

¹ Tipo de estudo em forma de artigo de revisão que analisa vários artigos originais com elevado nível de evidência científica correlacionando-os, a fim de evitar e/ou diminuir os vieses capazes de distorcer os resultados (DUNCAN et al., 2004, p.34).

controle, ou seja, com um outro grupo que não recebia ação do enfermeiro e encontraram significativo incremento nas taxas de abandono. Na conclusão, o estudo apresenta um potencial benefício do aconselhamento e recomendações do enfermeiro referentes a supressão do consumo de cigarros, com razoável evidência que esta intervenção pode ser efetiva. O desafio é incorporar as ações de cessação como parte do rol de atividades comuns do enfermeiro, tanto na recomendação, aconselhamento, quanto no seguimento desta clientela (RICE e STEAD, 2004).

O termo “aconselhamento” é bastante utilizado na literatura sobre tratamento do tabagismo, e é citado no Guia Nacional de Prevenção e Tratamento do Tabagismo, na seguinte frase: “Todos os indivíduos que chegam aos serviços de saúde e fumam devem ser aconselhados a interromper o uso de tabaco. Se não for possível aconselhar adequadamente, é melhor encaminhar o fumante para um serviço especializado” (ACHUTTI, 2001, p.33).

Uma das dificuldades que aponto é a própria lingüística utilizada: “devem ser aconselhados”. Aconselhar, se nos reportarmos ao dicionário, tem conotações e significados como: dar conselho (juízo, opinião, persuasão, prescrição, ensino, lição), ou seja, no “aconselhar”, via de regra, está embutida uma postura profissional diretiva e autoritária de transmissão do saber, na qual o sujeito que “recebe o conselho” tem uma atitude passiva e pouco receptiva.

Compreendo que *orientar* é mais adequado do que o *aconselhar*, visto que aquele pressupõe conhecimento e desenvolvimento de habilidades, e que a orientação é permeada por discussão e atitude de escuta, no sentido de desenvolver relação dialógica, que possibilite a construção de ações em conjunto com o outro. Acredito também que é tarefa do enfermeiro, principalmente o que atua na atenção primária, orientar, encorajar e acompanhar os que desejam parar de fumar, mas percebo ser necessário não apenas sensibilização como também a capacitação específica. Entendo ainda, que o acesso à população tabagista deve ser facilitado neste nível, uma vez que o encaminhamento ao nível secundário é barreira suficiente para a perda “do momento” da decisão de tentar parar de fumar.

As intervenções para cessação do consumo de cigarro conseguem auxiliar ainda uma minoria de fumantes e podem, segundo Duncan e colaboradores (2004), serem breves e realizadas em poucos minutos por qualquer profissional de saúde,

no sentido de alertar o tabagista sobre seu hábito. Podem representar uma taxa de cessação do tabagismo entre 5 e 10% ao ano, ou mais intensivas. Essas intervenções combinam aconselhamento comportamental com farmacoterapia e podem alcançar um sucesso de 20 a 25% em um ano.

Na prática de atenção ao tabagismo, acompanho fumantes que procuram espontaneamente nosso serviço em busca de apoio para parar de fumar e utilizo modelos de abordagem preconizados nos seguintes documentos: Brasil (1997, 1999, 2001); Achutti (2001), principalmente o Manual do Facilitador (BRASIL, 1999), desenvolvido como instrumento norteador para a condução de trabalhos em grupo. Este manual, em meu serviço, foi adaptado para o atendimento individual, mediante o instrumental da consulta de enfermagem focada².

Neste cenário, o sucesso na supressão do fumo é semelhante ao encontrado na literatura, ou seja, uma taxa de 20% de abandono do tabaco por um período superior a 12 meses. Estes índices, embora esperados, são preocupantes, levando a alguns questionamentos como: o que fazer para melhorá-los? Por que, apesar da intenção de parar de fumar, os fumantes não obtêm sucesso?

A flutuação entre o desejo de deixar de fumar e a vontade de permanecer fumando é situação bastante comum e evidencia o conflito de corpos viventes e está descrita no Manual do Facilitador (BRASIL, 1999). Ao mesmo tempo em que deseja parar de fumar e se inscreve em um programa com este fim, por razões conscientes ou inconscientes, continua fumando. Esse conflito interno deve ser estudado mais profundamente e será chave no entendimento do processo não apenas para tomar a decisão de parar de fumar, mas de manter-se como não fumante. Estas inquietações, certamente, serão mais bem conduzidas por pesquisas com delineamentos qualitativos, uma vez que se mostram mais indicadas para atingir situações voltadas para o sensível, para a subjetividade do fumante que pode desvelar o conflito existencial que vivencia ao tentar abandonar o cigarro.

Ao recorrer à literatura, encontrei diversos estudos epidemiológicos e de tratamento do tabagismo, mas há poucos trabalhos envolvendo o cuidado de

² Termo utilizado pelo autor com a finalidade de salientar que cada consulta de enfermagem tem roteiro específico. As consultas de enfermagem têm denominação e finalidades semelhantes às descritas no manual do facilitador (BRASIL, 1999).

enfermagem ao tabagista em nosso país. Assim sendo, para contribuir com a discussão desta temática, este estudo tem como objetivo:

Compreender o conflito vivenciado pelo corpo fumante frente ao desejo ou a necessidade da supressão do uso de cigarros e a vontade de permanecer fumando.

2- O ATENDIMENTO AO CORPO FUMANTE SEGUNDO A LITERATURA

Os malefícios causados pelo consumo do cigarro estão bem descritos na literatura. Mesmo entre os tabagistas, há consenso sobre a forte associação entre o cigarro e a maior probabilidade de adoecer e morrer. Entretanto, deixar de fumar é um processo que, na maioria das vezes, leva tempo, já que necessariamente, implica mudança de comportamento. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 1997, p.24) o método comportamental é a estratégia mais indicada para ajudar um fumante a deixar de fumar, já que aborda aspectos cognitivos e motivacionais capazes de mobilizar os dependentes de tabaco a desencadearem e a vivenciarem processos de mudanças.

A motivação pode ser definida como a probabilidade de que uma pessoa se envolva, continue e adira a uma estratégia específica de mudança (JUNGERMAM, 1999). O desejo de mudança não deve ser considerado um traço de personalidade, ou algo estático, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar, que flutua de acordo com o momento e situação vivenciada, ou seja, um processo dinâmico e influenciado por fatores externos. Segundo a autora, os dependentes têm como característica a busca da gratificação imediata às custas do mal duradouro. Como a dependência é uma condição crônica de recaída, o principal objetivo do tratamento seria propiciar condições que favoreçam a mudança.

Para compreender como as pessoas se modificam dentro do cenário da dependência, podemos nos ancorar no modelo Transteórico descrito por Prochaska e DiClemente (1994), que se baseia em graus de motivação para empreender mudança de comportamento. Este modelo é utilizado em abordagens nas diversas adições¹ inclusive na dependência tabágica, e, segundo Oliveira (2003 p. 265), serve para identificar o estágio que o cliente se encontra quando inicia o tratamento.

¹ Adição – um indivíduo adicto é aquele que não consegue abandonar um hábito nocivo, mormente de álcool e drogas, por motivos fisiológicos ou psicológicos (FERREIRA, 1986).

O fumante passa por fases distintas, bem definidas e interrelacionadas, em que está mais suscetível ou não, a receber informação sobre tabagismo e conseqüentemente pré-disposto a realizar uma tentativa de parar de fumar. As cinco fases descritas por Prochaska e DiClemente são: **pré-contemplação**, caracterizada pelo fato do fumante não se preocupar com os riscos de seu hábito de fumar nem o reconhecer como problema. Via de regra, está pouco receptivo a discutir sobre o tema. Na fase seguinte, a **contemplação**, o tabagista assume que o comportamento de fumar é problema e pensa em interromper o consumo, porém não estabelece um planejamento efetivo para a parada. Em contrapartida, é receptivo a receber informações sobre estratégias para parar de fumar e, por vezes, sente-se motivado para passar à próxima etapa.

O contemplador, de acordo com Jungerman (1999, p.198), considera a mudança mas ao mesmo tempo a rejeita, e é nesta fase que a ambivalência, estando no seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar. Segundo a autora, a ambivalência quanto à mudança de comportamento é difícil de resolver porque cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos. Uma vez trabalhada a ambivalência, o dependente encontra-se na fase denominada preparo para ação, caracterizada pela elaboração de um plano e estabelecimento de compromisso com a mudança, passando então para a **fase da ação**.

Na fase da ação, o fumante realiza mudança de comportamento, fazendo supressão do consumo de cigarros a partir de alguma estratégia prévia. O processo todo, nos pacientes com comportamento dependente, segundo Jungerman (1999) pode durar de 3 a 6 meses. Quando se estabelece uma mudança efetiva, o dependente se encontra no estágio de **manutenção**, que segundo Oliveira (2003, p.266), deve ser estimulado por toda a vida, focando-se os ganhos obtidos com o tratamento, evitando-se, desta forma, a **recaída**. Uma vez atingida a mudança, não significa que a pessoa se manterá neste estágio. Muitas pessoas acabam recaindo e recomeçando o processo em quaisquer das fases anteriores.

Atualmente está sendo proposta uma última fase: a finalização, quando o processo de mudanças comportamentais já se concretizou e houve total desaparecimento do problema. O ex-fumante não tem mais qualquer desejo de

fumar, sente-se totalmente confiante em não consumir mais tabaco, não importando qual estímulo ambiental o provoque (KIRCHENCHTEJN & CHATKIN, 2004, p.11).

Inicialmente o modelo Transteórico era descrito graficamente a partir de uma roda, entretanto, o indivíduo não caminha linearmente pelos estágios. Hoje, as mudanças dos estágios segundo Oliveira (2003 p.265), são melhor representadas por uma espiral, porquanto as pessoas podem tanto progredir ou regredir, sem ordenação lógica.

Em minha opinião, esse modelo contribui para uma melhor efetividade na sensibilização dos tabagistas, uma vez que facilita a adequação da abordagem ao fumante de acordo com o estágio em que ele se apresenta. Segundo o INCA (BRASIL,1997), é tarefa dos profissionais de saúde auxiliar os fumantes a se tornarem altamente motivados para a etapa da ação, e, depois, ajudá-los a se manterem abstinência. Para isto, é necessário o desenvolvimento da habilidade de escuta e oferecer ajuda adequada no estágio em que o fumante se encontra (BRASIL, 1997).

2.1 Abordagem cognitivo-comportamental

O Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001) possui duas grandes abordagens para as quais existem evidências científicas que comprovam sua eficácia: a abordagem cognitivo-comportamental e o uso de alguns medicamentos.

A abordagem cognitivo-comportamental combina intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando a cessação e a prevenção de recaídas. Tem como objetivo, segundo Meirelles e Gonçalves (2004, p.31), a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, desenvolvendo estratégias de enfrentamento destas. O fumante é estimulado a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento, reconhecendo quais fatos do cotidiano o incitam a fumar e desenvolver formas de resistir a esta vontade. Este autor afirma que os medicamentos devem ser utilizados com a finalidade de diminuir os sintomas da síndrome de abstinência, facilitando assim esse tipo de abordagem.

A realização da abordagem cognitivo-comportamental se dá mediante 5 passos segundo o Consenso Nacional para Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001, p.14): **perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar** (PAAPA). Neste sentido, todo indivíduo atendido por um profissional de saúde, deve ter sua história tabágica investigada por perguntas como: Você fuma? Há quanto tempo? Quantos cigarros fuma por dia? Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? Você está interessado em parar de fumar? Você já tentou parar de fumar antes? Em caso afirmativo, o que aconteceu? (BRASIL, 2001, p.14)

Em relação à **avaliação**, deve-se procurar investigar tanto o grau de dependência à nicotina, valendo-se para tanto do teste de Fargeströn (ANEXO I), quanto identificar o grau de motivação do fumante para a cessação do hábito de fumar.

A próxima etapa de abordagem do fumante é o **aconselhamento**, e segundo Meireles (2004) “todos os pacientes devem ser aconselhados a deixar de fumar, alertando-os enfaticamente, porém sem agressividade, para a importância de cessar o tabagismo o mais rápido possível”. Este autor reforça a idéia que o aconselhamento deve ser personalizado e adaptado à fase em que o fumante se encontra por ocasião da consulta.

Se o paciente estiver em pré-contemplação ou contemplação, deve ser sempre estimulado a pensar sobre o assunto tabagismo, sem censura, criando uma atmosfera de respeito e confiança, para que o fumante sinta que o profissional de saúde está realmente interessado em apoiá-lo e acompanhá-lo no processo de cessação de fumar (MEIRELLES, 2004, p. 33).

A fase da **preparação** é quando o profissional de saúde estimula os fumantes que estão prontos para uma tentativa de interrupção do uso do cigarro, a marcarem uma data para fazê-lo, realizando um plano de ação capaz de avaliar os motivos que os levaram a fumar e, a partir daí, traçar estratégias para que possam resistir a esta vontade.

Acompanhar todos os pacientes que param de fumar é muito importante e necessário a fim de discutir os progressos e dificuldades vivenciadas, ajudando-o a consolidar esta tentativa e realizando estratégias de prevenção de recaída. “Em caso de recaída, esta deverá ser aceita sem crítica por parte do profissional de

saúde, mantendo atmosfera de confiança e apoio já demonstrada anteriormente” (MEIRELLES, 2004, p.34). O aprendizado com a recaída é um instrumento importante de educação em saúde e uma das formas de encorajamento para uma nova tentativa.

A abordagem do fumante pode ser realizada em diversos momentos e independentemente do tempo de duração, há um aumento da taxa de abstinência. Entretanto, segundo o Consenso Brasileiro de Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001), quanto maior o tempo total da abordagem (frequência da abordagem multiplicada pelo tempo gasto em cada contato) maior a taxa de abstinência. Por outro lado, Fiore et al. (2000) referem que abordagens superiores a 90 minutos não melhoram estas taxas.

2.2 Abordagem intensiva/específica

A abordagem intensiva/específica consiste na estruturação de um ambulatório específico para atendimento de fumantes. Pode ser feita individualmente ou em grupo de apoio. “É indicada para fumantes que foram identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso; ou, ainda, para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio” (MEIRELLES, 2004, p.32).

A diferença desta abordagem em relação às anteriores está relacionada à duração do contato em cada consulta. O ideal é que seja distribuída em quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal, que no final somem pelo menos 90 minutos de tempo total de contato nas 4 primeiras sessões.

2.3 Farmacoterapia

A farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio no tratamento do fumante em situações bem definidas, segundo o Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do fumante (BRASIL, 2001), a fim de contribuir para o sucesso da abordagem cognitivo-comportamental. O mesmo documento sugere critérios para prescrição de apoio medicamentoso, tais como: o grau de dependência física à

nicotina, a partir do teste de Fargeströn (ANEXO I) com escore igual ou superior a cinco, ou por avaliação individual do profissional, como por exemplo, tabagistas pesados (mais de 20 cigarros/dia) e/ou fumantes que acendem seu primeiro cigarro até 30 minutos após acordarem. Outro critério utilizado para a recomendação de farmacoterapia é no caso dos fumantes que tentaram parar anteriormente sem terem obtido sucesso e que utilizaram somente a abordagem cognitivo-comportamental.

Os medicamentos com comprovação científica de eficácia no tratamento do tabagismo são divididos em dois grupos, conforme o seu mecanismo de ação e a eficácia: os nicotínicos e os não nicotínicos. O primeiro grupo caracteriza-se pelo tratamento de reposição de nicotina (TRN), que incluem medicamentos como goma de mascar, adesivos, *spray* nasal, inalação e pastilhas. No Brasil, dispomos apenas das apresentações em adesivo e goma de mascar. O segundo grupo é composto por medicamentos antidepressivos divididos em medicamentos de primeira linha, bupropiona, e de segunda linha, nortriptilina e a clonidina (VIEGAS & REICHERT, 2004, p. 36).

A monoterapia de um modo em geral é suficiente para a maioria dos pacientes. Não havendo contra-indicação, podem ser escolhidos os medicamentos de primeira linha de acordo com a avaliação individual, levando-se em conta a opinião e a vontade do paciente, o que tende a aumentar a aderência ao tratamento (BRASIL, 2001, p.16). Um fator limitante do uso de medicamentos desta categoria é o custo.

É importante salientar que quando houve falha de tratamento, ou seja, o paciente não conseguiu parar de fumar após ter sido realizada a abordagem cognitivo-comportamental e utilizado apenas um dos medicamentos de primeira linha, pode-se pensar na associação dessas formas terapêuticas, uma vez que estudos mostram que a associação destes tratamentos elevam as taxas de sucesso. Entretanto, devido a seus efeitos colaterais, e por terem sido testados em pequenas amostras de poucos estudos científicos, a nortriptilina e a clonidina só devem ser utilizadas após insucesso das terapias de primeira linha, sob supervisão médica e em centros especializados de fumante (BRASIL, 2001, p.34).

O tratamento da dependência tabágica é tanto clinicamente efetivo quanto custo-efetivo, principalmente quando comparado a outras estratégias de prevenção de doenças utilizadas nos sistemas de saúde (FIORE et al., 2000). Portanto, o autor sugere que os seguros de saúde devem investir na oferta de serviços e tratamento medicamentoso reembolsáveis. Iniciativas públicas têm sido feitas no sentido de viabilizar este tipo de tratamento com maior e melhor acesso à população dependente de tabaco.

Embora tenha sido capacitado para trabalhar com o problema do tabagismo dentro desta perspectiva, observo que as respostas a este tipo de intervenção são muito individuais; percebo que no setor saúde, tanto a abordagem quanto o tratamento do tabagista, é cada vez mais medicalizante, o que tem reforçado a postura de alguns fumantes que buscam auxílio na tentativa de obter um “milagre farmacológico” para o seu mal, mas parece não ser suficiente, uma vez que “as pessoas em situações de conflito precisam conversar em termos suficiente amplos e profundos para lidar com suas preocupações. Elas necessitam de diálogo e não de diagnóstico” (MARINOFF, 2005, p.18).

Entendo ser necessário descrever de modo sucinto as sessões de grupo preconizadas pelo manual “Parar de fumar: uma decisão inteligente – manual do facilitador” do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 1999), que é tradução e adaptação do original americano “Freshstart” da American Cancer Society.

As sessões de grupo, de acordo com este manual (APÊNDICE I), ocorrem mediante a realização de quatro encontros básicos, com uma hora de duração, temas previamente definidos e objetivos distintos. Na primeira sessão, “**entender o que me faz fumar e como fumar me afeta**” (BRASIL, 1999, p.17) está prevista a descrição e a discussão dos três tipos de dependências causadas pelo cigarro, da ambivalência, das estratégias utilizadas para parar de fumar e os prejuízos causados pelo cigarro. Entre essa sessão e a próxima, os fumantes devem ser estimulados a escolherem uma data para deixar de fumar.

A sessão dois, denominada “**lidar com os primeiros dias sem cigarro**” (BRASIL, 1999, p.27) tem como objetivo a discussão sobre a síndrome de abstinência, o conceito de assertividade e do pensamento construtivo, além de realizar demonstração de algumas “ferramentas de relaxamento” como a respiração

profunda, o relaxamento muscular e o exercício da fantasia. Como tarefas desta sessão, está o reforço para a escolha de uma data para parar de fumar e a prática das recomendações apresentadas.

Na sessão 3, “**vencer todos os obstáculos para parar de fumar**” (BRASIL, 1999, p.39), promove-se a discussão sobre os benefícios físicos que são experimentados ao parar de fumar. Outros temas importantes são as causas do ganho de peso quando se para de fumar, a associação do álcool e do cigarro, e o apoio interpessoal adequado na ocasião da supressão do fumo. E por último, a sessão quatro, “**usufruir para sempre do abandono do cigarro**, (BRASIL, 1999, p. 47), que visa promover a discussão sobre os benefícios a longo prazo obtidos com o parar de fumar e as estratégias para permanecer sem o cigarro, evitando a recaída.

É importante destacar que os participantes são estimulados a retornarem para acompanhamento, tanto individualmente quanto em grupo como forma de contribuir com os demais.

Na utilização desta metodologia de trabalhos com grupos, em minha trajetória profissional, observei dificuldades tais como a captação de novos interessados e o absenteísmo nos encontros (APÊNDICE I). Ao refletir sobre esta situação, senti a necessidade de transformar os atendimentos grupais em atendimentos individuais, mediante a consulta de Enfermagem, seguindo o mesmo roteiro (BRASIL, 1999). Desde então, percebi a carência de um referencial teórico que pudesse sustentá-la.

3. SUPORTE TEÓRICO

Ao buscar a ampliação do meu conhecimento no curso de Mestrado em Enfermagem, tive a oportunidade de ler a respeito de algumas teóricas de enfermagem na disciplina Concepções teórico-filosóficas e metodológicas para a prática profissional. Entretanto, ao conhecer o referencial de cuidado proposto por Polak (1997), professora do Programa de Mestrado da UFPR, que valoriza o sensível sem desconsiderar o concreto da realidade vivida, vislumbrei a oportunidade de modificar minha prática de cuidado direcionada aos tabagistas, uma vez que a autora se fundamenta no pensamento do filósofo Maurice Merleau-Ponty.

O filósofo existencialista Merleau-Ponty (1994) compreende o homem como sendo corpo, como corporeidade, que percebe e é percebido, que vê e é visto, toca e é tocado, sente e é sentido porque é sensível. Assim, o corpo é o concreto da existência e a corporeidade sua expressão. Para o autor, o homem não tem corpo mas sim é corpo, que está no mundo, relaciona-se com este e com o outro mediante sua corporeidade. Desta maneira, o filósofo explica a ambigüidade do homem, porque o capta em sua integralidade, nem corpo nem espírito, nem corpo nem mente, mas simplesmente sendo corpo, consciência encarnada, que revela a sua unidade a partir do sensível e da experiência do ser-no-mundo (LABRONICI, 2002).

O corpo de cada indivíduo é, segundo Merleau-Ponty (1994), a dialética do vivente e do seu meio biológico, do sujeito e do seu grupo, é o conjunto de caminhos já traçados que contém em si tudo aquilo que encerra o seu grupo, as suas representações, a sua história, as suas crenças e sentimentos que por sua vez, expressam a sua origem social (POLAK, 1997, p.58), porquanto é o lugar onde “tudo permanece; do fazer ver e da fala e onde tudo se mostra” (MERLEAU-PONTY, 1994, p.208; 1984, p.207). Neste contexto, mais do que simples objeto ou lugar de reflexão

ele é o conjunto de significações vivenciadas durante a trajetória existencial que passam a fazer parte do nosso ser, da nossa bagagem cultural e

histórica e que, fazem do corpo “memória”, memória que guarda, retrata, conta e faz histórias, porque vivencia e experiência o ser e o estar no mundo, o ser-ao-mundo num processo de coexistência (LABRONICI, 2002, p. 20).

O fumante em tela é este corpo que se ligou ao cigarro em um dado momento da vida, passou a se identificar com outros corpos fumantes e a construir sua história, consolidar crenças e representações enquanto corporeidade que fuma, assumindo esta condição existencial.

Destarte o referencial teórico de Polak (1997) tem o corpo como base de todo o processo de cuidar e destaca que ele deve ser assumido como corporeidade, como forma de manifestação gestual que expressa o discurso e, conseqüentemente, a comunicação humana

A corporeidade é condição humana e modo de ser, que caracteriza o homem na sua existência, é o contido em toda a dimensão humana. É ser flexível, é estar disponível e aberto para o outro e para o mundo; é o regate do corpo, é o existir, é a história de cada um de nós, que se funde com o outro que também é corpo vivente, que traz na sua bagagem cultural suas crenças, seus valores e sua visão de mundo, num processo de recruzamento (POLAK, 1996, p.46).

Ao transpor o conceito de corporeidade de Merleau-Ponty para o cenário da saúde, Polak (1997) nos proporciona uma série de questionamentos, vez que a visão predominante do “mundo da saúde” é a do corpo biológico, portador de um conjunto de órgãos, estruturas e sistemas que quando em disfuncionamento, necessita “de reparos”. A autora afirma que é muito forte a influência do pensamento racionalista, que fragmenta o corpo e desta forma ele passa a ser objeto, por meio do conhecimento técnico-científico, é entendido como um organismo vivo, como uma estrutura predeterminada pelo código genético. Este modelo está fundamentado na doença, nos tratamentos medicamentosos e nas intervenções cada vez mais tecnológicas.

A doença é um objeto de observação e mensuração, e nunca entendida como experiência subjetiva, como problema existencial (POLAK, 1997, p.93). Este pensamento fragmenta o ser humano e coloca corpo e mente e saúde e doença como opostos. Para romper com a dicotomia corpo/mente, saúde/doença, corpo/espírito é necessário uma nova visão que transcenda este modelo fracionador,

que muito contribuiu para o desenvolvimento tecnológico e conseqüentemente para avanços do setor saúde, mas que de forma limitada, não traz respostas adequadas aos múltiplos problemas complexos vivenciados por corpos vivos durante sua trajetória existencial.

Destaco o tabagismo como um desses problemas, uma vez que é muito mais do que uma conduta potencialmente nociva, causadora de sinais e sintomas num corpo biológico, ou um ato humano carregado de moral. A ampliação desta visão de mundo que vai além do ato mecânico de acender o cigarro, implicará na forma de abordagem e enfrentamento do problema, que tem sido “tratado” como um comportamento de risco, capaz de ser reparado por meio da “força de vontade” ou por métodos medicalizantes, isto tudo diretamente influenciado por duas grandes indústrias, a farmacêutica e a fumageira.

Para ampliação desta visão, há a necessidade de compreender a concepção de corpo vivo uma vez que envolve “[...] as necessidades éticas, estéticas, de solicitude, de encontro, de compreensão, de construção, de superação e de autoconhecimento, entre muitas outras que se acham latentes e que, em qualquer momento, poderão ser despertadas” (POLAK, 1997, p.26).

Desta forma, Polak (1997) reitera a importância do corpo ser visto como unicidade, como mediador de nossa relação com o mundo, nosso estar no mundo, e segundo Merleau-Ponty (1984, p.200), “o corpo comporta um lado inacessível, acessível apenas ao seu titular, ele envolve uma filosofia da carne como visibilidade do invisível”. Ele se faz presente no mundo mediante uma presença natural, o “estar-aí”, ou como uma presença intencional, o “ser-aí”. Na primeira condição há uma situação passiva, porquanto o homem, pela presença natural, está presente no espaço-tempo físico e espaço-tempo biológico. Entretanto, pela presença intencional do “ser-aí”, começa a estruturar-se o espaço propriamente humano, que tem no corpo vivo, a fusão de todas as dimensões, psicológica, social, cultural e espiritual (POLAK, 1997c, p.36).

A corporeidade é vivida no encontro intencional enfermeiro-cliente, uma vez que é condição humana, modo de ser. Neste contexto, o cuidar no cotidiano da prática de enfermagem se concretiza segundo Labronici (1998), nas situações de

encontro/interação que são momentos intencionais, únicos, caracterizam as situações de enfermagem e exigem diálogo e interação.

A interação é relação existencial que faz parte do mundo humano, que se efetiva mediante o processo quiasmático, que não é somente a troca do eu com o outro, mas também troca de mim e do mundo, do corpo fenomenal e do corpo “objetivo”, do que percebe e é percebido. Dessa forma, o encontro entre o corpo cuidador e o corpo cuidado reitera a ambigüidade do corpo visto-vidente, tocado-tocante e por isso “senti-sentant” (LABRONICI, 1998, p. 32).

Neste cenário, o cuidado é concebido como resultado

de um processo de construção do conhecimento, como momento dinâmico, espaciotemporal, movimento bilateral, porque exige o sair de si e o retirar o outro do seu em si. Isto significa projetar-se em direção ao outro e ao mundo, com respeito, competência, sensibilidade e solidariedade. [...] e a enfermagem é o saber, o fazer, o pensar, o sentir comprometidos com a promoção da vida; é o processo contínuo de percepção, de reconstituição, de construção, de reconstrução e de rearmonização de corpos. Enfermagem é presença, suporte; é ajuda, proteção, nutrição; é empatia que se concretiza no encontro de vidas, de corporeidades (POLAK, 1997, p.117).

Neste encontro de corporeidades cada qual traz sua história, seus valores, crenças, convicções e é movido por intencionalidades. Esta intencionalidade que possibilita a interação, pode ser fundamentada no pensamento de Merleau-Ponty (1994) que afirma ser o corpo tanto a janela para o mundo, através da qual se vê e se interage com o mesmo, como objeto dele, que tece os fios intencionais com ele e que me revela como percebo e sou percebido. Desta maneira, o encontro de corporeidades segundo Labronici (1998, p.33), “é relacionamento entre corpos, entre consciências que dinamicamente se percebem, se descobrem, se reconhecem e se contrastam e, quando vivenciado sob a forma de ‘nós’, será relação verdadeira e de transcendência”.

É importante ressaltar que nas situações de encontro/interação, o agir do enfermeiro deve propiciar ao outro a liberdade de escolha, a tomada de decisões. As atividades planejadas e experimentadas devem focar a sua multidimensionalidade. Assim, o processo vivido nas situações de enfermagem

é encontro de vidas; encontro cultural, quando os valores, às vezes, conflitam; o respeito e garantia do espaço de cada um são prementes, cada qual deve ver o outro na sua peculiaridade; quando a percepção e o olhar tornam visível o que era invisível, permitem o descobrir e o redescobrir constante (POLAK, 1997, p.118).

Esta atitude estética é fundamental no cuidado ao corpo tabagista, porque ajuda no seu processo de reflexão e transcendência para o novo vir-a-ser. A sua trajetória, enquanto corpo fumante, e os seus direitos de escolha devem ser respeitados em todos os momentos propostos por Polak (1996). Este princípio ético não é fácil, uma vez que a formação do enfermeiro, bem como de outros profissionais de saúde, reforça a adoção de condutas imperativas, principalmente no caso do tabagismo, desconsiderando a sua liberdade. Cabe ressaltar que a mudança no comportamento dos enfermeiros se dará mediante o resgate do humano na prática de cuidado.

A concretização do cuidado, segundo a autora (1997, p.116), ocorre mediante três momentos: **a percepção, a construção do novo conhecimento e a elaboração e expressão das ações de enfermagem.**

O primeiro momento se dá a partir da **percepção**. É por meio dela que se pode verdadeiramente entrar em contato com o outro para conhecer seu mundo privado. Ela é o acesso do corpo ao mundo e ao saber, motivo pelo qual o enfermeiro, no desenvolvimento das ações de enfermagem, deve deixar que o corpo fale, que se expresse verbalmente, gestualmente e corporalmente, ou seja, mediante sua corporeidade na qual a linguagem é fundamental.

Pela linguagem, o corpo se abre para nova forma de ser; torna-se corporeidade pelo outro que o percebe; passa a exigir a presença do outro: é a linguagem que efetiva tal apreensão em todo o seu simbolismo. Isso me leva a inferir que não se pode compreender o gesto do outro, a não ser pela comunicação existente entre mim e ele, e esta se baseia nos significados comuns, presentes no vivido de cada um; evidencia-se assim, que é na corporeidade que se compreende o outro e se percebem as coisas (POLAK, 1997, p.61).

Para se ter essa percepção se faz necessário mergulhar no pensamento do outro, buscar a relação originária da compreensão. No cenário da enfermagem a percepção nos permite entrar

no mundo do cliente¹, conhecê-lo e orientá-lo durante o processo de cuidar, ao mesmo tempo que possibilita também ao outro nos perceber. Ela é o ponto inicial do processo de cuidar, na qual a linguagem é vital e possibilita a compreensão de todo o simbolismo presente não apenas nos rituais de cuidado, mas em todo o viver social (LABRONICI, 1998, p. 27).

A percepção é dinâmica, motivo pelo qual Polak (1997) afirma ser necessário documentá-la, vez que é ato contínuo do sujeito com seu mundo. Para a autora (1997, p. 122) “é importante termos olhos que vejam, ouvidos que escutem, de termos sensações e de nos deixar envolver, intencionalmente, pela imensidão do mundo”. O olhar citado pela autora é diferente do olhar clínico passivo, que recebe mecanicamente as imagens e as mensagens, ou seja, um olhar desprovido de intencionalidade

o olhar deve ser revestido do humano, um olhar da corporeidade, que apreende o outro na totalidade, que a tudo precede e transcende. É necessário o perceber, que é diferente do poder-ver. O perceber implica o olhar atencioso, que apreende, que busca e capta, que possibilita o conhecer, o construir, o desconstruir, o interpretar, que possibilita a compreensão (POLAK, 1997c, p. 4).

Este olhar qualitativo, hermenêutico, que desnuda e interpreta todo conteúdo das descrições, das lacunas, dos gestos, dos olhares ou das pistas que o corpo cuidado expressa, é fundamental para perceber os significados do seu discurso. Desta maneira, a percepção não é apenas um fenômeno entre os outros, senão fenômeno fundamental, que tem como preocupação a relação existente entre a consciência e o mundo (MERLEAU-PONTY, 1994). Por meio dela posso apreender as questões referentes às sensações, ao conhecimento das coisas, ao espaço, ao tempo e à liberdade.

Para perceber o significado do discurso do corpo cuidado é imprescindível o olhar qualitativo, hermenêutico² que interprete todo o conteúdo das suas descrições, as lacunas, o silêncio, os gestos, os olhares, as pistas. Desta maneira, a percepção

¹ Cliente – o termo cliente passou a ser utilizado na Enfermagem como um substituto do termo paciente, que tinha forte associação com um sujeito passivo, estando à espera de cuidados. Neste estudo, ele é entendido como um corpo autônomo que coexiste com outros corpos e se manifesta mediante sua corporeidade (MERLEAU-PONTY, 1994).

² Hermenêutico – respeitante a hermenêutica, ou seja à interpretação do sentido das palavras (FERREIRA, 1986, p.889). É a arte da interpretação das estruturas de significados contidos na descrição (LABRONICI, 2002, p.46).

captada pelo olhar depende da visão de mundo de quem percebe e de vários fatores como: momento, o que se deseja perceber e o tempo que se dedica a perscrutar o objeto de interesse, e permite que se estabeleça a relação de intercorporeidade definida por Polak (1997), como sendo encontro “de vidas”.

É importante destacar que a enfermagem é exercida por corpos viventes que cuidam de outros corpos, e o seu fazer é constituído na corporeidade e pela corporeidade. Nesta relação de cuidado ocorre um projetar-se, um sair de si em direção ao outro. O enfermeiro não desenvolve nenhuma ação isolada, por isso cada ação contém em si um pouco do outro. Desta maneira, “nos tornamos significativos para nós e para os outros: quando cada um se torna visível ao outro, sentido e compreendido pelo outro, quando o gesto e a palavra ampliam o mundo de significações, passa existir o mundo humano” (POLAK, 1997, p.109).

A relação de cuidado estabelecida entre corporeidades é ativa, horizontal e não justaposta, permitindo ao corpo cuidado participar do planejamento das ações de cuidado, emitindo opinião, questionando e decidindo conjuntamente o que considera melhor para si (LABRONICI, 2000).

No tocante ao cuidado do corpo tabagista, anco-ro-me nesses fundamentos, uma vez que a prática de cuidado tem de ser centrada no outro, preocupada com o desenvolvimento pessoal e não com a sua regulação. Assim, enfermeiro e cliente ao partilharem seus saberes e seus mundos, desenvolvem uma prática dinâmica e intencional e, juntos, constroem a trajetória em busca da superação de um momento específico em vista da aquisição de conhecimentos.

Tanto o primeiro momento como os subseqüentes propostos por Polak (1997), constituem processo de aprendizagem, motivo pelo qual todas as situações de encontro/interação exigem preparo, construção ou reconstrução dos saberes do enfermeiro e do cliente, de forma que atendam a especificidade de cada momento do viver.

Estas especificidades são vividas por corporeidades que enfrentam as dicotomias freqüentes do cotidiano. Podemos ter corpos cuidados que tem uma visão de mundo muito diferente da nossa, assim como a experiência de conflitos de relacionamento interpessoal, na família ou em outro cenário, que nos desencadeia sentimentos de desconforto. Portanto, a importância do estabelecimento da relação,

do respeito ao livre arbítrio, do compartilhar de um clima afetivo, ético e humano se faz necessário, para que ocorra o segundo momento do referencial de cuidado proposto por Polak (1997), ou seja, **a construção do novo conhecimento**.

A construção do conhecimento requer que o enfermeiro seja criativo, coloque o tema abordado de forma clara, faça a conexão entre o vivido pelo corpo cuidado e a experiência de aprendizado que está sendo criada, o que para a autora caracteriza a ação de cuidar como resultante da ação pedagógica. Isto significa que o enfermeiro deve agir conforme as exigências do outro, com as exigências do momento, deve respeitar os seus limites e fazer uso da linguagem verbal e não verbal (POLAK, 1997, p.20). Durante esta fase é preciso que assuma uma postura ativa e estimuladora, vez que este momento, no processo de cuidar, constitui-se, de fato, no momento de ligação e de desenvolvimento

é o momento de vir a ser graças ao seu conhecimento. Ao sensibilizar o cliente, o enfermeiro retira-o da passividade, lança em direção ao novo, coloca-o em movimento, em busca de resposta para as suas questões e no desafio para o ser fumante de lançar mão dos recursos e estratégias para a superação do momento atual (POLAK, 1997, p. 131).

O terceiro momento proposto por Polak (1997) denomina-se **elaboração e expressão das ações de enfermagem**, em que o enfermeiro como mediador e facilitador de relacionamentos, oferece ao cliente subsídios para a tomada de decisões, para a criação do novo, da vida digna, ética, comprometida com a realidade social, mediante as ações de enfermagem. É neste questionar, neste inquirir, nesta tentativa de desvelar o outro e o seu mundo, que se encontra o cerne de suas ações. Nesta oportunidade, espera-se que o corpo cuidado apresente respostas para os seus problemas, que seja capaz de correlacionar o novo saber com o seu contexto, que assuma através de sua corporeidade uma independência nas ações de auto cuidado. Desta maneira, espera-se que haja o crescimento para as corporeidades envolvidas, tanto por parte do enfermeiro, que estará enriquecido e assim poderá ajudar outros corpos que vivenciam o mesmo problema, assim como para o cliente, que poderá dispor do apreendido em outros processos vivenciais de sua trajetória de vida.

4. O CAMINHO PERCORRIDO PARA A CONPREENSÃO DO FENÔMENO

A pesquisa em tela se caracteriza como um estudo de caso de iluminação fenomenológica uma vez que a fenomenologia é o estudo do fenômeno que se dá mediante a descrição, e nesta pesquisa possibilitou perceber o conflito existente entre o desejo de parar de fumar e o desejo de permanecer fumando. Assim sendo, durante este percurso assumi o papel de observador e intérprete de sete corporeidades, com o intuito de apreender o sentido do conflito expresso pelos discursos, pela observação de prontuário e observação descritas no diário de campo.

O estudo de caso segundo Triviños (1987) possui duas características principais: uma diz respeito a natureza e à abrangência da unidade, e a outra à complexidade do estudo determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação para o investigador em seu trabalho. Para Gil (1999) é um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, o que não pode ser alcançado por meio de outros delineamentos de pesquisa.

É interessante ressaltar que esta modalidade de estudo de acordo com Yin (2005) pode ser do tipo exploratória, e/ou descritiva, e/ou explanatória, e é geralmente a escolhida quando o foco de pesquisa se encontra em fenômenos sociais complexos e contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

O estudo de caso pode ser definido segundo Yin (2005, p. 32) “como uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre fenômeno e contexto não estão claramente definidos”. Portanto, este modelo de pesquisa está fortemente indicado quando o fenômeno em estudo está diretamente ligado ao conjunto, ao todo, às situações do cotidiano.

Uma das características fundamentais dos estudos de caso, conforme afirma Lüdke (1986), é que estes enfatizam a interpretação do contexto.

“Para uma apreensão mais completa do objeto, é preciso levar em conta o contexto em que ele se situa. Assim, para compreender melhor a manifestação geral de um problema, as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas devem ser relacionadas à situação onde ocorrem ou à problemática a que estão ligadas” (LÜDKE, 1986, p.18 e 19).

A investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única, uma vez que fenômeno e contexto não são sempre discerníveis. Há necessidade de um desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir tanto a coleta como a análise dos dados. Neste sentido, os estudos de caso podem ser conduzidos e escritos por muitos motivos diferentes, incluindo a simples apresentação de casos individuais ou o desejo de chegar a generalizações amplas baseadas em evidências de estudos de caso (YIN, 2005, p.33 e 36).

Embora as políticas públicas de saúde incentivem o trabalho com o problema do tabagismo, há pouca literatura sobre o cuidado prestado ao corpo fumante que luta para se abster do consumo de cigarros. A relevância do estudo de caso é sua contribuição para enriquecimento da literatura na área, uma vez que essa complexa temática é pouco trabalhada pelo enfermeiro. O interesse no estudo de caso segundo Lüdke (1986, p.17), incide naquilo que ele tem de único, de particular, “quando queremos estudar algo singular, que tenha valor em si mesmo”.

No presente estudo acompanhei, 7 corpos fumantes que vivenciaram, comigo, o conflito existencial entre o parar ou não de fumar e analisei este fenômeno em profundidade. Para a construção deste caso único, segui os momentos de cuidado propostos por Polak (1997), adaptando-os ao modelo de atendimento originalmente utilizado no cenário em estudo, presente na literatura (BRASIL, 1997, 1999, 2001).

Vale ressaltar que a opção pelo estudo de caso único, ao invés da escolha pelo estudo de casos múltiplos, dá-se principalmente, devido a vários fatores. Primeiramente, aos fatores tempo e recursos disponíveis. Por se tratar de uma dissertação de mestrado com período curto para desenvolvimento, e por ser uma pesquisa a ser desenvolvida com recursos próprios, não reúne as condições indispensáveis para replicar o estudo em outros cenários diferentes. Portanto, este trabalho não pretende alcançar o nível da generalização, mas sim, apresentar em profundidade o fenômeno em um cenário apenas.

O estudo de caso único é um projeto que pode ser aplicado em várias circunstâncias (YIN, 2005, p.62). O autor descreve cinco fundamentos lógicos para sua utilização, dos quais foi destacada: a aplicabilidade em um caso decisivo que possibilita testar uma teoria bem formulada com o objetivo de confirmá-la, contestá-la ou ampliá-la.

Nesta pesquisa, embora os momentos de cuidado propostos por Polak (1997) não se caracterizem como uma teoria, tive a oportunidade de aplicá-los no ambiente da Atenção Primária, dentro da estratégia “Saúde da Família”, norteando o cuidado de corpos fumantes que pedem ajuda para parar de fumar. Estes momentos só haviam sido aplicados anteriormente, dentro da esfera de cuidado hospitalar.

Outra circunstância apropriada, segundo Yin (2005), para a utilização de estudo de caso único, é quando um caso representa um caso raro ou exclusivo. Como já explicitado, embora vários trabalhos tenham sido desenvolvidos sobre tratamento do tabagismo, o cuidado direto do enfermeiro nos atendimentos de desintoxicação tabágica é pouco descrito no Brasil. Por outro lado, um outro fundamento lógico é o caso representativo ou típico, em que o objetivo é capturar as circunstâncias e as condições de uma situação típica do dia-a-dia, como é o caso do conflito existencial vivido pelo fumante que deseja parar de fumar. Parte-se do princípio de que as lições que se aprendem desses casos podem fornecer muitas informações novas sobre as experiências da pessoa ou instituição.

Outro fundamentos descritos por Yin (2005) para um estudo de caso único é quando ele serve a um propósito como o caso revelador, em que o pesquisador tem a oportunidade de observar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica e, por último, o caso longitudinal que visa estudar o mesmo caso único em dois ou mais pontos diferentes no tempo, uma vez que certas condições mudam com o tempo, como é o objeto em estudo, que possui forte ligação com aspectos motivacionais diretamente ligados ao contexto.

4.1. Apresentando o Cenário

O cenário escolhido para o desenvolvimento do estudo de caso foi a Caixa de Assistência dos funcionários do Banco do Brasil (CASSI), que é uma empresa de

em saúde, fundada em 1944. Presta serviços de saúde aos funcionários do Banco e seus familiares, consangüíneos e afins, inscritos no Plano de Associados ou no Plano Saúde Família. É uma instituição juridicamente autônoma, mas que integra o conglomerado Banco do Brasil e que se enquadra no modelo de autogestão¹.

O sistema de autogestão é um sistema organizacional administrado e gerido pelos trabalhadores e pelos patrocinadores corporativos, que não visa ao lucro, mas sim, à assistência à saúde dos seus participantes. No caso da CASSI, há a presença de quatro diretores, sendo dois eleitos pelo corpo social e dois indicados pelo Banco do Brasil. Existe uma disposição estatutária que regulamenta seu funcionamento e o controle exercido pelas partes. A mesma obedece a legislação do Sistema Único de Saúde, referente ao setor complementar (CASSI, 1997).

A fundação da CASSI ocorreu na década de 40, a partir da insatisfação dos trabalhadores bancários com a assistência à saúde prestada no interior do país, pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB), cuja estrutura concentrava-se nas capitais, e em 27 de janeiro de 1944, um grupo de funcionários do Banco do Brasil, mediante uma Assembléia Geral, constituíram-na. Atualmente, tem sede e foro na cidade de Brasília e conta com estrutura administrativa e de saúde em todos os estados brasileiros. Passou por várias reformas estatutárias a fim de se ajustar às transformações político-sócio-econômicas e culturais, que ocorreram em nosso país. Para garantir sua missão, utiliza-se do modelo de Atenção Integral à Saúde, com foco na qualidade de vida, implementando em diversas localidades, a estratégia assistencial de Saúde da Família, com atendimento multiprofissional.

A escolha do local da pesquisa se deveu, além das características assistenciais presentes, ao fato de ela mesma desenvolver um programa de atendimento à população tabagista desde o ano 2000. Nesse programa há atuação direta do enfermeiro com esta problemática, tanto na coordenação como na execução das ações do programa “Vida sem cigarro”.

¹Sistema de organização pertencente ao Setor Suplementar de Saúde, que possui formas organizacionais heterogêneas, mas com alguns princípios comuns, como o da solidariedade (cada um contribui de acordo com sua possibilidade e usufrui conforme sua necessidade), a oferta de cobertura assistencial predominantemente maior do que aquela exigida por lei, a ausência de restrição a doenças de lesões preexistentes e uma administração do sistema que não visa lucro (UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO, 2005, p.5).

O referido programa utiliza uma metodologia de atendimento baseada nos seguintes documentos: Ajudando seu paciente a parar de fumar (BRASIL/INCA, 1997); Manual do Facilitador – parar de fumar uma decisão inteligente (BRASIL/INCA, 1999); Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001 (BRASIL/INCA, 2001).

O trabalho realizado nesse programa prevê consultas de enfermagem individuais de aproximadamente quarenta e cinco minutos de duração, que seguem a programação de temas propostos pelo Manual do Facilitador (INCA, 1999), como:

- a) Entender o que me faz fumar e como o fumar me afeta;
- b) Lidar com os primeiros dias sem o cigarro;
- c) Vencer todos os obstáculos para parar de fumar;
- d) Usufruir para sempre do abandono do cigarro.

Outro aspecto relevante para a escolha do cenário de estudo, foi o processo de trabalho desenvolvido na CASSI, Curitiba. A estratégia de atendimento do Programa Saúde da Família prevê encontros semanais entre a equipe de saúde composta por médico de família, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, assistente social e psicólogo, nos quais são discutidos, tanto o planejamento de ações para o território vinculado a cada equipe, quanto a discussão de casos e de famílias atendidas pela equipe de saúde.

A relação entre os profissionais permitiu discussões mais aprofundadas dos casos sob cuidado, a possibilidade de encaminhamentos e inter-consultas entre as diversas áreas de conhecimento. Portanto, os corpos fumantes inscritos no programa “vida sem cigarro” tinham acesso facilitado a toda esta estrutura.

4.2. Delimitação temporal

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu entre agosto e dezembro de 2005.

4.3. Apresentando os atores

Os sujeitos participantes deste estudo foram 7 (sete) corpos fumantes inscritos no programa institucional “vida sem cigarro”, sendo 4 mulheres na faixa

etária entre 33 e 52 anos, fumantes há mais de 20 anos, com consumo médio de 20 cigarros/dia e 3 homens na faixa etária entre 40 e 50 anos, fumantes há mais de 25 anos, com consumo médio também de 20 cigarros/dia. Um dos atores possuía o segundo grau (técnica de enfermagem) e o restante nível superior (psicóloga, advogado, administradores de empresa, engenheira e publicitária).

O convite foi feito a medida em que foram se inscrevendo no programa e permaneceram sendo acompanhados nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2005. Todos os convites foram aceitos e a condição para tal era estar inscrito no programa e ao mesmo tempo vivenciar o conflito existencial entre parar ou não de fumar. Houve boa receptividade por parte dos sujeitos no sentido de colaborarem para a elucidação do fenômeno, tanto no momento da entrevista, quanto na seqüência de atendimentos.

4.4. Aspectos éticos

Para a realização desta pesquisa, solicitei, formalmente, autorização à diretoria de saúde da CASSI, que aprovou e consentiu o manuseio dos prontuários e documentos afins, a divulgação dos resultados e a veiculação do nome da empresa. Após a aprovação da Instituição, foi encaminhada ao Comitê de ética em pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná para avaliação e parecer, tendo sido aprovado em agosto de 2005 (ANEXO II).

No tocante aos sujeitos, todos os corpos fumantes que foram convidados a participar da pesquisa, leram, compreenderam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (vide APÊNDICE III), autorizando o manuseio de informações contidas em seus prontuários, além da gravação em forma de áudio de uma entrevista de cerca de uma hora a uma hora e meia de duração. Embora todos os sujeitos não se opusessem à identificação, foi garantido o anonimato dos participantes, mediante a utilização de iniciais fictícias, ou seja, criadas para este estudo, são elas: **C.P.**; **A.F.**; **G.T.**; **V.F.**; **S.N.**; **M.B** e **J.E.**

Foi garantida a continuidade do atendimento no programa, assim como as consultas com os demais profissionais de saúde, aos sujeitos que desejassem se retirar do estudo. Entretanto, esta situação não ocorreu, pois pude verificar que os

sujeitos da pesquisa não se sentiram objetos de estudo, mas sim, corpos que intencionalmente compartilharam suas vivências por meio de uma proposta de atendimento ancorada no modelo de cuidado proposto por Polak (1997).

4.5. Obtenção dos discursos

Os estudos de caso são modalidades de pesquisa que exigem habilidades prévias do pesquisador. Para Yin (2005, p.82) “as exigências que o estudo de caso fazem em relação ao intelecto, ao ego e às emoções de uma pessoa são muito maiores do que aquelas de qualquer outra estratégia de pesquisa. Isto ocorre porque os procedimentos de coleta de dados não são procedimentos que seguem uma rotina”. Isto significa que as informações específicas que podem se tornar relevantes não são previsíveis imediatamente, exigindo do pesquisador uma mente indagadora, motivo pelo qual o pesquisador deve estabelecer um plano formal de coleta de dados durante todo o processo (APÊNDICE II).

Os dados para os estudos de caso, segundo Yin (2005, p.109), podem se basear em muitas fontes de evidência vindas de seis origens distintas: documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos.

No presente estudo também foi feito uso da observação não participante em todas as situações de encontro/interação (POLAK, 1997; LABRONICI, 1998) com os corpos fumantes o que possibilitou a construção de um relatório de campo, no qual narrei o vivido por eles. Utilizei também anotações em um diário de campo.

A observação apresenta como principal vantagem, em relação a outras técnicas, a percepção de fatos diretamente, sem qualquer intermediação. Desta forma, há uma tendência de se reduzir a subjetividade que permeia todo o processo de investigação (GIL, 1999). Ela permite que o observador chegue mais perto “da perspectiva dos sujeitos”, e utilize os conhecimentos e experiências pessoais como auxiliares no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado (LUDKE, 1986, p.27).

A busca de dados em fontes de papel, para Gil (1999), é capaz de proporcionar, ao pesquisador, dados suficientemente ricos para evitar a perda de

tempo com levantamentos de campo. A análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LÜDKE, 1986). Neste contexto, utilizei a fonte mais rica de dados a respeito da trajetória do fumante, pelo serviço de saúde em estudo, que é o seu prontuário individual e as fichas de registro de sua participação no programa. Outra forma pela qual obtive os discursos foi por meio da realização de entrevistas com os sujeitos de pesquisa. Saliento que todas as anotações das consultas de Enfermagem do Programa foram registradas no prontuário individual e os dados referentes aos testes de dependências foram arquivados na pasta do programa.

A coleta dos discursos foi realizada diretamente com os sujeitos de pesquisa mediante entrevista semi-estruturada gravada, para a qual foi necessário preparo. A postura necessária para a realização desta entrevista é de abertura, de flexibilidade, de acolhimento, de escuta que possibilita um sair de si em direção ao outro. Neste sentido, ela “constitui um terreno comum entre mim e outrem, quando nossos pensamentos formam um único tecido, um envolver de perspectivas e o coexistir no mesmo mundo” (POLAK, 1997b, p.39). Isto significa que o pesquisador, durante as entrevistas, deve deixar que o mundo daquele que descreve se revele na descrição, porque é nela que o fenômeno vai se desvelar (MARTINS e BICUDO, 2003).

Perceber e sentir os clientes, numa perspectiva fenomenológica, implica vê-los a partir do seu espaço, do seu tempo e, na transcrição de suas trajetórias, apreendê-los como corporeidade. Assim, foi possível identificar os rituais de iniciação do tabagismo de cada corpo fumante, sua história, seus medos, suas relações e também explorar o conflito interno entre o desejo de parar de fumar e continuar fumando.

As perguntas que incitaram os atores para iniciar a entrevista foram:

- 1) Fale-me como ocorreu sua aproximação com o cigarro.
- 2) Descreva como está sendo sua vida de fumante.
- 3) Fale-me sobre seu desejo de parar de fumar.

Embora as entrevistas fossem uma fase muito importante para a apreensão do fenômeno em estudo, transcorreram dentro de uma esfera de

naturalidade, como uma ocasião normal do atendimento.

Utilizei para a guarda das informações, pequenos e discretos aparelhos de MP3 que são capazes de armazenar várias horas de conversação, sem precisar serem manuseados durante as entrevistas, o que deixou o entrevistado mais a vontade.

O tempo de cada entrevista foi variável, dependendo da capacidade de expressão de cada corpo fumante e tiveram a duração média de uma hora. Foram realizadas no consultório, por preservarem a individualidade e o sigilo.

Procurei desenvolver as entrevistas mantendo diálogo, adotando uma postura de acolhimento, relaxado, e à vontade, atento, porém, à situação ativamente, ou seja, com atitude de escuta ativa (MILLETE, 1982). Após a realização de cada uma, realizei a transcrição na íntegra.

4.6. Análise dos discursos

A análise dos discursos ocorreu *pari-passu* com as entrevistas. Como estudo de iluminação fenomenológica, ela teve como preocupação central a descrição da realidade, “colocando como ponto de partida o próprio homem, no esforço de encontrar o que realmente é dado na experiência, e descrevendo ‘o que se passa’ efetivamente do ponto de vista daquele que vive determinada situação concreta” (ARANHA e MARTINS, 1993, p.304). Foi, também, alicerçada na trajetória fenomenológica descrita por Martins (1992), que consiste em três momentos: **a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica**, embora reforce o autor, estes não devam ser vistos como passos ou seqüências.

A **descrição fenomenológica** é uma investigação daquilo que se mostra e que é possível ser descoberto, mas nem sempre é visto, a partir do vivido pelo sujeito, expresso por sua linguagem. “Ela não admite julgamentos e avaliações. Apenas descreve” (BICUDO, 2000, p.77). Neste sentido, primeiramente li e reli cada uma das entrevistas transcritas, a fim de iniciar o processo de percepção do vivido pelos corpos fumantes, que por meio da linguagem, descreveram o conflito existencial entre o parar de fumar e o continuar fumando bem como os significados atribuídos nesta vivência, procurando seguir o recomendado por Martins e Bicudo

(1993, p.95), “de um modo ideal as descrições deveriam excluir os dados sem importância e incluir todas as afirmações relevantes para caracterizar o fenômeno experienciado de forma precisa e expressiva”. Para tanto, procurei colocar-me no lugar de cada um deles e fazer o exercício de experienciar estes vividos, evitando a postura de espectador. Em seguida, realizei a redução.

A **redução fenomenológica** permite identificar na descrição quais partes são essenciais e que representem a convergência dos fatos (MARTINS, 1992, p. 59). Para tanto, o texto foi dividido em partes e grifado as unidades de significado encontradas em cada parágrafo. Este é um momento difícil e de reflexão para o pesquisador, que exige primeiramente, um “despir-se” de valores, preconceitos e pressupostos sobre o fenômeno, para se chegar aos dados como se mostram. Posteriormente, exige um ir e vir entre o todo e as partes, até identificar quais unidades de significado são essenciais para a compreensão do fenômeno em estudo.

Ao ler as descrições, procurei “manter um olhar atento dirigido pela interrogação” (BICUDO, 2000, p.81), ou seja, a identificação das unidades de significado, são percepções individuais de cada pesquisador ao refletir sobre a descrição do vivido pelo sujeito de pesquisa, tendo em vista o objeto de pesquisa em si. Após o reconhecimento das unidades de significado, realizei a transformação das expressões do corpo fumante na linguagem do pesquisador. Nessa fase, a intersubjetividade conduziu o processo. Depois, sintetizei as unidades de significado para chegar à análise da estrutura do fenômeno.

A **compreensão fenomenológica** segundo Martins, surge em conjunto com a interpretação. “Num sentido geral, este momento é uma tentativa de especificar o “significado” que é essencial na descrição e na redução, como uma forma de investigação da experiência” (MARTINS, 1992, p.60). Neste sentido, mediante processo interpretativo e subjetivista, mergulhei no mundo de vida do corpo fumante ao concentrar-me sobre as unidades de significado até a abstração das unidades temáticas ou categorias, das quais emergiram os temas. Visando reiterar as categorias identificadas, recorri às informações de prontuário e as anotações do diário de campo o que permitiu compreender o fenômeno em tela.

Segundo Labronici (2002, p.55), “o tema nada mais é do que uma

proposição. [...] tematizar significa discursar, falar com seriedade, de forma determinada e sistemática”. Para melhor compreensão deste processo vide exemplo (APÊNDICE IV).

As três grandes categorias que emergiram foram interpretadas à luz da literatura, da observação e subjetividade do pesquisador:

- 1- **O rito de passagem**
- 2- **Carência afetiva e insegurança**
- 3- **Medo do *vir-a-ser***

5. A COMPREENSÃO DO FENÔMENO

O transitar entre o desejo de parar de fumar e continuar fumando é uma característica bastante individual que muitos fatores, determinantes e experiências vivenciadas tornam único. Para melhor compreensão do fenômeno em estudo, apresentarei a seguir as três categorias desveladas:

1- O rito de passagem

2- Carência afetiva e insegurança

3- Medo do *vir-a-ser*

5.1- O rito de passagem

O tema vai ao encontro do modelo transteórico descrito por Prochaska e DiClemente (1994; BRASIL, 1997). Alguns entrevistados no início da pesquisa, encontravam-se no estágio de contemplação e outros no estágio de preparo para ação. No decorrer desta, quatro passaram para o estágio da ação. A mudança de estágio foi acompanhada pelo estabelecimento de um ritual de passagem que será descrito a seguir.

No cotidiano, realiza-se uma série de repetições que dão sentido a muito do nosso fazer, e que se pode denominar de ritos diários. Certos atos são carregados de simbolismo e significado, sendo que a supressão de alguns destes, via de regra, dá a sensação de que algo está errado. “Repetir significa negar o tempo, é o signo de um ‘não tempo’ que caracteriza o concreto da vida cotidiana, o instante vivido” (MAFFESOLI, 1984, p.82). Esses ritos são um fenômeno humano histórico, que variam de acordo com cada cultura, e, no caso do fumante, fica evidente a repetição de gestos e as situações desencadeantes do ato de fumar.

O homem enquanto ser histórico e cultural, sempre teve a necessidade de criar marcações, isto é, de delimitar fases, seja por meio de atos, palavras, gestuais, roupas e atitudes mentais, para ter a sensação de controle sobre as variáveis que o

cercam, sobre o imponderável, dando origem aos rituais (TEIXEIRA, 1981), que influenciam o comportamento e o padronizam.

Para Gikovate (1990) estes comportamentos padronizados dão uma sensação de apaziguamento, de segurança, uma vez que todo ritual tem por objetivo reduzir algum tipo de ansiedade ou sensação de medo. Assim sendo, o homem tem uma necessidade vital de sacralizar os momentos decisivos do ciclo da vida (AZEVEDO, 1987). Estudiosos em ritos chamam a atenção para as conotações religiosas ou místicas que, geralmente, estão presentes em suas simbologias, nos gestos, nas celebrações. Durante essas cerimônias, o mundo profano e biológico combina-se com o sagrado, o espiritual, o cósmico, para dar significado transcendente ao ato que se celebra.

O comportamento do indivíduo, suas atitudes, seu pensamento, é condicionado pela cultura. “Por meio do corpo vivente, o homem relaciona-se com a natureza, com o mundo das coisas, relação esta determinada pela cultura, que dita princípios, estabelece normas, cria símbolos que são aceitos pelo homem e impressos no seu corpo” (POLAK, 1997c, p.41).

Os símbolos estão por trás de uma série de atos que vistos à primeira mão, parecem não ter razão. Chiara (2004), assegura que este mecanismo é uma faca de dois gumes, já que de um lado a complexidade da cultura humaniza o animal-homem, entretanto do outro, constrange-o de maneira mais ou menos obsessiva a agir segundo esquemas pré-estabelecidos e repetitivos, envoltos em emoções inexplicáveis. Segundo a autora, realizar um ritual desperta emoções ligadas à prazerosa idéia de satisfazer certas necessidades mentais. Eles sempre nos remetem para além deles, para uma outra dimensão, para “um inefável percebido pela consciência. Inefável que tudo sustenta e tudo ordena” (BOFF, 1997, p.154). O autor sustenta a idéia de que as coisas além de continuar a ser o que são, transmutam-se, por isso nos atraem e nos fascinam e, de outro, nos enchem de respeito e de veneração.

Na vida individual, passa-se de uma fase a outra e de uma ocupação a outra, dando lugar a atos especiais (GENNEP, 1990). Este autor reforça a idéia de que o homem, desde o nascimento até a morte, é obrigado a submeter-se a cerimônias que se apresentam sob diversas formas, mas que são semelhantes pelo

seu mecanismo. Estas cerimônias são seguidas de ações repetidas por diversas gerações e nenhum destes atos é absolutamente independente do sagrado.

Os ritos de passagem são celebrações que marcam mudanças de *status* de uma pessoa no seio de sua comunidade. Segundo Elíade (1992), estes ritos podem ter caráter religioso ou não e serem realizados de diversas formas, dependendo da situação celebrada. Neste sentido, é possível observar que os ritos e os rituais são carregados de simbologias e estes têm muitos e profundos significados.

Chiara (2004), que estudou o ato de fumar, reforça a idéia que a repetição de atos contido no fumar, leva o antropólogo a levantar a hipótese de que se trata de um ritual “com um padrão simbólico subjacente ao seu comportamento que tem caráter coletivo, cuja fonte é cultural” e que há alguns desafios para quem deseja atuar sobre esse complexo hábito de fumar

Parece que é nas trevas do inconsciente que reside o segredo da paixão pelo ato de fumar. Não se trata aqui do inconsciente apenas do indivíduo, o que seria da alçada da psicologia ou da psicanálise, mas de um inconsciente coletivo, situado no compartimento obscuro dos símbolos que movem as montanhas do emocional. Como abri-lo? Como rasgá-lo? Esse é um desafio que transcende os limites da medicina apoiada nas observações fisiológicas, e neurológicas dos efeitos das drogas. Como identificar esses símbolos, como localizá-los ou compreender como se organizam? (CHIARA, 2004, p.4).

O fogo e a fumaça sempre foram muito significativos para o homem e estes dois componentes simbólicos estão diretamente ligados ao rito de fumar. A ligação com a fumaça por exemplo, é citada como transcendental, na qual o corpo fumante pode se comunicar com o divino e ter por alguns instantes, este poder de ligação dentro de si (CHIARA, 2004). Ao aproximarmos o pensamento da autora às reflexões de Boff (1997) sobre os símbolos, pode-se associar o ato de fumar como uma experiência numinosa¹ que pode produzir um novo estado de consciência, de apaziguamento.

O ato de fumar, enquanto ato simbólico, foi lembrado quase que por todos os entrevistados, que souberam narrar sobre o primeiro cigarro experimentado.

¹ Numinoso –“ vem do latim, que significa divindade. É sinônimo de sagrado, de fogo interior. Estado de consciência de quem teve uma experiência de encontro e de união com a suprema realidade” BOFF, 1997, p.199)

Assim como houve este rito de iniciação, há de se fazer uma marcação desta passagem, para um abandono deste hábito.

Aqueles que fazem a mudança existencial de se tornarem não fumantes, são também capazes de lembrar do(s) último(s) cigarro(s). Neste estudo, a partir da fala dos sujeitos, ficou evidenciado a criação de marco para tornar-se não fumante, como a escolha de uma data, ou a criação de uma série de fatores que possibilitem a determinação deste marco, como se a partir dali delimitassem uma nova jornada, um novo jeito de ser.

Toda ritualização exige preparação que capacita e legitima quem o executa, assim como o ritual se faz necessário para que a ação seja eficaz (POLAK, 1997), como podemos identificar no depoimento abaixo

[...] “determinei 21 de setembro e naquele dia eu fumei um cigarro só”. [...] porque eu achei um bonito dia, sabe? [...] ia ser um dia extremamente tumultuado pra mim. Ia ser um excelente dia. Porque eu tinha que pagar conta. Tinha médico, tinha que fazer a matrícula da minha filha, sabe? Então eu tinha um monte de coisas para fazer, então aquele dia foi maravilhoso pra mim” (G.T.).

Para a tomada de decisão, o sujeito seleciona uma data expressiva que marca e se torna inesquecível para ele, ficando na memória de seu corpo. A determinação de um dia, ou um marco, auxilia na crença de que a partir daquele momento o indivíduo não fumará mais. Funciona como uma demarcação, um divisor de águas, que facilita a passagem da categoria de fumante para a categoria não fumante. Este processo pode ser carregado de ansiedade como relatado por “**A.F.**”, durante uma das situações de encontro

[...] já vinha marcando. Bom este fenômeno de marcar o dia aconteceu uma chaminé nesta casa. Nossa cara! Eu já tava tomando o remédio, tava tomando dois por dia e todo dia de tardezinha ou à noite, eu pensava assim: - bom, amanhã eu vou largar... Já que é amanhã que eu vou largar, vou fumar estes dez cigarros que estão na carteira... (risos). Então tu imagina o que se fumou neste últimos dois meses. Cara! Mas muito! (A.F.).

O entrevistado percebia a necessidade de marcar uma data, de estabelecer um marco, de fazer um rito de passagem. A passagem é marcada por gestos,

roupas, ações, palavras, atitudes mentais e sociais que permitem negar ou salientar esta mudança de ritmo (TEIXEIRA, 1981). Para o autor, o momento de transição, de liminaridade é ambíguo e transitório, como que simbolizando a morte ou a perda da identidade anterior. Estes gestos levam a uma nova vida ou a uma nova condição de existência.

O estabelecimento do marco pode também ocorrer como um somatório de forças, uma vez que há a presença do pensamento e do desejo de parar de fumar. Uma série de circunstâncias parece que vão favorecendo o processo de tomada de decisão, conforme podemos notar no relato abaixo

Até que teve um dia, eu lembro que tinha um feriado na quarta-feira (sete de setembro). Eu lembro que na quarta-feira eu fumei muito, não sei quantos cigarros, mas eu lembro que acordei na quinta-feira, ruim cara! [...] e combinado com isso uma dor no peito assim que palpitava, fui até o cardiologista e ele disse que era sintomático e tal, mas “mexeu” (A.F.).

O entrevistado relatou que realizou todos os exames e foi descartada qualquer patologia cardíaca, sendo que o médico inclusive elogiou seu estado de saúde uma vez que fumava há cerca de 30 anos e sugeriu-lhe que parasse enquanto ainda estava bem.

Pode-se observar no relato abaixo que algumas coincidências contribuíram para permanecer sem fumar

[..] naquele dia eu não decidi que ia parar de fumar, mas naquele dia eu não tinha cigarro, pois já tinha fumado tudo, e minha esposa, como não era feriado em Araucária, ela foi trabalhar. [...] daí eu fiquei lá com as crianças e eu tava tão ruim que não tinha condição de fumar nem o desejo de buscar cigarro. [...] lembro que eu fumei um cigarro quando ela chegou, mas pra ser sincero, não desceu legal. E na sexta-feira eu acordei não decidido,... e gozado que na quinta eu não tinha decidido parar de fumar. É..... eu simplesmente acordei na sexta e não comprei cigarro, a minha esposa chegou eu não peguei cigarro dela (A.F.).

Com “**M.B.**”, o estabelecimento do marco aconteceu de maneira semelhante. A filha (ex-fumante) e o namorado, ambos estudantes de Enfermagem, viviam fazendo comentários sobre pacientes que haviam atendido durante os

estágios do curso. Contavam como as doenças terminais traziam sofrimento, além do número de pacientes que iam a óbito, sendo que grande parte destes, estavam relacionados ao consumo de cigarros. Numa destas conversas, após narrarem os ocorridos do dia, a entrevistada relatou o seguinte

-Credo! Acho que até nem vou fumar mais, eu falei. E o Juliano (nome fictício) falou: - então por que este não é o teu último cigarro? Mas eu falei:- não é o último porque eu ainda tenho uns cigarrinhos na carteira eu só paro de fumar quando termina a carteira (M.B.).

E realmente esta foi a última carteira consumida, é claro que não foi esta conversa isolada, em tom de brincadeira, que foi o único fator que a mobilizou para a tomada de decisão. “M.B.” já vinha em processo de reflexão há bastante tempo, mas esta provocação, aguçou o desejo de parar, embora ainda permanece não muito confiante, devido a tentativas anteriores frustradas, conforme podemos notar no relato

Na sexta-feira de manhã eu não tava olhando a carteira como sendo a última. Não criei um clima, uma coisa! Aí eu falei, se der pra ser a última.[...] eu vou fumar esta carteira, depois eu vou ver o que acontece, eu fui esperando... , não fiquei já, muito preocupada. [...] Daí inclusive, quando eu falei, só vou fumar este cigarro e não vou fumar mais, ai nesta sexta-feira eu comecei a pensar... (M.B.).

Curiosamente, houve também um somatório de forças que colaboraram, como um rompimento transitório com o namorado, que era seu grande parceiro de tabagismo, como que realizasse uma prevenção de recaída, além de permitir-se ficar mais sozinha para elaborar melhor o luto da perda do “companheiro cigarro”.

[...] aí eu comecei a pensar na sexta feira ficou bem, me chateei com o João (nome fictício), não briguei, não fiquei nervosa por causa do cigarro e coisa e tal, não era isso, falei, se o João não vier realmente vai ser melhor. Era a primeira noite que eu ia ficar sem fumar, fiquei até umas duas ou três semanas sem ver o João. [...] porque minha irmã eu não posso botar na rua, mas o João..(risos) (M.B.).

Com a irmã, a entrevistada elaborou o seguinte mecanismo

[...] e na sexta-feira ficou tranqüilo, não tive assim aquela vontade, no sábado acordei de manhã e G. ainda tinha o cigarrinho dela lá, daí ela me perguntou "M.B". tu vai comprar cigarro? G. eu acho que não vou fumar mais, aí ela ficou sossegada [...] Aí não fumei, bebi água, tomei café, esperei um pouco, aí pensei no cigarro, não vou fumar. Vou ver. Vou ver se eu consigo. Aí... aquelas primeiras horas foram complicadas, coisas que eu fazia com o cigarro (M.B.).

Mesmo para as corporeidades que não conseguiram se abster do cigarro, houve a percepção da necessidade de estabelecer um marco, como foi o caso de "V.F.". Segundo dados colhidos do relatório de campo, podemos identificar a seguinte citação

Comigo o que vai funcionar é a abrupta mesmo (V.F).

Ou seja, o entrevistado reconhecia que para conseguir parar teria de estabelecer uma despedida do cigarro de maneira pontual, demarcada.

Para a entrevistada "S.N.", a fase de preparo para a ação, ou seja o preparo para o ritual de despedida, segundo os dados contidos no relatório de campo, estava sendo elaborada para o dia 20 de janeiro. A entrevistada sairia de férias com o esposo após o Natal, e como ele fuma, avaliou que não seria uma boa época para se desligar do cigarro. Ao retornar para Curitiba, por volta do dia 10, começaria o seu rito de despedida.

Já para o entrevistado "J.E." o seu ritual de despedida estava ligado a um presente de aniversário para a sua esposa que estava completando 50 anos. Segundo seu relato durante uma das situações de encontro, o entrevistado, já havia marcado outras datas importantes e não obteve sucesso. Avaliou que isto se deu devido a não ter comunicado a ninguém sobre a decisão e que desta vez avisaria a esposa sobre seu intento como forma de obter um reforço positivo

Foi isto que eu fiz agora para o dia primeiro né? Até minha esposa falou: - puxa Fico muito contente você estar fazendo isso! Agora sim é que eu não

posso né? (risos) Que peso! [...] aí eu pensei ... puxa daqui a 10 dias, puxa daqui a 5 dias, puxa amanhã é o aniversário dela, rapaz! Eu cheguei até brincando: - olha eu prometi para você que quando fizesse 50 anos eu parava de fumar, mas eu tava olhando, você ta tão bonita, parece que tem uns 45 (risos), mas não funcionou (J.E.).

Neste fragmento de fala, podemos observar uma série de fatores que impediram a mudança existencial de corpo fumante para corpo não fumante, situação esta, que será mais bem avaliada adiante. Entretanto, o reconhecimento da necessidade de uma marcação fica evidente e toda a força simbólica desta.

Com a entrevistada “**C.P.**”, a discussão sobre o ritual de despedida, ocorreu numa das situações de encontro/interação. Pela percepção, reforçado pelos registros de campo, pude observar a sua grande dificuldade em realizar marcações, em fechar ciclos. Na relação com o companheiro com o qual vive, “**C.P.**” assume uma postura, de co-dependente, como expresso na fala a seguir

[...] não consigo me despedir. Em minha vida não coloco nada como definitivo. Se eu for trabalhando essa questão de limite, sempre tem uma questão em mim que fica mal elaborada, que torna difícil. [...] eu sinto que organicamente meu corpo não precisa do cigarro. Se eu consigo ficar 6 horas eu conseguiria ficar mais. É bem emocional mesmo, a questão da co-dependência afetiva. (C.P.).

Ou seja, para efetuar o rompimento com o cigarro, há a necessidade de um preparo para enfrentar a dor do desligamento, do luto de perder algo significativo. Este rompimento, certamente quando marcado por um ritual de despedida, pode ser potencializado pela força simbólica e ter mais chance de sucesso.

Outro fato que podemos identificar nos relatos daqueles que se prepararam para o ritual de parada, é a influência dos filhos na decisão, como expressam as falas abaixo

[...] minha menina até as vezes chora. Me abraça assim oh! (faz o gestual do abraço), Pai você tem que parar de fumar. Você tem que parar pai, não vai morrer por causa disso (13anos). Tem dia que tá emotiva e chora..chora..chora.. (V.F.).

[...] mas agora eu não quero mais, não quero que minha filha me veja a fumar na realidade, não quero que ela tenha este exemplo. [...] sabe o que na realidade me fez parar de fumar? É um dia, o cigarro estava em cima do balcão da cozinha a Marianinha (nome fictício para a filha de 2 anos de idade) olhou pra mim e disse: -me dá um pra mim? Não, isso não. Isso não presta. Naquele dia Eduardo, eu disse assim: - eu não quero isto pra ela. Se ela quiser fumar na vida dela, vai ser uma decisão dela, mas não porque eu influenciei (G.T.).

Durante um dos atendimentos, conforme observações do diário de campo, o entrevistado “**A.F.**” relacionou a influência dos filhos na sua decisão de parar de fumar.

E poxa! Tem os dois meninos aí, para dar exemplo, cara! Bebendo e fumando um monte como você vai cobrar a piaçada? (A.F.)

Na ocasião, sugeri que fizesse uma fala sincera com os filhos e explicasse sobre sua dependência e da dificuldade de livrar-se dela. O entrevistado assim o fez, relatando que na conversa, o filho maior teve uma discreta reação, questionando se a partir dali ele deixaria de fumar. E a partir desta sucinta resposta, o entrevistado por meio da reflexão, fez a seguinte interpretação do que de fato o filho estava lhe dizendo

[...] Quer dizer, é bem assim ó: tô te falando, né? cheguei a conclusão.. tô te falando, você sabe que fumar é errado, você sabe que isso que tu ta fazendo não é bom, não é bom pra mim, não é bom pra ninguém, você quer fumar, você sabe que vai ficar doente, sabe que vai morrer, o problema é seu. Tá acabado. Percebi que é bem assim a coisa. Não posso fazer nada, não posso parar por você. Foi isto que eu percebi do meu filho, na mensagem subliminar, não adianta fazer discurso aí, encher os olhos de lágrima, não resolve nada (A.F.).

Apesar de toda a pressão familiar, social e dos serviços de saúde, muitos corpos fumantes não migram para a realização do seu ritual de passagem, como assinalam os dados de abstenção do tabagismo descritos na literatura (DUNCAN, 2004; BRASIL, 2004). Esta percepção é importante para o enfermeiro que lida com corpos fumantes reconheça a especificidade e a singularidade deste processo. Este

deve se ater na importância da cultura na relação enfermeiro-cliente, no sentido de perceber as práticas corporais, os mitos e os ritos que a sustentam. “O comportamento ritualístico deve ser visto conforme a sua finalidade, pois temos ritos os mais diversos. É mister atentar, não apenas para a finalidade do rito, mas para o exposto nas mensagens que brotam para a vida social, para que a enfermeira possa captar o seu real significado” (POLAK, 1997c, p.39).

Apesar do rito da contemplação ou do preparo para ação, fazer parte do vivido de todos os entrevistados, até o momento, apenas três destes conseguiram passar para a fase da ação, tendo vivenciado o rito de passagem, o que reitera a fala de Polak (1997, p.89). “Hoje, vivo os rituais da maioridade, com saudades do corpo amigo, que me nutriu, me fez crescer. Com o crescer, vieram outros medos e outros sonhos. O medo de perder e o medo de não ser”. O corpo fumante tem medo de perder sua condição de pertença ao grupo, e tornar-se uma pessoa sem ligação e sem uma identidade ou sem *joint*, “sinal de reconhecimento que evoca a ajuda mútua”(MAFFESOLI, 1984, p. 46).

5.2 – Carência afetiva e insegurança

Os valores atribuídos ao cigarro, mudaram significativamente ao longo da história. Nos últimos 40 anos, o cigarro variou entre o “glamour” das telas do cinema à marginalização social com a criação dos ambientes livres da fumaça do cigarro. Os apelos de consumo de outrora, correlacionando o cigarro ao poder, à conquista, à beleza, ao dinheiro e à convivência, contrastam no dia de hoje, com o conhecimento dos malefícios à saúde e à exclusão social. A mesma sociedade que antes venerava o cigarro, hoje se afasta da fumaça que dele provém, porque a reconhece como causadora de males.

O novo significado social do hábito de fumar com a exclusão da fumaça do cigarro do convívio humano, se por um lado tem alertado sobre os prejuízos causados pelo fumo, por outro, tem criado uma nova categoria de excluídos. Este grupo vem diminuindo com o tempo (BRASIL/INCA, 2004), e os que permanecem, conservam valores de identificação e sentimentos de pertencer. Por vezes, as

medidas restritivas, reforçam o sentimento do grupo e mantêm as pessoas no hábito de fumar.

Neste sentido, encontrei este tema nos discursos dos corpos fumantes, e por meio da intersubjetividade, pude extraí-lo. A exclusão social reforça sentimentos que afetam uma auto-estima já afetada, que reitera carências e inseguranças. Encontrei carências como o não gostar de si, dificuldades de relacionamento, solidão, vazio e desvalorização pessoal que se mostra por meio de imagem corporal prejudicada, acarretando e reforçando a insegurança.

[...] o meu irmão é médico. Trabalha num posto. Já me deu Zyban (medicamento utilizado como auxílio na parada de fumar), já tentou de tudo. Me deu dinheiro, me rejeita. Ele passa em casa, a gente mora no mesmo prédio, cada um no seu apartamento. Ele quando chega em casa e sente o cheiro de cigarro: - eu não posso nem entrar na tua casa porque é fedido. [...] porque eu sou toda uma prisão, meu pai, minha mãe quando vou visitá-los, meu pai chora. Pô filha eu estou com 80 anos já.... é pesado! (C.P.).

O que ficou evidenciado foi um sentimento negativo em relação a si mesmo pelo fato de fumar e se sentir rejeitada pela família. A rejeição pode afetar a auto-estima, que representa a maneira como cada indivíduo se relaciona consigo mesmo, com o ambiente em que vive e com as pessoas dos quais descende (ALGARVE, 2004). Essa relação vai determinar uma atitude positiva ou negativa perante si mesmo e aos grupos a que pertence.

Pude observar que a baixa auto-estima e a imagem negativa de si mesmo, levaram o entrevistado “**A.F.**” a buscar uma compensação deste sentimento. O cigarro foi usado como uma tentativa de auto-afirmação, preenchendo esta lacuna do desenvolvimento pessoal.

[...] eu sempre fui uma pessoa que sempre não gostou muito de mim, sempre estive buscando mais. Eu precisava sempre estar enfiando coisas em mim que me valorizasse porque eu mesmo não me valorizava (A.F.).

Gikovate (1990) afirma que o homem moderno tem uma carência de uma visão mais subjetiva da vida, por apresentar forte ligação com o mundo material

as pessoas atribuem aos objetos, com os quais se relacionam intimamente, um valor afetivo! Estabelecemos vínculos emocionais com objetos e isto só pode significar nossa ânsia por estes elos. Isto significa que estamos carentes de aconchego e estamos tentando ter também isso a partir das relações com os objetos que nos cercam (GIKOVATE, 1990, p.188).

A auto-estima diz respeito aos juízos conscientes que a pessoa faz de si a partir de três pontos principais: o primeiro é a comparação da imagem corporal ideal com a pessoal, aspecto que foi muito bem trabalhado pela indústria do tabaco. Com a associação de figuras esbeltas e poderosas fumando, tanto em comerciais, quanto nas telas de cinema e TV (PARÉ, 1991). O segundo é interiorização dos juízos feitos pela sociedade. Neste aspecto, a brusca depreciação do cigarro nos últimos anos e a associação do ato de fumar à valores morais como falta de vontade e descuido, colaboram com uma imagem negativa de si mesmo, contrapondo-se a imagem positiva que tinham quando começaram a fumar.

O terceiro ponto levantado por Paré (1991) é a avaliação de si mesmo em comparação ao êxito ou fracasso para satisfazer a identidade que constrói. Ou seja, a carência em função das necessidades não supridas, que se exacerbam quando se abstém do cigarro, as tentativas anteriores fracassadas de tentar parar de fumar, e o desconforto da abstinência, reforçam a identidade de corpo fumante que o mantém preso ao seu grupo de identificação. Por insegurança e para não comprometer a auto-estima, mantém-se nesta condição, impedindo uma tentativa de mudança, como foi observado numa das situações de encontro/interação da entrevistada “**C.P.**”. Ela relatou uma tentativa de espaçamento entre os cigarros fumados durante o dia. Segundo o relatório de campo, neste dia a entrevistada encontrava-se inquieta, numa postura de procurar se justificar.

Foi difícil. Me propus a diminuir. Passei seis horas sem fumar, fui me enrolando. O problema que eu tenho sentido é assim:... se gerar ansiedade... chega a ser compulsivo e isso me assusta daí... [...] quando vejo eu já perdi o controle. [...] está muito ligado a auto estima. [...] o importante é buscar o equilíbrio, porque eu não tenho este equilíbrio [...] quando eu estou centrada, eu consigo ficar sem fumar, mas vem a ansiedade e eu não raciocino mais, não tem estratégia nenhuma... (C.P.).

A carência e a insegurança também influenciam diretamente no cuidado pessoal, uma vez que o indivíduo deixa de priorizar situações benéficas para si, em detrimento de outros compromissos ou afazeres

Se eu tivesse um hábito, se eu colocasse na minha agenda como uma prioridade, segunda, quarta e sexta, de tal a tal hora, eu vou caminhar, mesmo que minha cliente queira uma massagem naquele horário eu não posso. Eu não consigo fazer isso, sabe? Aí quando eu estou caminhando, poxa. Eu poderia caminhar, mas eu fico dependendo de alguém ir comigo, porque eu não gosto de ir sozinha. Não suporto a solidão, eu acho que a solidão é... não combina comigo (M.B.).

Encontrei relatos que mostram que a insegurança e a dificuldade de lidar com as pressões do cotidiano reforçam o hábito tabágico e evidenciam uma percepção negativa de si no seu processo de vida

Você fuma porque fica com medo de você, tá tudo uma porcaria! (C.F.)

[...] “a maioria das vezes é emocional, algum problema de dentro de casa, de relacionamento, não com a pessoa que eu tenho um relacionamento, mas com a situação que se criou em volta e isso me atrapalha, isto me deixa muito brava”. [...] quando você está fazendo alguma coisa e o que você quer fazer não dá certo. [...] o que me faz fumar é a ansiedade (G.T.)

Esta recorrência ao cigarro como apaziguador do sentimento de carência, por vezes, não é percebida por parte do entrevistado, como podemos observar no relato abaixo

Não gosto do cigarro, não gosto do cheiro, não gosto de nada no cigarro, mas então por que eu continuo com este negócio? (V.F.).

O mesmo entrevistado reconhece a dependência, entretanto correlaciona-a às influências externas provenientes das situações do dia a dia

[...] Se fosse uma dependência química não é? Muito forte. Você toma um remédio e tudo bem.. Seria ótimo se eu tivesse aquela dependência química. Então, eu fico assim preocupado: peráí, não é químico, ... não é tão forte o químico, é forte que no sentido que você passa um dia sem fumar, no

segundo dia se acontece alguma coisa que me desvie, que me abale um pouco a calma, né? Eu já vou atrás do cigarro (V.F.).

A ligação cotidiana com o cigarro representa uma muleta para os corpos tabagistas, frente às diversas dificuldades encontradas, o que vem corroborar com o expresso por Gikovate (1990, p.83)

O cigarro ao ser acendido, poderá provocar uma certa sensação de aconchego e de amparo. [...] isto é, poderá se sentir menos solitário e ansioso. [...] a partir de um certo tempo de uso regular do cigarro, essa sensação de proteção ficará de tal forma associada ao cigarro, que a tendência para acender um deles crescerá diante de qualquer pequena adversidade externa. [...] qualquer sensação de insegurança se apazigua com o cigarro e sua fumaça mágica.

Do ponto de vista sociológico, Maffesoli (1984) afirma que na vida social, para a sobrevivência cotidiana, se faz necessário assumir algumas máscaras.

A astúcia, o palavratório, a hipocrisia de que falamos tem como única ambição estruturar, de ponta a ponta, uma existência dupla, cortada. [...] a sobrevivência social e individual existe a esse preço, só se pode progredir mascarado”. [...] Preconizando a máscara, o duplo jogo em todas as suas formas, o homem da vida diária nada mais faz do que exprimir o sentimento trágico da vida. (MAFFESOLI, 1984, p.69).

Neste sentido, apesar do uso das máscaras, os corpos fumantes necessitam aprender a lidar com as situações de incerteza que alimentam a carência, de uma outra forma que não seja a resposta automática de recorrer ao cigarro. Não obstante as dificuldades de auto-estima e imagem corporal serem frutos do passado, para muitos, estas perseveram ao longo da vida, trazendo dor e sofrimento e impedindo os corpos fumantes a tornarem-se não fumantes, como podemos identificar no relatos abaixo

[...] “tive uma relação muito problemática com o meu pai, né? De rejeição, de abandono, tudo isso. [...] meu irmão mais velho fazia medicina, meu primo fazia odonto, meu outro irmão fazia medicina, liguei pro meu pai e falei; -vou fazer psicologia! Coitado, ele nem sabia o que era. -Então você não é mais minha filha! (C.P.).

Para alguns corpos fumantes, faz-se necessário um trabalho psicoterápico de apoio a fim de trabalhar as questões estruturais que mantêm o estado de coisas e impedem um novo *vir-a-ser*.

[..] há uns dois anos atrás acabei fazendo uns quatro a cinco meses de análise. Na verdade, eu descobri que as razões que me levaram a fumar tinham um cunho muito relacionado com a minha infância. [...] eu sempre me sentia inferiorizado, porque a minha casa era a mais feia, eu não tinha o tênis, o dinheiro pra sair. Pô você imagina, você sem dinheiro pra comprar margarina e o amigo vizinho do lado com piscina em casa (A.F.).

A carência das relações interpessoais foi identificada na fala de muitos dos entrevistados, sob forma de dificuldades de relação ou comunicação, como podemos observar no seguimento abaixo, retirado do relatório de campo de uma das situações de encontro/interação. Na ocasião, a entrevistada relatava como tinha sido o feriado em que passara na presença de seus pais, no interior do estado

Levantei, tava todo mundo brigando no café da manhã, daí fui pro bosque e já fumei três. Quando cheguei de volta, vi o companheiro, daí fumei um e depois já foram 5 (C.P.).

A entrevistada tinha clareza de como o seu fumar estava estreitamente relacionado com a forma que mantinha seu relacionamento. Em outra situação de encontro/interação, “C.P.,” relatou o seguinte

Eu tinha que ter coragem para romper esta relação, porque ela me gera muito pânico. [...] eu tinha que falar uma coisa para ele hoje de manhã. E daí como é que eu vou falar? Tive que fumar mais para ter coragem (C.P.).

O tópico das relações interpessoais é abordado no Programa Vida sem Cigarro, durante a sessão dois, quando se discute o conceito de assertividade (BRASIL/INCA, 1999), (para maiores informações vide apêndice I). Assertividade é a capacidade de expressar o que se pensa e sente, sem ser agressivo ou passivo. Utilizar frases simples e diretas, assumir para si a responsabilidade do que está dizendo, sem fazer rodeios ou distorções, sem se justificar ou mentir. Uma comunicação assertiva significa emitir uma mensagem seguindo um objetivo, com

coerência entre sentimentos, pensamentos e atitudes. Ela deve ser o fiel entre os dois extremos da comunicação, a passividade e a agressividade.

No pólo da passividade a pessoa tem dificuldade de expor o que pensa ou sente, com medo de magoar ou ferir outrem. O resultado deste tipo de comunicação é a frustração por não ter se manifestado, diminuindo a auto-estima. É muito comum também, pessoas que mantêm este padrão de se comunicar, após longo período suprimindo a opinião, uma vez estando sob pressão, expressarem-se de forma intempestiva, muito diferente do seu padrão habitual, ou seja, imediatamente passarem para o pólo oposto, o da agressividade. Este tipo de comunicação pode ser identificado no segmento de fala abaixo

[...] eu sou uma pessoa que se arrepende muito de não ter falado determinadas coisas (A.F.)

No outro pólo, o da agressividade, a pessoa se expressa com uma carga emocional muito grande, podendo criar situações de desconforto pessoal, gerando também sentimento de frustração por não ter se comunicado adequadamente.

Eu me questiono muito, né? Porque eu fumo? Que tipo de prazer é este? Me questiono bastante, aliás me questiono em tudo. Tenho esta natureza assim. Esta questão de questionar tudo até foi o motivo porque eu não fiquei no último emprego. [...] Paciência, eu sou assim mesmo. Eu não sou muito sutil, muito delicada, eu sou uma pessoa que vou falando as coisas, vão saindo meio que... então, paciência (S.N.).

A falta de assertividade na comunicação leva ao sentimento de “situação mal resolvida”. Este sentimento de desconforto é aliviado momentaneamente pelo rito de fumar

Falei com ele, entro em histeria mesmo, brigo e depois fico me culpando. Ele fica quieto na hora da discussão e daí me senti no direito de fumar (C.P.).

As relações interpessoais de maior carga emocional, via de regra, acontecem no seio familiar. Dependendo do caráter e da qualidade das mesmas,

elas podem reforçar ou levar à supressão do hábito de fumar. Numa das situações de encontro/interação “**S.N.**” comentava sobre seu relacionamento com o esposo e do medo que tinha deste voltar a piorar quando parar de fumar.

*[...] Eu tô bem melhor, é.. com meu marido, tô conseguindo contornar muita coisa. Mas eu já ando meio impaciente, bastante impaciente. Então, esta parte me preocupa (**S.N.**).*

Para a entrevistada “**C.P.**”, a flutuação de sua relação com o companheiro sempre foi determinante no número de cigarros consumidos, como relatado durante uma das situações de encontro/interação, quando de forma emocionada relatou a última discussão que teve com o companheiro

*Estava tudo bem, é sempre assim! Fica uns dois meses tudo bem e depois...[...] a forma como eu chamo a atenção dele não é uma forma positiva, é pra brigar mesmo (chorando) (**C.P.**).*

As dificuldades de relação comprometem muito a auto-estima e reforçam o sentimento de carência e insegurança. Nas relações de intimidade, este aspecto é muito mais pernicioso e o cigarro se apresenta apenas como um sintoma num contexto muito mais amplo, como foi trabalhado pelo terapeuta familiar McDaniel e colaboradores (1994, p.102)

Para alguns indivíduos, portanto, o fumar exerce um papel nos padrões de conexão e vinculação com a família. As questões de quem fuma e quem não fuma, quem ganha proximidade ou distanciamento em fumar, são barômetros importantes do funcionamento familiar e podem ser elementos cruciais em relação se um fumante é capaz de abandonar o hábito e permanecer um não-fumante.

No funcionamento familiar, o sentimento de pertencer, de aceitação, é determinante na qualidade das relações de intimidade que ocorrem entre os integrantes. Uma vez incluído no sistema, o sujeito passa a assumir papéis dentro do novo cenário. As formas de inclusão podem ocorrer de forma variada, como no relato abaixo

[...] essa aí é uma coitada, é louca! Sou hiperativa e desde pequena, já era assim taxada de louquinha e então, ... nasceu daí essa coisa de ter

consciência que eu tinha que ser errada, não podia ser a certinha, porque já tinha, não podia roubar o papel” (C.P.).

Não obstante do papel desempenhado dentro do sistema familiar, há também as relações de poder inerentes, sendo que o fumar pode reforçar ou ser reforçado por este, servindo como um mecanismo de reação ou de agressão não verbal dentro de um sistema que esteja disfuncionando

O fumar é um hábito difícil de romper, mesmo quando não está permeado com funções da interação familiar; mas quando está associado com proximidade, liberdade pessoal e alianças familiares, o fumar pode ser quase impossível de ser abandonado, até que essas questões subjacentes sejam resolvidas. (McDANIEL, et. al., 1994, p.102).

A auto-estima afetada reforça a insegurança e desencadeia também o sentimento de culpa por fumar, bastante presente nos atendimentos aos corpos fumantes. Segundo Gicovate (1990) depois que o fumante se dá conta dos malefícios do fumo, a relação com o cigarro nunca mais é a mesma. Ele desenvolve um sentimento ambivalente em relação ao fumar. Continua a amá-lo, mas também odiá-lo, em função de conhecê-lo como um inimigo em potencial.

Na atualidade cresce cada vez mais a contrapropaganda do cigarro. Somado a esta, existe a tendência do senso comum em associar valores morais ao ato de fumar, relacionando o fumante a alguém fraco de vontade, irresponsável, preguiçoso, sem palavra ou motivação. Estes valores sociais, frutos do desconhecimento da patologia tabagismo, reforçam esse sentimento de culpa.

Então é desde aquela época que eu me chicoteio por causa do cigarro. Você está fazendo algo de errado pra você e pra sua família. Porque isto pode te tirar do jogo da vida, e como sua família vai ficar? (A.F.).

Por vezes, a fim de repor nicotina, o fumante vive situações inusitadas que reforçam à culpa por fumar, e o sentimento de desvalia afetando diretamente a imagem corporal, comparando-se pejorativamente a outros animais

[...] daí eu me lembro que no inverno, um baita frio rapaz, de ficar branco o vidro. Eu tava lá na lavanderia e abria a janela para fumar. E no frio, dava aquela tragada forte assim... e jogava aquela fumaça, mas voltava tudo! E pensava: eu sou um cachorro mesmo, né? Até isto eu tenho que me sujeitar, né?” (J.E.).

Encontrei nos dados do relatório de campo, o relato de “**J.E.**” sobre a dificuldade de lidar com o fato de não ter conseguido parar de fumar, principalmente por ter comunicado a parada aos seus colegas de trabalho. Esta situação reforça os sentimentos já descritos nesta categoria

Aí hoje, saí da minha mesa e de manhã eu fui lá fora fumar um cigarro. Eu tinha combinado, né? Ela sabia disso também, daí ela ficou quieta, não falou nada também. Agora eu tava saindo pra vir pra cá, ela me falou: - Você está nos traindo, né? Você tá dando uma saidinha aqui fora. Aí eu ... que sacanagem, né? parece que ninguém tá vendo né? Deu um peso na consciência, eu sou um rato mesmo!” (J.E.).

No fragmento de fala acima, fica evidenciado a atribuição moral do ato de fumar (“você está nos traindo”). Isto reforça o sentimento de desvalia, com o entrevistado se comparando a um animal, que tem simbologia no senso comum como fraco, que foge nas situações de perigo.

O sentimento de culpa também é abordado por Gikovate (1990, p. 92). Este reforça que o cigarro, enquanto droga, causa poucos efeitos psicotrópicos, porém, “do ponto de vista moral, a coisa pode ser muito destrutiva e maléfica. O indivíduo sabe que é um viciado, que não pode com a droga. E isso provoca grande humilhação, grande ofensa à auto-estima”. O autor, que também é ex-fumante enfatiza que

Quando estamos viciados, fumamos apenas para fazer desaparecer a dolorosa sensação de não estarmos fumando. [...] A idéia de ficar sem o cigarro determina a sensação de pânico, insegurança e desamparo. A dependência romântica é cada vez maior, pois a repetição de rituais e o prolongamento do tempo de convívio só provocam um estreitamento cada vez maior dos elos entre o indivíduo e o “objeto de estimação” (GIKOVATE, 1990, p.134 e 87).

Todos os aspectos que reiteram a insegurança, as carências, o comprometimento da auto-estima e da imagem corporal, sustentam os corpos fumantes nesta condição existencial, limitando-os a buscarem uma condição diferente e realizarem o ritual de despedida do cigarro, o que leva o medo do vir-a-ser.

Neste sentido, o sociólogo Maffesoli (1996), defende que criamos diferentes “máscaras” para lidar com a “teatralidade” da vida. Nas trocas entre as máscaras do próprio indivíduo, a comunicação consigo mesmo tem grande influência. As trocas das máscaras entre os demais seres sociais são fundamentalmente influenciadas pela comunicação e pelos diversos rituais contemporâneos, completando sua relação com os outros e com o mundo. O ritual de fumar, restrito aos fumódromos, reforça esta máscara do pertencer ao grupo e sustenta os corpos fumantes nesta condição. Que novas máscaras terão de ser trocadas, para que o corpo fumante vença o medo de abandonar este ritual de pertença?

5.3 - Medo do vir-a-ser

O processo de mudança de hábito, a dúvida entre permanecer fumando ou não, é muito mais do que um simples ato de não acender mais o cigarro. É na verdade, uma mudança existencial em que a condição de corpo fumante deve transitar para uma condição de corpo não fumante. E este novo modo de ser, vem acompanhado de muito medo por parte dos entrevistados, como podemos observar no seguintes relato

[..] “é complicado, sabe como? Parece que eu não consigo me imaginar sem. Né?” (C.P.)

Num dos atendimentos, conforme o apontado no diário de campo, fiz a seguinte pergunta ao entrevistado: -como é o “V.F.” não fumante? Como é ficar sem seu companheiro por longas horas? E prontamente ele respondeu

-Este é o meu medo! Principalmente em relação aos outros, não só a família, no trabalho, ... magoar alguém [...] então deixa eu ficar com meu cigarro (V.F.)

Esta fala reforça a categoria descrita anteriormente, quando os sentimentos de desvalia, a insegurança, as dificuldades de comunicação, o medo da rejeição, de não conseguir controlar-se, são muito maiores do que o medo das dores físicas ou demais desconfortos que podem ocorrer durante o período de abstinência.

Outro relato do medo de ficar sem fumar foi retirado do relatório de campo. Em uma das situações de encontro/interação da entrevistada “**M.B.**”. Ela confidenciava uma conversa que teve com uma amiga que estava parando de fumar e o quanto isto estava interferindo na relação com a família

*E a minha amiga falou: -Ah eu me senti tão mal! Fiquei tão nervosa e as crianças tão falando que não estão me agüentando. -Mãe se é pra ficar assim, é melhor que você fume (**M.B.**).*

Todos os sujeitos de pesquisa deste estudo passaram mais tempo de suas vidas na condição de fumantes do que de não fumantes. A partir da adolescência adquiriram este referencial e portanto, imaginar-se como não fumante é bastante difícil, porque exige uma nova identificação, uma nova imagem de si mesmo.

*[...] “é aquela história, puxa além de tudo agora. Não é se fazer de coitado, de vítima não. Pô! Agora tudo tenho que me privar. Disto, daquilo. Parece que tô com a glicemia alterada. Diminua um pouco o doce! Você não pode beber! Não pode nem fumar também! Que diabos! (risos) O que que eu faço? [...] Então eu sei que é perigoso, mas daí eu falei: - já não posso beber, agora daqui a pouco eu vou parar de fumar, mas daí nem posso mais trepar também? Mas que diacho! O que vou fazer da minha vida, né? O que a minha vida vai virar?” (**J.E.**)*

A mudança da categoria de corpo fumante para corpo não fumante implica um novo modo de ser. Para tanto, é necessário um processo de reflexão, como afirma Polak (1997), um desconstruir para um novo construir. “O ‘sair de si’ é remédio para o preconceito, o dogmatismo, as convicções inabaláveis e portanto paralisantes. É a condição para que, ao retornar de sua ‘viagem’, o homem se torne melhor” (ARANHA e MARTINS, 1993, p.7).

Algumas fases do ciclo vital proporcionam uma boa oportunidade para o vir-a-ser, uma vez que se configuram como momentos de crise. Para “**A.F.**” a chegada do primeiro filho foi uma dessas ocasiões.

[...] E pra mim, este “ser-pai” foi traumático [...] porque eu nunca admiti interferência na minha vida. Sempre agi de forma muito independente desde os 13 anos de idade. Sempre decidi os rumos do que eu ia fazer. Mas

sempre vivi por mim, até casar. [...] se um dia não desse certo o casamento, ela era de maior, capaz, inteligente e ia cuidar da vida e pronto. Mas quando eu descobri que ia ser pai.. pô entrei numa paranóia que minha mulher chegou a pensar que eu não queria ter filho. Porque o mundo caiu na minha cabeça [...] tudo na vida pode ser transitório, passageiro, menos ser pai” (A.F.).

Esta crise, embora tenha sido um processo doloroso, permitiu-lhe fazer grandes reflexões.

A conclusão que eu devia parar de fumar ocorreu quando eu tive meu filho. Então você vê, meu filho está com 12 anos, faz 12 anos que eu tento parar de fumar (risos) .. de forma intensa. Sempre falei pra minha mulher: - vamos parar de fumar? Ah, vamos mas... (A.F.)

Na verdade, a chegada do primeiro filho é uma crise esperada do ciclo de vida a qual todas as famílias atravessam (CARTER et al., 1995). Nesta fase o casal tem de se preparar emocionalmente para permitir mais um membro na relação. Há uma forçosa divisão de papéis, de atenção e reconhecimento. Nos momentos de crises, surge a oportunidade de “rever-se”, como podemos observar no relato abaixo

E isto mudou tudo. Todos os meus planos de “como-ser”. E nesta época, eu cheguei a conclusão: que você vai ter que parar de fumar agora. Você tem um filho pra criar, você tem que largar porque isto vai te matar. Nisso eu já tava, eu fui pai com 28 anos (A.F.)

Foi nesta crise em que surgiu o desejo de parar de fumar. Porém, o amadurecimento da idéia veio em mais uma importante crise do ciclo de vida, a crise dos 40 anos que muitos denominam “crise da meia idade”

[...] “eu quando fiz 39 anos, isto também com certeza está muito ligado à partida do meu pai. A idade dos 40 anos sempre teve uma simbologia muito grande pra mim. Porque meu pai parou de fumar, parou de beber e aos 41 anos morreu de câncer. Então pra mim, no dia em que fiz 40 anos, foi o dia mais feliz cara! Porque eu falei pô não vou morrer”(risos) (A.F.).

Já para “**J.E.**”, a crise reflexiva está ocorrendo agora, condição que vivencia aos 50 anos

Daí com tudo isso que eu passei, problema da bebida que eu tive, esse meu alcoolismo me acompanhando..., a vida inteira no cigarro. Isso tudo, e eu tô ainda inteiro com 50 anos! Eu acho que é a hora sabe? Se eu continuar pode estourar. Passei uma situação difícil há pouco tempo, que é separação da família. Tive problema em casa, a gente acabou separando e agora voltou. A gente tá de novo junto com a família, né? Falei: - puxa vida, tanta coisa que aconteceu na vida é... (de forma pensativa) ... não digo coisas ruins, mas que trouxeram experiências, passagens, sentimentos, a gente conseguiu superar, por que não? Antes que ele me derrube... isto tá me dando vontade assim, né?... Não digo vontade de parar.. não, mas fez com que eu pensasse assim, tava na hora (J.E.).

Este mesmo entrevistado, quando lhe pergunto se tem medo de parar, este pensa um pouco e numa postura reflexiva responde

[...] não é medo assim, é... é... aquilo que você falou né Edu? A vida inteira...não me vejo sem o cigarro, não vejo (J.E.)

Estes momentos de crise são propícios a profundas reflexões que podem ser divisores de águas e mudarem o estado existencial, preparando o indivíduo para assumir uma nova condição, como a de não fumante, por exemplo.

E a primeira conclusão que eu tive e que me levou a análise de tudo foi esta: -Rugas de minha vida, são mágoas da minha existência que vão estar perpetuadas no meu rosto para sempre. Porque eu não vou conseguir eliminar de dentro de mim as dores que eu tive na minha infância ou outras dores que eu possa ter presenciado. Agora, isto não é fato para que eu não viva bem a outra metade da minha vida (A.F.).

Entretanto, neste processo reflexivo, o conflito existencial está bastante presente, influenciado por uma série de situações como definiu este entrevistado

Não é só a dependência física da nicotina, o hábito, o gatilho, tudo. É um Universo de coisinhas que te fazem que você, em determinados momentos, - ah, eu vou parar, isto é fácil! É ... mas pra você abandonar, largar este prazer que o cigarro dá, acho que a troca é muito grande sabe? (J.E.).

Outro grande ponto de resistência para o vir-a-ser, principalmente entre as mulheres, é o medo de ganhar peso, situação bastante comum quando se para de

fumar, tanto por motivos de melhora do metabolismo corporal, quanto por fatores psicológicos e comportamentais (BRASIL/INCA, 1999). Este aspecto tem de ser muito bem discutido e trabalhado, uma vez que, por trás deste “ganho de peso” temos uma outra grande esfera de complexidade. Conforme afirma Polak (1997c), a cultura dita normas em relação ao corpo, normas que são seguidas às custas de castigo e de recompensas.

A ciência moderna, ao partir para a especialização, fracionou o objeto para melhor estudá-lo, ganhou em detalhes, mas perdeu a totalidade e tem dificuldade em lidar com a complexidade. O surgimento de uma cultura materialista assentada exclusivamente sobre o corpo (BOFF, 1997), entendido como um objeto sem profundidade (alma). Cria uma cultura do desfrute, do ter, da utilização das coisas para benefício próprio, do apego à imagem do corpo idealizado, fabricado pelo consumo.

Selecionei relatos que mostram o quão resistentes algumas mulheres ficam, pela simples possibilidade de ganhar peso, independente da quantidade,

A parte psicológica, se eu tenho toda esta tendência... [...] mas quer me ver mais deprimida é quando eu engordo. Eu me sinto horrivelmente deprimida. Me sinto feia, me sinto horrível, não me cuida mais. [...] Esta aflição de parar de fumar e engordar me preocupa muito. [...] o meu peso que eu gosto é no máximo 52. Eu não gosto abaixo dos 50, porque é magra demais, 53 ainda é aceitável. (S.N.).

Este mecanismo é muito comum, e muitas mulheres, seja conscientemente ou não, retornam a fumar como forma de voltar ao peso anterior. A questão que fica no ar é: será que o que realmente está por trás desta situação não é o medo do vir-a-ser? Esta dificuldade de aceitação da nova condição existencial, traduz-se em formas compensatórias de ingestão calórica, promovendo o ganho de peso? Ou será que o ganho de peso não é uma boa estratégia para poder retornar ao status anterior de corpo fumante, um retornar-a-ser “socialmente justificável”, nesta sociedade que valoriza demasiadamente o corpo “belo”.

Neste sentido, Polak (1998) traz a reflexão sobre o homem da pós modernidade, que é um homem do momento, da moda, que vive das novas emoções, que vive a mecanização do corpo, que se submete a ritos conforme a

conveniência do momento. “A falta de projetos, o agora, é uma das características desse corpo, para qual tudo é válido, por um momento de brilho efêmero” (POLAK, 1998, p. 29).

O corpo do homem moderno valoriza-se por “um cálculo de signos que troca sob a lei de equivalência e reprodução do indivíduo. [...] dessa forma é enfeitado por um fazer-valer do seu corpo” (BAUDRILLARD, 1996, p.180). Este autor apresenta a idéia que os diferentes sistemas encerram um modelo de corpo reducionista. Na medicina o cadáver, na religião o corpo animal (instintos e apetites da carne), na economia política, o corpo robô como força de trabalho ou o robô cerebral (computador), e, por último, o corpo manequim, o corpo contemporâneo. Também é funcionalizado sob a lei do valor, da significação, do valor de troca, do modelo ideal.

Conforme relatório de campo, num dos atendimentos de “**G.T.**”, provoqueei-a sobre como ela estava se reconhecendo como não fumante e ela ponderou

*Olha, é a mesma coisa quando eu fiz gastro (cirurgia de redução do tamanho do estômago, indicada nos casos de obesidade grave). Eu nunca tinha me visto magra. É uma sensação horrível. Sabe o que é você olhar no espelho e dizer: - essa não sou eu! Não sou eu ! (reforça) [...] as pessoas iam me dizendo: -você já emagreceu bastante.. eu já emagreci 78 quilos, mas eu olhava no espelho e continuava me vendo igual (**G.T.**).*

Na fala da entrevistada fica evidente que uma nova condição existencial é processual, e apesar da concreta mudança corporal com um emagrecimento vertiginoso, esta não era acompanhada da mudança da imagem corporal.

“**G.T.**” estava assustada com o novo comportamento, segundo ela, após parar de fumar, conforme relato abaixo

*Eu tô comendo que nem uma desesperada. Eu fá falei pra você viu? Não quero usar como desculpa, mas não posso ganhar peso. Fá fiz 3 plásticas (procedimento normal depois da cirurgia de gastroplastia) e não quero ganhar peso! (**G.T.**).*

Discuti um pouco a respeito dos significados deste “ganhar peso” e sobre a nova cirurgia plástica, quando a entrevistada afirmou

[...] pra que tu acha que eu tô querendo fazer outra plástica? Pra esticar de novo. Porque fica esticado, e quando fica esticado, você não consegue comer porque dói. Se a barriga enche um pouquinho mais, dói a pele. É um absurdo! Plástica é uma chatice, sabe? Então veja o que minha cabeça é capaz de fazer? (entrevistada G.T.).

Na resposta de “G.T.”, fica evidente a questão da insegurança discutida na categoria anterior. Nota-se a necessidade de um “controle externo”, pelo mecanismo da dor, uma vez que ainda não conseguiu atingir a condição de corpo não fumante e desfrutar dos benefícios da parada de fumar.

A reflexão sobre o corpo é encontrada no pensamento de Polak (1998) ao afirmar que, apesar de toda a modernidade, o corpo

Continua sujeitado ao poder, sendo um objeto do Rei, de forma mais nefasta, pois a cultura defende o consumo, o excesso, desencadeia novas necessidades, e em nome dessas necessidades deixamos de viver, passamos a cumprir metas e cronogramas; deixamos de ser para estar no mundo a serviço de ideologias autofágicas, que nos transformam em massa de manobra, em corpos alienados e alienantes (POLAK, 1998, p.29).

Estes corpos mecanizados referidos por Polak (1998), necessitam de ligação, de comunhão social (MAFFESOLI, 1987, p.140). Entretanto, nesta integração, “tal amontoado apresenta sutis diferenciações, e as preferências quanto às roupas, ou quanto aos hábitos sexuais, aos esportes e aos próprios lugares não deixam de dividir o território, recriando assim, um conjunto comunitário com funções diversificadas e complementares”, denominadas de novas tribos urbanas, que surgem em contraposição ao individualismo caracterizado pelo produtivismo e o burguesismo moderno. Neste sentido, pode-se incluir os tabagistas, tribo que tem diminuído em função de um processo educativo realizado pela mídia, pelo governo, pelo setor saúde. Por outro lado, penso que a própria exclusão social reforça o desejo gregário de permanecer nesse grupo. Segundo o autor estas novas tribos urbanas se apóiam numa lógica tribal, ou seja, com ligações repletas de significado. Elas estão em constante interação com a massa num conjunto que tem “medo do vazio”. O medo de perder a significação e identificação tribal, reforçam a permanência na condição existencial de tabagista.

Nos relatos dos sujeitos deste estudo ficou evidenciado que não é a quantidade de informações que a pessoa recebe que faz com que mude de hábitos ou assuma uma nova postura diante da vida. O processo de mudança há de ser existencial, mesmo que doloroso.

O que acaba acontecendo é que os conflitos existenciais entram em sintonia com os vícios, reforçam os vícios e se reforçam por causa deles. Aí se constroem

“círculos viciosos” que nos afundam cada vez mais do ponto de vista e, como regra, ainda nos destroem a saúde física. O prejuízo à saúde física ou mental acaba de minar nossa auto-estima, coisa que nos deixa sem condições para uma observação crítica e refletida da nossa problemática existencial, e isto reforça definitivamente os vícios. A morte precoce parece ser o único local onde esse processo pode desembocar. (GIKOVATE, 1990, p.162).

Deve-se ajudar os fumantes que estejam vivenciando este conflito interno, promovendo a discussão sobre auto-estima, sobre o conceito de corpo, sobre o vir-a-ser, embora haja uma enorme dificuldade em imaginar-se como corpo não fumante, uma vez que seu referencial na maior parte da vida, foi como corpo fumante.

Para Polak (1997d, p.31), “reconstituir, reconstruir e rearmonizar o cliente, como corpo vivente, pressupõe ajudá-lo a superar o momento especial da sua existência”. Este processo de descoberta, tem de ser instigado por parte da equipe de saúde, que via de regra, esquece o que o cigarro representa para cada fumante.

6. SÍNTESE REFLEXIVA DO VIVIDO À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO

Na trajetória percorrida junto aos clientes tabagistas, encontrei muitos corpos fumantes em conflito existencial entre o parar ou não de fumar. Na metodologia de trabalho utilizada no cotidiano da minha prática profissional, intuía que este era um fator preponderante no processo de tomada de decisão para parar de fumar. Entretanto, ela não tornava possível captar o outro em sua multidimensionalidade, motivo pelo qual fui buscar um referencial teórico que possibilitasse a compreensão deste vivido por parte dos corpos fumantes. Ao deparar-me com os momentos de cuidado propostos por Polak (1997), corroborados por Labronici (1998, 2000) que se fundamentaram no conceito de corporeidade de Merleau-Ponty (1994), vislumbrei a possibilidade de uma nova maneira de ser, no cuidado da população tabagista que atendia.

Na literatura encontrei a aplicação deste referencial em Unidades de Internação Hospitalar e percebi que poderia aplicá-lo em outro cenário, isto é, na consulta de enfermagem aos clientes inscritos no programa “Vida sem Cigarro”, uma vez que ele está sintonizado com preceitos éticos e estéticos da liberdade, do reconhecimento do humano, da valorização da relação e da educação em saúde.

A adaptação do modelo de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), na CASSI (APÊNDICE I), aliado ao referencial de cuidado de Polak (1996), proporcionou crescimento e enriquecimento profissional, possibilitando ajudar os corpos fumantes a vivenciarem o momento existencial conflitante entre o desejo de parar e a vontade de continuar fumando. Provocou-me também um conflito existencial que me incitou a refletir sobre o vivido. Esta reflexão resultou em uma nova prática de cuidado que alia incentivo à mudança pró-ativa pela motivação (BRASIL, 1999) ao processo filosófico de reflexão e interação.

É interessante enfatizar que, embora sejam referenciais oriundos de visão de mundo antagônicas, podem ser utilizados simultaneamente, uma vez que se complementam. Neste contexto, é imprescindível que a ação seja centrada no

tabagista, compreendido como um corpo vivente que possui uma intencionalidade que o leva a buscar ajuda. Para que esta aconteça, fez-se necessário estabelecer uma relação que venha ao encontro do desejo de quem a procura, que desencadeie mediante a percepção, as descobertas, o conhecimento de si e do outro, a construção e/ou reconstrução dos saberes que possam ajudá-lo a vivenciar e compreender os conflitos que emergem num momento específico da sua trajetória existencial, isto é, o momento de buscar ajuda para deixar de fumar. Destarte, a abordagem ao tabagista tem de ser adaptada a cada corpo fumante, uma vez que cada um tem seus valores, crenças e visões de mundo, ou seja, cada um possui uma singularidade, enfim, uma essência que o diferencia do outro.

Ressalto que os atores da pesquisa, ao se inscreverem no programa “Vida sem, passaram a vivenciar as situações de encontro/interação que se deram em diversos momentos. Primeiramente, com as entrevistas, foi possível aplicar o primeiro momento proposto por Polak (1997) o da **percepção**. Através dela, pude verdadeiramente entrar em contato com o outro e identificar os ritos de iniciação de fumar de cada participante, sua trajetória de vida enquanto corpo fumante, e as certezas e incertezas deste momento vivido de desejar parar de fumar.

Outro passo muito rico desta caminhada foi a transcrição dos dados das entrevistas. Embora tenha sido um trabalho árduo e demorado, proporcionou profundas reflexões. Foi um momento de auto-revisão enquanto profissional, pois pude perceber melhor minha capacidade de interação, de prestar atenção nas “deixas¹”, da minha capacidade de escuta e conexão. Percebi o processo de transcrição como uma extensão do atendimento, pois foi como continuar interagindo com o entrevistado por longas horas, sendo que cada frase transcrita, remetia-me ao momento da entrevista e, por isso, possibilitou prestar atenção a detalhes que de primeira mão não tinham sido observados. É um mergulho na visão de mundo do outro, na sua história, nos seus desejos e percepções do mundo.

¹ Deixas – são expressões, gestos, olhares, silêncios, observados no outro, que funcionam como “dicas” do que realmente é relevante, naquele momento, como afirma Polak (1997, p. 122), “para a percepção, a linguagem é vital; o corpo é expressão e fala; as palavras são a indumentária do pensamento; pensamento e linguagem ocorrem simultaneamente; devemos atentar não apenas para as palavras, mas também para as lacunas existente entre elas, atentar para o não dito, tanto quanto pra o que foi verbalizado”.

A percepção foi um processo contínuo ao longo de todos os atendimentos, e os elementos proporcionados por ela foram registrados nos prontuários dos clientes e no diário de campo. Isso me possibilitou retomar com os sujeitos algumas questões nas situações de encontro subseqüentes, a fim de contribuir com os corpos fumantes em seus questionamentos. Por meio dela foi possível colaborar nas discussões com os outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento dos corpos fumantes, trazendo aspectos por vezes não evidenciados, o que corroboro com Polak (1997), “a percepção permitiu-me ver o invisível aos olhos”.

O segundo momento do processo de cuidado, **a construção e reconstrução do conhecimento**, deu-se durante as situações de encontro, por meio de discussões sobre: o ritual de fumar de cada sujeito atendido; as motivações e desejos de abandonar o tabagismo; a realização dos testes de avaliação e reconhecimento dos três tipos de dependência; a provocação para o perceber-se enquanto corpo fumante e procurar identificar o que o faz fumar; qual a sua relação com o cigarro; que tipo de “respiradouro” este representava para cada um.

No terceiro momento proposto por Polak (1997), **a elaboração e expressão das ações de enfermagem**, pude vivenciar esta nova forma de relação de cuidado, visando à intersubjetividade, o que propiciou fornecer dicas e estratégias para o abandono do cigarro de acordo com o modo de ser de cada sujeito, ao invés de um “pacote fechado” de orientações, que, por vezes, em alguns serviços, se transforma em determinações a serem seguidas pelo corpo fumante.

Apreendi nesta trajetória, que o enfermeiro como corporeidade tem de agir conforme as exigências do outro, com as exigências do momento e respeitar seus limites. Nosso papel é promover a discussão e ajudar os corpos fumantes a vivenciarem, da melhor maneira possível, este novo *vir-a-ser*. Entretanto, fez-se necessário respeitar o preceito ético do direito do corpo fumante em permanecer na condição de tabagista ou perceber quando as exigências do momento indicam que não é a melhor hora para parar de fumar. A decisão sempre é do outro e não do profissional.

O mergulho sobre os dados de pesquisa culminou no surgimento de três categorias que proporcionaram uma melhor compreensão do conflito existencial entre o parar ou não de fumar por qual transitam os corpos fumantes. Assim, os

discursos mostraram que, para o abandono do cigarro, fez-se necessário um rito de desligamento, um ritual de passagem que marcasse a mudança da condição existencial de corpo fumante para corpo não fumante, realizado com o estabelecimento de uma data ou de outra forma, mas que proporcionou um registro interior de transformação, que a partir daquele momento, desencadeou uma mudança de condição, com a formação de uma nova imagem corporal: a de corpo não fumante.

No que diz respeito ao *vir-a-ser*, a criação de novas relações, novas identificações e novos papéis, além dos ganhos como a melhora física com o parar de fumar que reflete na qualidade de vida, trazem benefícios imediatos. A conquista desta nova condição de corpo não fumante, este simbolismo de vitória sobre a dependência, influencia e assegura melhora da auto-estima do corpo fumante em fase de supressão do fumo. Para atingir este estágio de mudança existencial, alguns passam anos em conflito e tentam estabelecer este rito de passagem por mais de uma vez. Por se tratar de um processo, é necessário apoio, seja familiar, pessoal ou profissional para esta passagem.

Observei durante o estudo que muitos não conseguem avançar até a tentativa de estabelecer o rito de passagem por inúmeros motivos, motivações, situações e frustrações. Encontrei relatos de baixa auto-estima, insegurança, medo e dificuldades nas relações interpessoais, que sustentavam a relação do corpo fumante com o cigarro. Este medo *do vir-a-ser* ficou evidenciado na dificuldade em assumir uma nova condição existencial, o medo da mudança, reforçado pela insegurança de não conseguir se reconhecer como corpo não fumante. Os entrevistados passaram a maior parte de suas vidas se relacionando com o cigarro, ou seja, nunca foram adultos não fumantes. O rompimento desta relação foi motivo de ansiedade e medo pelas dificuldades de lidar com o luto e perdas, da criação de uma nova imagem corporal e o medo de estabelecer o novo ritual de pertença.

Neste sentido, o cigarro funciona como verdadeiro respiradouro para os corpos fumantes, como uma forma de amenizar ou descomprimir as pressões externas, mas principalmente as internas, fruto das dificuldades de relação e da falta da assertividade na comunicação. Este respiradouro também funcionou como um fortalecedor para as inseguranças e dificuldades de auto-estima, como um

encorajador para certos enfrentamentos por parte do corpo fumante. Muitos corpos fumantes se utilizam do cigarro antes de se depararem com alguma situação estressante e via de regra, sempre que saem das mesmas.

Quanto ao prazer, tão comentado, proporcionado pelo cigarro, encontrei dificuldades por parte das corporeidades em defini-lo. Há na sua grande maioria, relatos de descontentamento quanto ao do cheiro da fumaça, do “perfume residual” que o cigarro deixa, dos sintomas de “ressaca” quando fumam demais, entretanto todos gostam do seu “efeito”, seja de tranqüilidade, de apaziguamento de empoderamento.

Deparei-me com depoimentos de desaceleração, relaxamento, sensação de paz e alívio; estes, embora efêmeros, devem ser considerados. A discussão desse “efeito” pode ser positiva para a decisão de parar de fumar, no sentido de ajudar estas corporeidades a encontrarem sensações semelhantes às trazidas pelo cigarro, através de práticas saudáveis, onde este não se enquadra.

Outrossim, encontrei relato de verdadeiro prazer pelo rito de fumar e pela sua simbologia, deleite em pegar o cigarro, levá-lo a boca, acendê-lo e dar a primeira tragada. Observei que para muitos, a discussão desta percepção, fez bastante sentido, sendo bem aceita e recebida.

Ao observarmos atentamente um corpo fumante fazendo uso do cigarro, (FUNCHAL et al., 2005), verificamos que este primeiramente tem uma forma especial e particular de acendê-lo. Dá a primeira tragada prolongada, retém a fumaça por instantes e depois a devolve numa expiração longa. Este rito leva, na verdade, a uma diminuição da frequência respiratória, porque amplia o movimento respiratório. Esta ampliação tem como conseqüência uma diminuição dos batimentos cardíacos e, conseqüentemente, uma sensação de apaziguamento pela diminuição da ansiedade, transitoriamente, porque momentos depois de ter fumado, o corpo fumante pode voltar às mesmas sensações de ansiedade anteriores e necessitar novamente do seu “respiradouro”, sem falarmos é claro, de toda a simbologia implícita neste ato.

Encontrei no relato de um corpo fumante que conseguiu permanecer sem fumar, a idéia de que no seu novo *vir-a-ser* enquanto massoterapeuta, não havia mais “espaço” para o cigarro, principalmente em função do odor que impregnava

suas mãos. Havia a incoerência interna entre o proporcionar alívio ao outro por meio da massagem, mas ao mesmo tempo não estar cuidando de si fumando, por estar, principalmente, respirando diferentemente. Para realizar um tratamento relaxante é necessário um modo de respirar diferenciado, mais cadenciado, rítmico, desacelerado, a fim de proporcionar ao outro a mesma sincronia.

Detectou-se que outro aspecto que facilita a manutenção da condição de não fumantes é o desenvolvimento de novos hábitos saudáveis em substituição ao rito de fumar e a percepção dos benefícios em permanecer sem o cigarro. Houve relato sobre a mudança de um padrão alimentar gorduroso e de ingestão de álcool, para uma alimentação balanceada, ausência da necessidade de consumir bebidas alcoólicas e a aquisição do hábito de beber muita água. A presença da atividade física e a busca de prazer por meio dela. Ficou evidenciada também a melhora nas relações familiares com a parada de fumar, com depoimento de que a relação com os filhos cresceu, pois não precisava interromper uma brincadeira ou qualquer outra atividade para fumar.

O prazer do reconhecimento também foi constatado neste estudo, em relatos que enfatizam a grande satisfação por parte do corpo, agora não fumante, ao ser elogiada pelo seu perfume. A transferência da vaidade de corpo tabagista, tão bem explorada pela indústria do tabaco, para a vaidade de uma nova categoria, a de corpo cheiroso.

Observei a recorrência de máscaras e novos respiradouros para suprir as dificuldades do cotidiano, como a troca da pausa para fumar, pela pausa para a leitura, para o relaxamento e para a ingestão de água. A prática da respiração diafragmática também foi relatada como facilitador das relações profissionais. Agora diante de uma situação estressante, o corpo não fumante utiliza-se da respiração para assumir o controle de si e saber a melhor hora e maneira de expressar sua opinião, e como isto influenciou positivamente em sua auto-confiança.

As mudanças culturais em relação ao valor atribuído ao cigarro, assim como as políticas de enfrentamento do problema, aumentam o conflito vivenciado pelo corpo fumante. Se por um lado auxiliam para a conscientização do problema, por outro, atuam na contramão, porque ao invés de irem ao encontro, vão de encontro, marginalizando o já marginalizado, reiterando e reforçando o sentimento

ambivalente de inclusão x exclusão social. Estas políticas de atenção e tratamento do tabagista necessitam de uma escuta atenta para que de fato possam reduzir os males causados pelo tabagismo.

Lamentavelmente observo que a estratégia está mal empregada, sendo mais agressiva do que acolhedora, motivo pelo qual necessita ser revista pelos profissionais que atuam na área, assim como pelos diversos seguimentos sociais ligados ao tema. Há a necessidade de desenvolver-se um outro olhar para o tabagista, vendo-o não apenas como um usuário de nicotina, mas como alguém que possui as razões mais diversas para estabelecer uma relação com o cigarro. Este parece ser uma resposta para estes corpos. Uma resposta para a insegurança, para a carência, para a auto-afirmação, isto é, o cigarro se apresenta como um fator de suporte, de empoderamento.

Penso que o desafio é estabelecer outras formas saudáveis de substituição deste poderoso produto que tem feito tão bem aos donos da indústria fumageira por outro, que possa dar prazer, fazer bem às nossas relações, ao corpo merleau-pontyano, e que, se possível, sejam tão simbólicas quanto.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A. (Coord). **Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitrô, 2001.

ALGARVE, V. A. **Cultura negra na sala de aula: pode um cantinho de africanidade elevar a auto-estima de crianças negras e melhorar o relacionamento entre crianças negras e brancas?** Dissertação. (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Educação, Metodologia de Ensino, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004).

ANTHONISEN, N et al. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality – a randomized clinical trial. **Annals of Internal Medicine**. Philadelphia, v. 142, p. 233-39, 15 de fev 2005.

ARANHA, M.; MARTINS, M. **Filosofando: introdução à filosofia**. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1993.

AZEVEDO, T. **Ciclo de vida: ritos e rituais**. São Paulo: Ática, 1987.

BAUDRILLARD, J. **A troca simbólica e a morte**. Lisboa: Arte & Comunicação, 1996.

BICUDO, M. **Fenomenologia: confrontos e avanços**. São Paulo: Cortez, 2000.

BIOLCHI, M. A história do tabaco. **In contexto rural**. Curitiba: DESER, Ano V, n.5, julho, 2005.

BOFF, L. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. 27 ed. Petrópolis, Vozes, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Bases para implantação de um programa de controle do tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Falando sobre tabagismo** 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Saúde do DF. Coordenação de Controle do Câncer e Tabagismo. **Manual do Facilitador – Parar de fumar uma decisão inteligente**. Brasília: SSDF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante, Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade**

referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002/2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BURNS, D. Cigarros e tabagismo. In SAMET, J. et al. **Clínicas de doenças pulmonares v. 4.** Rio de Janeiro: Interlivros, 1991.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL. **Estatuto.** Brasília: CASSI, 1997.

CAPALDO, A. Fenomenologia. In FIGUEIREDO, N. **Método e metodologia na pesquisa científica.** São Paulo: Difusão, 2004.

CARTER, B; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar:** uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CHIARA, V. **Fumar, fumar, fumar;** reflexões etnográficas, artigo mimeo, 2004.

CINCIPRINI, P. et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute.** v.89, n.24, p.1852-67, 1997.

DEPARTMENT OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE, University of Toronto. **Smoking cessation guidelines:** how to treat your patient's tobacco addiction. Toronto, 2000.

DOLL, R.; HIL, A. The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report. **British Medical Journal.** London, p. 1451-55, 1954.

DOLL, R. et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. **British Medical Journal.** London, v. 309, n. 8, p. 901-10, october, 1994.

DORNELLES, C. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ELÍADE, M. **O sagrado e o profano**. Trad. Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERREIRA, A. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2 ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1986.

FIORE M. et al. **Treatment tobacco use and dependence - Clinical Practice Guideline**. U.S. Department of Health and Human Service. Public Health Service, 2000.

FUNCHAL, et al. Rituais vivenciados pelo corpo fumante. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 10, n. 1, p. 53-59, jan./abr., 2005.

GENNEP, V. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Vozes, 1978.

GIKOVATE, F. **Cigarro um adeus possível: uma proposta cheia de calor humano**. São Paulo: MG, 1990.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social** – 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

JUNGERMAN, F.; LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 48, n.5, p. 197-207, 1999.

JHA, P., CHALOUPIKA, F. **A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco**. Washington. THE WORLD BANK, 2000.

KIRCHENCHTEJN, J.; CHATKIN, J. Dependência da nicotina in ARAUJO, A. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 30, n. 2, p.1-76. ISSN 1806-3713, ago, 2004.

LABRONICI, L. M. **A corporeidade propiciando o coexistir da racionalidade e da sensibilidade nas práticas de cuidar**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1998.

LABRONICI, L. M.; POLAK, Y. N. Corporeidade no cenário da clínica ortopédica. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v.21, n.2, p. 55-69, jul. 2000.

LABRONICI, L. M. **Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

LoBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes, 1996.

MARINOFF, L. **Mais Platão, menos Prozac**. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

MARLAT, G. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MARTINS, J., BICUDO, M. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos** 3ed. São Paulo: Moraes, 1993.

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poesis – organização de textos.** São Paulo: Cortez, 1992.

McDANIEL, S.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W. **Terapia familiar médica: um enfoque biopsicosocial às famílias com problemas de saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MEIRELLES, R.; GONÇAVES, C. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante in ARAUJO, A. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** Brasília, v. 30, n. 2, p.1-76. ISSN 1806-3713, ago, 2004.

MENEZES, A. Epidemiologia do tabagismo in ARAUJO, A. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** Brasília, v. 30, n. 2, p.1-76. ISSN 1806-3713, ago, 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **O visível e o invisível.** São Paulo: Perspectiva, 1984.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** São Paulo: Freitas Bastos, 1994.

MILLETTE, A. **A entrevista psicológica na relação de entre-ajuda: aconselhamento/counseling.** São Paulo: Ed. Paulinas, 1982.

OLIVEIRA, M et al. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. **Psicologia: reflexão e crítica.** Porto Alegre, v. 16, n. 2, p.263-270, 2003.

OLIVEIRA, M.; SALES, M. Tabagismo passivo in ARAUJO, A. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 30, n. 2, p.1-76. ISSN 1806-3713, ago, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Smoking and health in the Americans**. Atlanta, Georgia: PAHO, 1992.

PARÉ, M. O desenvolvimento da auto-estima da criança negra. In: TRIUMPHO, V. (org). **Rio Grande do Sul: aspectos da negritude**. Porto Alegre: Martins Livreiro, 1991.

PATERSON, J.; ZDERAD, L. **Enfermería humanística**. México, DF: Limusa, 1979.

POLAK, Y. N. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Tese (Doutorado) – Programa de Doutorado em Filosofia de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

POLAK, Y. N. **A corporeidade como regate do humano na enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1997.

POLAK, Y. N. **Socialidade da doença, multidões de corpos e corporeidades solitárias**. Tese (concurso de Prof Titular de Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1997.

POLAK, Y. N. O corpo como mediador da relação homem/mundo. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 9-28, set./dez., 1997.

POLAK, Y. N. MANTOVANI, M. F.; LENARDT, M. H. O corpo adulto nas unidades críticas de atendimento: um recorte de dor e sofrimento. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 2, n. 1, p. 29-32, jan./jun., 1997.

POLAK, Y. N. A desmecanização do corpo. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 3, n. 1, p. 28-31, jan/jun 1998.

PRANTE JR, A. **Intervenção para abandono do fumo**. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1996.

PROCHASKA, J et al. Stages of change and decisional balance for 12 Problem Behaviors. **Health Psychology**, v. 13, n.2, p. 39-46, jan., 1994.

PROCHASKA, J, GOLSTEIN, M. Processo de supressão do tabagismo – implicação para os clínicos. In SAMET J et al. **Clínicas de doenças pulmonares**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1991.

RICE, V.; STEAD L. Nursing interventions for smoking cessation. **In The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004**. Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub2.

ROSEMBERG, J. **Tabagismo, sério problema de saúde pública**. São Paulo: ALMED, 1981.

TEIXEIRA, S. A. Vestibular: ritual de passagem ou barreira ritualizada? **Ciência e Cultura**, 33 (12): 1574-80, 1981.

TORRECILLA, G.; BARRUECO, F. et al. Ayudar al fumador: tratar el tabaquismo. **Medifam**. Madri, v.11, n4, p.34-60, 2001.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TSELEBIS, A.; PANAGHIOTOU A. Nursing staff anxiety versus smoking habits. **Internal Journal Nursing Practice** Athens, Greece, v. 7, p. 221, 2001.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE.
Autogestão em saúde no Brasil: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor. São Paulo: UNIDAS, 2005.

VIEGAS, C.; REICHERT, J. Tratamento medicamentoso. in ARAUJO, A. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** Brasília, v. 30, n. 2, p.1-76. ISSN 1806-3713, ago, 2004.

WHITEHEAD, D.; DOHERTY, J. Systems dynamics in cigarette smoking: an exploratory study. **Family Systems Medicine**, v. 7 p. 264-273, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Orientações estratégicas para 2004-2005-** por área de trabalho. Genebra: World Health report, 2003.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos** – 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO DO PROGRAMA VIDA SEM CIGARRO

NOME: _____ IDADE: _____

SEXO: _____ MATRÍCULA _____ TELEFONE _____

e-mail : _____ DATA: _____

POR FAVOR, RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS:

1. Quantos cigarros você fuma por dia? _____
2. O que faz você fumar? _____

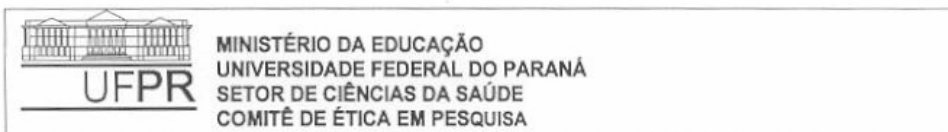
3. Na sua opinião , qual o seu obstáculo mais difícil para parar de fumar? _____

4. Comentários _____

TESTE DE FARGERSTRÖM (para avaliação do grau de dependência de nicotina)

- | | |
|--|--|
| 1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? | 5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? |
| Dentro de 5 minutos (3) | Sim (1) |
| Entre 6 e 30 minutos (2) | Não (0) |
| Entre 31 e 60 minutos (1) | |
| Após 60 minutos (0) | 6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? |
| | Sim (1) |
| 2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.? | Não (0) |
| Sim (1) | |
| Não (0) | GRAU DE DEPENDÊNCIA: |
| | 0 – 2 pontos muito baixo |
| 3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? | 3 – 4 pontos baixo |
| O primeiro da manhã (1) | 5 pontos médio |
| Outros (0) | 6 – 7 pontos elevado |
| | 8 – 10 pontos muito elevado |
| 4. Quantos cigarros você fuma por dia? | |
| Menos de 10 (0) _____ | |
| De 11 a 20 (1) _____ | |
| De 21 a 30 (2) _____ | |
| Mas de 31 (3) _____ | |

ANEXO II



Curitiba, 28 de julho de 2005.

Ilmo (a) Sr. (a)
EDUARDO FUNCHAL
Nesta

Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "**O VERSO E O REVERSO DO TABAGISTA: CONFLITOS DE UMA CORPOREIDADE**", está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, foi apresentado, analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR em reunião do dia 27 de julho de 2005.
Registro **CEP/SD**: 190 SI 065-05-07. -CAE 012009100005

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevo-me,

Atenciosamente



Prof. Dr. Miguel Ibrahim A. Hanna Sobrinho
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Endereço: Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – C EP: 80060-240
Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica@saude.ufpr.br

APÊNDICE I

RELATO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA VIDA SEM CIGARRO NA CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL – CASSI - CTBA

No ano de 1999, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil lançou o Programa “CASSI livre da fumaça do cigarro”, com a finalidade de orientar o desenvolvimento de ações educativas para o controle do tabagismo, tendo em vista a incoerência da permanência do hábito de fumar em um ambiente de atenção à saúde e também para o cumprimento da Lei número 9294 de 15 de julho de 1976, que proíbe o uso de cigarros em recintos coletivos privados ou públicos particularmente em hospitais e postos de saúde (Art. 2º parágrafo 1º). Portanto, a criação deste programa nasceu da necessidade de se ter um ambiente livre da fumaça de cigarros e de organizar o apoio às pessoas que desejassem parar de fumar.

Um dos objetivos descrito no referido programa é que a estratégia não se propunha a perseguir fumantes, mas sim sensibilizá-los quanto aos prejuízos à saúde, bem como informá-los sobre os benefícios de parar de fumar oferecendo apoio àqueles que se interessassem em abandonar o hábito.

A implantação do programa ocorreu sob a forma de duas grandes ações. Primeiramente, a criação do ambiente livre do cigarro com base na metodologia do Instituto Nacional do Câncer (INCA), experiência que já havia sido vivenciada na CASSI do Distrito Federal, e, posteriormente, a sensibilização dos profissionais de

saúde para que valorizassem o tratamento do tabagismo da mesma forma que valorizam o tratamento de outras doenças como hipertensão, diabetes, etc., assim como a instrumentalização desses profissionais com estratégias que permitam oferecer apoio efetivo aos seus pacientes fumantes dentro da rotina do atendimento ambulatorial.

A criação do ambiente livre da fumaça do cigarro dentro das dependências da CASSI Curitiba aconteceu de forma natural, sendo suprimidas etapas do processo de implantação, em virtude da aceitação da proposta, uma vez que este movimento também era realizado em todos os serviços de saúde e diversos setores da sociedade.

Para viabilização da segunda etapa do programa, foi realizado, em julho de 2000, o treinamento “como ajudar seu paciente a parar de fumar”, por intermédio da estratégia de trabalhos em grupos contidas no manual: parar de fumar uma decisão inteligente (MS/INCA, 1997). A experiência foi desenvolvida por meio de parceria do INCA e da CASSI DF, em que, além da sensibilização sobre o problema do tabagismo, foi compartilhada a experiência de trabalho em grupo, realizada no Distrito Federal, que estava obtendo bons índices de cessação do consumo de cigarros.

Para a implantação do Programa em nossa unidade, realizamos uma oficina de sensibilização com todos os profissionais de saúde, a fim de capacitar para a abordagem do tabagista, através do método “abordagem mínima do fumante” (BRASIL/INCA, 1997, 1999 e 2001) e para o encaminhamento dos interessados para participarem dos trabalhos de grupo, assim como o acolhimento da clientela que manifestasse desejo em receber informações ou auxílio para parar de fumar.

A estruturação dos trabalhos em grupo foi baseada no manual “parar de fumar uma decisão inteligente – manual do facilitador” (BRASIL/INCA 1999), sendo inicialmente organizadas dentro da estrutura de quatro encontros básicos, com uma hora de duração, temas previamente definidos e objetivos distintos, coordenados por dois profissionais, um enfermeiro e uma médica.

Um dos pontos que este manual reforça é que o programa está destinado a ajudar pessoas a parar de fumar a partir do fornecimento de informações e estratégias essenciais e necessárias para direcionar seus próprios esforços neste sentido (BRASIL/INCA, 1999, p. 9). A abordagem preconizada é do tipo ativa e pragmática, ou seja, voltada para a ação, no qual os participantes devem ser estimulados a aplicar o que aprenderam com o programa, em outros aspectos de sua vida.

Seguimos inicialmente a mesma metodologia proposta para os encontros (BRASIL/INCA, 1999, p. 11), ou seja, proporcionar discussão de todos os elementos que são significativos para ajudar fumantes a parar de fumar e a permanecer sem cigarros, abordando os comportamentos, pensamentos e sentimentos dos fumantes, mediante o uso da interação entre os participantes para incentivar e apoiar as mudanças, sem no entanto, estimular a dependência dos participantes ao grupo. Este material divide cada sessão de grupo em quatro fases: atenção individual, estratégias e informações, revisão de discussão e tarefas, preconizando que sejam utilizados de 15 a 20 minutos para as três primeiras fases e 5 minutos para a final.

Na fase da atenção individual (BRASIL/INCA, 1999, p. 14), é recomendado que o facilitador inclua todos os integrantes na discussão, realize uma abordagem se dirigindo a todos e responda as perguntas feitas pelo grupo. É a fase na qual são

realizadas as apresentações dos participantes. Após o acolhimento, entra-se na fase das estratégias e informações, as quais são diferentes em cada sessão. Segundo o INCA (1999, p. 15), os participantes entram em contato com cada tema na seguinte ordem: durante a fase estratégias e informações, na fase de revisão e discussão, e na fase atenção individual das sessões de grupo subsequentes.

Na fase de revisão e discussão abre-se o debate sobre as informações recebidas na fase anterior. O facilitador deve proporcionar o compartilhamento de idéias e experiências além de dar suas próprias sugestões aos participantes.

A fase das tarefas é aquela em que o facilitador “deve chamar a atenção para os objetivos individuais que os participantes tenham estabelecidos para si próprios. “Peça aos participantes para escolher uma data para deixar de fumar e uma estratégia para fazê-lo antes da próxima sessão” (BRASIL/INCA, 1999, p.16).

As quatro fases tem como objetivo estruturar a sessão de trabalho em grupo e a determinar quanto tempo deve ser dedicado a cada atividade. Entretanto, como reforça o manual do facilitador, a sessão não deve ser subdividida em tópicos e/ou anunciado aos participantes a existência destas fases.

A seguir, descreverei a estrutura de cada uma das quatro sessões contidas no manual do facilitador (BRASIL/INCA, 1999) e como foram inicialmente desenvolvidas na CASSI Curitiba.

Sessão 1: Entender o que me faz fumar e como fumar me afeta

Primeiramente, antes de iniciar a sessão, todos os participantes preenchiam a ficha de inscrição do programa (ANEXO I). A mesma continha dados de identificação pessoal mais as seguintes perguntas: 1) quantos cigarros você fuma

por dia? 2) o que faz você fumar? 3) Na sua opinião, qual o obstáculo mais difícil para parar de fumar? 4) Comentários. Na medida em que os formulários foram sendo preenchidos pelos participantes, percebeu-se que a maioria tinha dificuldades em responder as questões de número 2 e 3, sendo que por vezes, deixavam-nas em branco. Fazia parte também da ficha de inscrição o teste de Fargeström (ANEXO I).

Nesta sessão inicial, era realizada no primeiro momento, uma dinâmica de acolhida e apresentação dos participantes, e para tanto, utilizava-se da técnica do desenho livre, em que cada fumante fazia uma representação lúdica e posteriormente a compartilhava com os demais, a partir do comando: desenhe o que o cigarro significa para você. A seguir, expunha-se a proposta de trabalho das sessões em grupo.

Na fase de estratégias e informações apresentavam-se os três tipos de dependências causadas pelo consumo de cigarro: a física, a comportamental e a psicológica. Nesta sessão também se abordava o sentimento de ambivalência em relação a parar de fumar. Ao mesmo tempo em que existe o desejo de parar, existe o desejo de continuar, e o quanto este processo é imobilizante. No manual do facilitador (BRASIL/INCA, 1999, p. 23) há a seguinte recomendação: “relacione a sua discussão sobre ambivalência aos três aspectos do fumar que você acabou de descrever”. As razões pelas quais as pessoas querem continuar a fumar variam de fumante a fumante. Segundo o manual, deve-se reforçar que não é necessário se livrar totalmente do desejo de fumar antes de parar. Ao contrário, o indivíduo apenas tem que decidir o que ele quer mais: continuar ou parar. "Enfatize que existem poucas escolhas na vida que são claras. Na realidade, a maioria das decisões são baseadas no preferir uma opção a outra. O ponto mais importante para lembrar, a

esse respeito, é que uma vez que se decida querer parar de fumar mais do que continuar, pode-se transformar a ambivalência em ação deixando de fumar” (BRASIL/INCA, 1999, p. 23).

Na seqüência, apresentavam-se os métodos para deixar de fumar: o método abrupto que consiste na determinação de uma data para cessar o consumo de cigarros, denominada dia “D”, que segundo o INCA (1999), corresponde a uma taxa de 80% de sucesso, e o método gradual, que por sua vez, divide-se em duas estratégias. A primeira delas é a diminuição do número de cigarros consumidos ao dia, até que se chegue ao cigarro zero e a conseqüente interrupção do hábito. A segunda é o adiamento do primeiro cigarro da manhã, ou seja, postergar ascender o primeiro cigarro do dia paulatinamente, até que este seja aceso à noite e no dia seguinte não mais o seja. Para que a estratégia do adiamento seja bem sucedida, faz-se necessário um planejamento a fim de que sua implementação não exceda duas semanas. Quando esta estratégia é a escolhida, mas prorroga-se por mais tempo, é comum o fumante cansar e desistir. Este insucesso na parada, via de regra, acarreta um sentimento de desvalia.

Havia a recomendação explícita no manual para que se abordassem os malefícios que o cigarro causava à saúde assim como os efeitos fisiológicos do tabagismo ao organismo. Desde o início, observamos que esta parte do encontro não era bem recebida, motivo pela qual a modificamos, uma vez que os participantes mostravam-se reativos a este tipo de discussão. Muitos relatavam que já estavam cansados dessas informações e outros recusavam-se a participar do grupo por acreditarem que esta era a sua tônica.

Em relação às tarefas ao final da sessão 1, o manual orientava:

[...] peça aos participantes para decidirem uma data pessoal para deixar de fumar. Pode ser qualquer dia a partir da presente data até o dia antes da terceira sessão de grupo. Peça aos participantes para decidirem também se eles vão usar a abordagem de parada abrupta ou gradual. Espera-se que todos os participantes compareçam a segunda sessão sabendo quando e como eles vão deixar de fumar. Alguns participantes já vão ter deixado de fumar (BRASIL/INCA, 1999, p. 26).

Entretanto, na segunda sessão, nem sempre os participantes se apresentavam com esta “disponibilidade” para a supressão do hábito de fumar. Era também comum o absenteísmo, provavelmente motivado pelo não desejo de implementar uma decisão de parar neste momento vivido. Alguns participantes eram orientados a participarem do grupo mesmo estando no estágio de contemplação, como uma forma de obterem mais informações sobre como parar de fumar a fim de se capacitarem para quando quisessem fazê-lo.

Sessão 2: Lidar com os primeiros dias sem cigarro

Esta sessão tinha como objetivos discutir sobre como lidar com os primeiros dias sem o cigarro, que é a fase mais difícil de parar de fumar devido à síndrome de abstinência tabágica.

Na etapa da atenção individual, procedia-se o acolhimento dos participantes incentivando-os a relatarem suas experiências recentes. No manual do facilitador (1999, p. 30) há a seguinte recomendação:

[...] pergunte a cada participante qual o dia que escolheu para deixar de fumar. Pergunte quem usou o método da parada abrupta e quem está usando um método gradual para parar de fumar. Parabenize os que já tenham parado de fumar, utilizando algum tempo para saber como estão se sentindo e responder as perguntas que tenham sobre as suas experiências, desde que pararam de fumar. Cumprimente também os participantes que não pararam ainda, porém tenham superado alguma situação que esperam ser difícil.

No tópico estratégias e informações discutia-se sobre o que era a síndrome da abstinência tabágica, seus sinais e sintomas mais comuns e os motivos pelos quais surgiam. Ela varia de fumante a fumante, e está relacionada ao grau de dependência física que pode ser medido pelo teste de Fargeströn (ANEXO I). Era reforçado também que esta sintomatologia variável, tem tempo limitado de duração, sendo que a maioria do desconforto dura em média de uma semana e meia a duas. Estes sinais são mostras de que o corpo está se restabelecendo e procurando retornar ao funcionamento anterior, antes da interferência do metabolismo do cigarro.

Nesta sessão, segundo o manual do facilitador, deve-se rever os sinais mais comuns de abstinência, tais como o desejo de fumar, que é o mais presente de todos, tem intensidade variável e dura, em média, cinco minutos. A melhor estratégia é ignorá-lo ou distrair-se por este tempo, bebendo um copo de água, em pequenos goles, dando um telefonema, fazendo exercícios de alongamento ou relaxamento ou respiração profunda, enfim, distraindo-se.

A tensão é outro sintoma muito familiar, associado às sensações de irritabilidade, intolerância às contrariedades, nervosismo e dificuldade de concentração. Outro sintoma que por vezes se faz presente, é o formigamento em braços e pernas devido à melhora da circulação. Este também desaparece com o tempo, a medida que o organismo se adapta à mudança do padrão circulatório.

Alguns relatam a sensação de “peso na cabeça” ou tontura, isto está relacionado ao aumento do suprimento de oxigênio ao cérebro e também à diminuição do nível de monóxido de carbono que muda rapidamente logo após a parada de fumar. Outro sintoma que pode confundir o fumante em abstinência é o

aumento da tosse e do pigarro, dando uma falsa sensação de piora, uma vez que os cílios que revestem a mucosa dos pulmões voltam a trabalhar no sentido de retirar as partículas do trato respiratório. A medida que a limpeza termina, a tosse melhora, embora isto possa levar algumas semanas.

Como formas de instrumentalização do fumante, nesta sessão eram discutidas e trabalhadas de maneira prática, algumas estratégias como o exercício da respiração profunda, procurando dar atenção especial à expiração prolongada, exercícios de relaxamento muscular e mental, além do exercício de alongamento. O aprendizado destes recursos pode ser bastante útil tanto na diminuição do desconforto causado pela síndrome de abstinência como auxiliar no processo de resistir ao desejo de fumar.

Outro aspecto ressaltado na sessão 2, é o conceito de assertividade nas relações humanas. Este pode ser entendido, conforme o descrito no Manual do Facilitador (1999, p. 35), como a capacidade de expressar o que se pensa ou sente. “Pessoas passivas não expressam o que pensam ou sentem. Pessoas agressivas, por outro lado, expressam seus sentimentos de uma maneira que visa controlar, dominar e/ou ferir outra pessoa. A meta é ser assertivo ao invés de ser passivo ou agressivo”. Muitos fumantes utilizam o cigarro (um ou vários) como forma de evitar uma situação estressante, ou logo após vivenciarem uma. Segundo o referido manual, se os tabagistas se tornassem mais assertivos em suas relações poderiam sentir uma menor necessidade de fumar. São exemplos de características assertivas: falar usando frases curtas e diretas; usar frases como eu penso, eu acredito, na minha opinião, de forma assumir a responsabilidade pelas próprias idéias; quando não estiver certo de estar entendendo o que os outros estiverem

dizendo, pedir esclarecimento; descrever os fatos objetivamente, ao invés de enfeitar, exagerar, distorcer ou mentir; olhar diretamente nos olhos do interlocutor; apertar as mãos das pessoas firmemente e evitar justificar-se por tudo o que faz ou diz.

O pensamento construtivo em detrimento do pensamento destrutivo ou negativo é outra informação recomendada pelo manual do facilitador, a ser abordada na sessão 2. “O conceito chave a ser apresentado é que seus pensamentos geram seus sentimentos” (BRASIL/INCA, 1999, p. 37). Cada vez que o indivíduo perceber sentimentos de tristeza ou de tensão, deve se perguntar sobre o que está pensando, ou seja, que pensamento está gerando este sentimento? Uma vez respondida esta questão a tarefa passa a ser a transformação do pensamento em um pensamento construtivo a fim de gerar emoções mais positivas a respeito.

Como tarefas da sessão 2 estão relacionadas: “incentive os participantes a escolherem as datas em que irão parar, caso não o tenham feito ainda. Lembre os participantes dos quatro procedimentos práticos apresentados” (BRASIL, 1999, p. 29). Ou seja, beber muita água, ter consigo alguma coisa sem ou de baixa caloria, fazer exercícios físicos e respirar profundamente.

Sessão 3: vencer todos os obstáculos para parar de fumar

O objetivo dessa sessão é vencer todos os obstáculos para permanecer sem fumar. Na fase de atenção individual, consta no manual do facilitador, a seguinte recomendação:

Agora, todos terão estabelecido suas datas para deixar de fumar. A maioria dos participantes, provavelmente, terá deixado de fumar. Individualize suas congratulações para cada participante. Faça seu comentário também individualizado conforme as circunstâncias pessoais de cada um. Encoraje, positivamente, os que não tenham ainda parado de fumar para continuar insistindo. Peça aos outros participantes que ofereçam sugestões para aqueles que ainda estão fumando, ou para indivíduos que pararam de fumar, porém ainda estão em conflito. O tom desta discussão deve ser leve e comedido, mas não superficial (BRASIL/INCA, 1999, p. 43).

Nota-se que nos trabalhos de grupo há uma orientação explícita para a tomada de ação, e se nos reportarmos ao modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (BRASIL/INCA, 1997, p. 24), os fumantes mais motivados à mudança, são os que estão no estágio de preparo para ação. Os que se encontram no estágio de contemplação, possivelmente tenderão a abandonar os trabalhos de grupo.

Em relação às estratégias e informações na sessão 3, estão previstas o enfoque nos benefícios e nas melhoras físicas quando se pára de fumar, o risco do ganho de peso, do uso do álcool e o apoio interpessoal. Neste estágio dos trabalhos de grupo, encontram-se pessoas que estão experimentando síndrome de abstinência e outros que estão experimentando os benefícios de permanecer sem fumar. O manual do facilitador orienta para se mencionar o aumento da energia física, a respiração mais fácil, melhora do gosto e do olfato e aumento da agilidade nas atividades comuns.

No que diz respeito ao ganho de peso, este é bastante comum e pode persistir por um período aproximado de seis meses e é um dos fatores preocupantes e causadores de recaída, principalmente junto ao público feminino. Conhecer as razões que levam ao aumento de peso pode facilitar no estabelecimento de um planejamento prévio, “como forma de evitar armadilhas” (BRASIL, 1999, p. 43).

As razões mais comuns para o aumento do peso são: a ansiedade que traz consigo a necessidade de colocar algum substituto na boca quando aparece a vontade de fumar; a auto-premiação, mediante o consumo de chocolate (liberador de endorfina) e guloseimas, como forma de compensação ao esforço empreendido. A melhora do paladar, do olfato e do conseqüente prazer em comer, também contribuem para o aumento do consumo de alimentos e conseqüentemente ganho de peso.

Nesta sessão discutia-se sobre alimentação saudável, balanço energético, ingesta hídrica e atividade física. Outro aspecto importante de se colocar em discussão é a forte associação entre consumo de álcool e cigarros. Neste sentido, no período de abstinência é conveniente a ausência de consumo das duas substâncias pelo menos por um período de duas semanas.

É importante enfatizar que apesar do sucesso na parada depender exclusivamente do fumante é bom poder contar com o apoio interpessoal construtivo. Segundo o manual do facilitador (1999, p. 45), este é sinônimo daquele apoio dado por um amigo, capaz de dar suporte no momento da parada, de ouvir, apoiar, estimular em persistir ao invés de escolher um caminho mais fácil, como ascender um cigarro nos momentos difíceis. Uma pessoa construtiva também não chamará a atenção para o aumento da irritabilidade ou da raiva do ex-fumante, nem tampouco o criticará em casos de lapsos, mas sim estimulará o participante a uma nova tentativa.

Como tarefas da sessão 3 o manual preconiza: “estímule os participantes a usar os exercícios de relaxamento diariamente. Relembre os participantes dos

conselhos práticos: o consumo de água, a prática de exercícios físicos e a respiração profunda” (BRASIL/INCA, 1999, p. 46).

Sessão 4: Usufruir para sempre do abandono do cigarro

O objetivo desta sessão está explícito em sua própria denominação. Na fase da atenção individual, o manual do facilitador orienta: “congratule os participantes, pelos seus sucessos. Seja positivo ao encorajar algum fumante que ainda não conseguiu parar de fumar. Determine os principais fatos que podem levar o indivíduo a possíveis tropeços” (BRASIL, 1999, p. 51).

Na fase das estratégias e informações, abordava-se sobre os benefícios de parar de fumar, o que o manual do facilitador chama de “benefícios inesperados”, que são aqueles que ocorrem como parte de um processo global. O referido manual traz como exemplos o aumento da auto-estima, maior prazer nas situações sociais sendo mais assertivo, ou a descoberta de um novo esporte ou atividade.

O principal foco de informações a serem discutidas nesta sessão são as razões mais comuns para as recaídas. Se o fumante for capaz de identificar as situações de risco para voltar a fumar e organizar um planejamento para enfrentá-las, em tese, poderá se sustentar como não fumante com mais facilidade.

Uma das situações mais comuns de recaída é durante uma crise, na qual o indivíduo pode reagir de forma automática, retornando ao hábito de fumar como uma forma de resposta. O Manual do Facilitador (1999, p. 52) recomenda que os fumantes pensem nas razões pelas quais não gostariam de voltar a fumar, mesmo numa crise. “Sugira aos participantes que cada um pense numa frase que expresse

sua razão mais forte para nunca mais querer voltar a fumar. Peça que a escrevam em um cartão, mantendo-o sempre consigo. Sugira que guardem a frase para si, ao invés de compartilharem-na com os outros”.

Uma segunda razão para recaída é o fato dos ex-fumantes se sentirem bem, fortalecidos e com sentimento de superioridade sobre o cigarro e portanto, capazes de experimentar um ou outro, em forma de teste, sem retornar ao hábito antigo. “A regra é: evite um cigarro e você evitará todos os outros” (BRASIL/INCA, 1999, p. 52). Entretanto, alguns fumantes voltam a fumar porque suas experiências ao abandonar o cigarro foram desagradáveis, tais como, excessivo ganho de peso e dificuldade em controlar o estresse. Portanto, as recomendações da sessão 2 permanecem válidos por longos períodos para alguns fumantes.

Outro aspecto a ser trabalhado nesta sessão são os benefícios a longo prazo causados pela supressão do consumo de cigarros. Como exemplos são citados a cessação da tosse, a diminuição dos riscos para os eventos cardiovasculares, enfisemas e cânceres. Após alguns anos o risco de adoecer e morrer por estas doenças serão iguais aos de quem nunca fumou. Além, é claro, do benefício econômico, uma vez que o dinheiro economizado na compra de cigarros poderá ser utilizado para outros fins. Discutia-se, também, a necessidade do acompanhamento periódico após a parada.

Para este acompanhamento, o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 1997, p. 34) sugere uma quinta sessão de acompanhamento após a parada, como reforço das habilidades para a prevenção da recaída e a presença de um grupo permanente de manutenção com encontros semanais para ser freqüentado sempre que achar

necessário. Em nossa experiência, convidávamos os freqüentadores do grupo a refazerem quaisquer dos quatro módulos sempre que sentissem necessidade.

Como tarefas desta quarta sessão, o manual do facilitador recomenda que se pergunte aos participantes se gostariam de trocar seus endereços telefônicos. Igualmente solicitar que busquem ajuda diante de qualquer dificuldade, e lembrar aos participantes que não conseguiram parar de fumar, que muitos ex-fumantes bem sucedidos também falharam em tentativas prévias.

Dentro desta programação descrita, foi utilizada a estratégia de trabalhos em grupo durante um período de aproximadamente um ano, durante o qual percebeu-se os seguintes fatores que dificultaram sua manutenção: a captação de novos interessados; o número de tabagistas atendidos ou convidados via telefone para participarem das atividades em grupo, que não eram suficientes para se realizar um grupo representativo, pois a média de comparecimentos muito baixa; resistência dos tabagistas em relação aos trabalhos em grupos, por associá-lo, preconceituosamente, a grupos de auto-ajuda e a dificuldade em “se expor” e falar em público.

Diante das dificuldades, a equipe mudou a estratégia para o atendimento individual, transformando as 4 sessões de grupo em quatro consultas de enfermagem, com os mesmos objetivos, conteúdos e estratégias a serem replicadas individualmente.

Esta modificação proporcionou a percepção de que no atendimento coletivo para atendimento individual ficava evidente uma grande diferenciação. No atendimento coletivo há uma seqüência lógica organizacional determinada, enquanto que no individual, quem faz a “agenda” é o fumante. Embora houvesse

uma seqüência de passos a seguir, a individualização desta abordagem traz consigo o desenvolvimento de novas habilidades de escuta e de relação.

APÊNDICE II

PROTOCOLO PARA ESTUDO DE CASO

A – INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Este protocolo é norteador para a condução do estudo de caso denominado o “verso e o reverso do corpo fumante: conflitos vivenciados”, a ser realizado na Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil e que tem por objetivo compreender o conflito que permeia o verso¹ e o reverso² do corpo fumante.

Os sujeitos participantes são os inscritos no Programa “Vida sem cigarro”, que estejam vivenciando o conflito existencial entre parar ou não de fumar, que livremente desejarem participar, segundo os preceitos éticos descritos na resolução número 196/96.

O referencial teórico que suporta este estudo é a concepção de cuidado proposta por Polak (1997), que trouxe para o cenário da saúde o pensamento do filósofo Merleau-Ponty (1971) que tem a corporeidade como marco.

B – PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

1. Descrever os procedimentos de atendimento mediante a consulta de enfermagem no prontuário individual, conforme rotina da instituição e as observações pertinentes no diário de campo.

¹ Verso – utilizado como sinônimo de: o desejo de parar de fumar

² Reverso – utilizado como sinônimo de: o desejo de permanecer fumando

2. Agendar as entrevistas para coleta de dados, convidar os sujeitos participantes, respeitando as disposições éticas.
3. Gravar as entrevistas com instrumento de áudio; coletar assinaturas do termo de consentimento livre e esclarecido.
4. Durante as entrevistas utilizar as seguintes perguntas indutoras para a coleta de dados:
 - A – Conte-me como foi sua aproximação com o cigarro? Obs: permitir relato de como foi o rito de iniciação tabágica e se lembra do primeiro cigarro, do contexto em que vivia, dos sentimentos em relação a esta iniciação?
 - B – Como está sendo sua vida de fumante? Obs: explorar a história do consumo de tabaco ao longo do tempo, correlacionar com o contexto vivido e os sentimentos envolvidos nesta trajetória.
 - C – Fale-me sobre seu desejo de parar de fumar.
Obs. Explorar o desejo de fumar e o desejo de continuar fumando, sentimentos provenientes do conflito existencial.
5. Transcrever as entrevistas realizadas.
6. Criar banco de dados de pesquisa a partir das informações do diário de campo, construídos a partir do relatório das consultas de enfermagem e das observações do prontuário, além das transcrições das entrevistas.

C – RELATÓRIO DO ESTUDO DE CASO

A partir do banco de dados promover relatório com a finalidade de:

- Compor material a ser apresentado à banca de defesa da dissertação.
- Compartilhar o estudo, tanto os dados, a análise e os resultados com a comunidade científica interessada.
- Compartilhar os resultados com os corpos fumantes que participaram ou não deste estudo.
- Utilizar fragmentos dos discursos dos sujeitos, correlacionando-os ao referencial teórico como forma de compreender a questão norteadora de pesquisa.

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você que é participante do Programa “Vida sem cigarro” da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) de Curitiba, está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “O verso e o reverso do corpo fumante: conflitos vivenciados”.

O objetivo desta pesquisa é aprofundar o estudo sobre o momento de ajuda no parar de fumar e o enfrentamento do conflito entre o desejo de parar e o desejo de continuar fumando. Sua participação será fundamental para que possamos conhecer melhor este conflito, e assim contribuir para o cuidado de outros indivíduos fumantes que também vivem este conflito interno.

Sua participação é voluntária, e acontecerá na forma de uma entrevista previamente marcada, quando conversaremos sobre o seu hábito de fumar. Ela será gravada e depois transcrita (copiada em papel), para que você possa relê-la, fazer novas considerações e, aprovar ou não, a utilização de alguma parte do seu relato, por parte do pesquisador.

Vale lembrar que será preservado o direito ao anonimato, ou seja, seu nome será mantido em sigilo e as informações colhidas são consideradas de cunho confidencial, sendo utilizado somente partes das citações que o pesquisador achar conveniente, sempre tendo o cuidado de não identificá-lo (a).

Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, e mesmo aceitando, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem a necessidade de apresentar justificativas. Isto não acarretará nenhum prejuízo a sua assistência à saúde no programa, assim como nos demais serviços prestados pela CASSI.

O pesquisador está disponível para prestar quaisquer informações a respeito do trabalho no momento que se fizer necessário.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo para o qual fui convidado (a) a participar. Compreendi que a minha participação é voluntária e confidencial e que posso desistir em qualquer tempo, sem que isso signifique qualquer tipo de prejuízo para minha pessoa. Também fui informado(a) de que posso solicitar, ao pesquisador, informações e esclarecimentos de eventuais dúvidas sobre a pesquisa. Considero-me satisfeito com as explicações prestadas pela pesquisador e concordo em participar como voluntário(a) desta pesquisa, assinando este termo em duas vias.

Curitiba, __/__/2005.

EDUARDO FUNCHAL

Pesquisador

Fones: 3362-7895 (residencial)

9151-4017 cel

3219-9500 - CASSI

participante da pesquisa

APÊNDICE IV

EXEMPLIFICANDO O EMERGIR DAS CATEGORIAS

No quadro abaixo, apresento como forma de exemplo o processo de emersão da unidade temática. Para tanto, elegi as unidades de significado retiradas a partir das transcrições de três entrevistados: G.T.; V.F. e C.P.

Linguagem simples do entrevistado	Transformação na linguagem do pesquisador	Intersubjetividade do pesquisador	Intersubjetividade com unidade temática
Porque eu achei um dia bonito. (G.T.) Então aquele dia foi maravilhoso pra mim. (G.T.)	Escolha intencional de um dia para parar de fumar	Delimitar o marco expressivo para deixar de ser fumante	O rito de passagem
Foi um hábito um rito (V.F.)	Uso do cigarro de forma ritualizada		
O que vai funcionar comigo é a abrupta mesmo (V.F.)	Reconhecimento da necessidade de estabelecer um marco		
Vai me dar uma coisa simbólica de vitória mesmo (C.P.)	Reconhecimento da força simbólica ao parar de fumar		
Não consigo me despedir. Em minha vida não coloco nada como definitivo (C.P.)	Supressão do fumo como uma despedida		
...Onde eu começo? (V.F.)	Necessidade de estabelecer um marco		

<p>Quando você está fazendo alguma coisa e o que você quer fazer não dá certo. (G.T.)</p> <p>A maioria das vezes é emocional, algum problema de dentro de casa, de relacionamento. (G.T.)</p> <p>Se me acontece alguma coisa que me desvie, que me abale um pouco a calma eu vou atrás do cigarro (V.F.)</p> <p>Se gerar ansiedade chega a ser compulsivo e isso me assusta Daí me dá medo, se eu to com algum problema eu fumo mais (C.P.)</p> <p>O importante é buscar o equilíbrio, porque eu não tenho este equilíbrio (C.P.)</p> <p>Quando eu vejo eu já perdi o controle (C.P.)</p> <p>Me perturbam bastante pra parar (V.F.)</p> <p>Então ele briga 24 horas comigo, me rejeita (C.P.)</p> <p>Você tem que parar pai não vai morrer por causa disso (V.F.)</p> <p>Por que eu sou toda uma prisão (C.P.)</p> <p>É pesado, meu pai chora (C.P.)</p> <p>Não quero que minha filha me veja a fumar, não quero que ela tenha este exemplo (G.T.)</p>	<p>Dificuldade em lidar com a frustração</p> <p>Relações difíceis com familiar, refletindo no uso do cigarro</p> <p>Fatores externos e ausência de contenção interna como impulsionadores do fumar</p> <p>Relacionamentos familiares exercendo pressão para parar de fumar</p>	<p>Relacionamento conflitante levando ao sentimento de vazio, de rejeição, de exclusão, afetando a auto-estima e reiterando carências e inseguranças, reforçando o hábito de fumar</p>	<p>Insegurança e carência afetiva</p>
--	--	--	---------------------------------------

<p>É complicado sabe como? (C.P.)</p>	<p>Relacionamentos conflituosos</p>		
<p>Tudo está muito ligado(C.P.)</p>	<p>Ligação estreita entre o cigarro e as relações interpessoais</p>		
<p>Não é muito mais orgânico é psíquico mesmo (C.P.) Eu faço uma relação de co-dependência na minha vida (C.P.)</p>	<p>Atribui sua dependência ao cigarro como psicológica</p>		
<p>Quando eu me apavoro, eu entro num processo de ansiedade na relação(C.P.) Quando eu tenho que falar alguma coisa pra pessoa (C.P.) Esta relação é muito doentia (C.P.)</p>	<p>Estados de ansiedade e dificuldade de relação como desencadeantes do fumar</p>		
<p>Eu sempre tive uma relação problemática com meu pai, de rejeição, de abandono (C.P.)</p>	<p>Dificuldade nas relações familiares</p>		
<p>Já começou daí então ele me deserdou (C.P.) A gente que é co-dependente não faz mal para o outro, faz para a gente, né. (C.P.)</p>	<p>Sentimento de rejeição e baixa auto-estima</p>		
<p>As vezes ficava três dias sem falar comigo...para mim era a morte (C.P.) Em alguns momentos eu jogava na cara (C.P.) Infernizei a vida da pessoa assim em todos os aspectos (C.P.)</p>	<p>Dificuldades na relação, sentimento de exclusão</p>		

<p>Hoje eu entendo que era invasão (C.P.)</p> <p>No ano passado foi uma história muito dolorida fumei muito (C.P.)</p> <p>E o cigarro vem junto com a dependência afetiva (C.P.) Está muito ligado à minha relação (C.P.)</p> <p>Por que se uma relação é ruim eu mantenho? (C.P.)</p> <p>Tinha medo de falar e as pessoas me criticarem, é louca (C.P.)]</p> <p>Está muito ligado à auto-estima (C.P.) Só me mato com o cigarro (C.P.)</p>	<p>Associação entre sofrimento e vontade de fumar</p> <p>Relação entre o cigarro e a relação interpessoal problemática</p> <p>Sentimento de desvalia</p> <p>Dificuldade em emitir opinião como reforço na baixa auto-estima</p> <p>Forte relação ao fumar e baixa auto-estima</p>		
<p>Só que pra mim foi horrível esta transição eu não me reconhecia (G.T.).</p> <p>Não quero usar como desculpa mas não posso ganhar peso (G.T.).</p> <p>Seria ótimo se eu tivesse aquela dependência química (V.F.)</p> <p>Medo de magoar alguém (V.F.) Deixa eu ficar com meu</p>	<p>Dificuldade de auto-reconhecimento após a mudança</p> <p>Medo do ganho de peso</p> <p>Receios, dificuldades de enfrentar o novo,</p> <p>Medo de assumir a mudança da nova identidade</p>	<p>Preocupação com mudança da imagem corporal na nova identidade e dificuldade em reconhecer-se como não fumante</p>	<p>Medo do vir-a-ser</p>

<p>cigarro tenho uma fuga (V.F.)</p> <p>Eu não sei fazer uma reflexão de vida sem estar fumando (C.P.)</p> <p>Parece que eu não consigo me imaginar sem (C.P.) Eu não quero fumar, isto está muito claro, mas eu não consigo ter uma auto imagem de mim sem o cigarro. (C.P.)</p> <p>E daí sobrou só um companheiro o cigarro (C.P.) Eu preciso ter uma carteira de cigarro mesmo que eu não vá fumar (C.P.)</p> <p>Se você consegue o controle do cigarro, muita coisa boa vai acontecer</p>	<p>Dificuldade em realizar algumas ações sem o cigarro</p> <p>Dificuldade na imagem corporal sem a presença do cigarro</p> <p>Dificuldade no desligamento físico com o cigarro</p> <p>Esperança de um novo vir-a-ser</p>		
---	--	--	--