



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO DA SAÚDE**

**AS ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS NO MAÇO DE CIGARROS:
POLÍTICA PÚBLICA E PRÁTICA COMUNICATIVA DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

ESTER CRISTINA MACHADO RUAS

**RIO DE JANEIRO
2016**

ESTER CRISTINA MACHADO RUAS

TESE DE DOUTORADO

**AS ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS NO MAÇO DE CIGARROS:
POLÍTICA PÚBLICA E PRÁTICA COMUNICATIVA DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Goulart Ribeiro

**RIO DE JANEIRO
2016**

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

R894 Ruas, Ester Cristina Machado

As advertências sanitárias no maço de cigarros: política pública e prática comunicativa do Sistema Único de Saúde / Ester Cristina Machado Ruas. – Rio de Janeiro, 2016.

xvi, 382 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2016.

Bibliografia: f. 241-250.

1. Imagens de advertências 2. Comunicação e saúde 3. Tabagismo.
I. Título.

CDD 362.296

ESTER CRISTINA MACHADO RUAS

AS ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS NO MAÇO DE CIGARROS: POLÍTICA
PÚBLICA E PRÁTICA COMUNICATIVA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE

Aprovado em _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Paula Goulart Ribeiro - Orientador
Universidade Federal do Rio Janeiro - UFRJ

Prof. Dr. Igor Sacramento
Instituto de Comunicação e Informação Científica e
Tecnológica em Saúde - ICICT

Prof. Dr. Paulo Vaz
Universidade Federal do Rio Janeiro - UFRJ

Prof. Dr. Nilson Moraes
Programa de Pós-Graduação Informação e Comunicação em Saúde - PPGICS

Prof. Dr. Wilson Couto Borges
Programa de Pós-Graduação Informação e Comunicação em Saúde - PPGICS

Suplentes

Profa. Dra. Kátia Lerner
Programa de Pós-Graduação Informação e Comunicação em Saúde - PPGICS

Profa. Dra. Patrícia D'Abreu
Universidade Federal do Rio Janeiro - UFRJ

Nada na vida terrena acontece por acaso. Tudo é programado para nossa evolução: depende de saber ou não aproveitar as oportunidades.

Mesmo no sofrimento existem luzes para serem acolhidas e transformadas para chamar caminhos evolutivos.

Fique tranquila, o seu caminho está para ser transformado em vias com muitas oportunidades para ajudar o próximo.

Não fique apreensiva, você fará uma estrada lunar linda com muitas vias. Sabemos que muitas interferências acontecerão, mas nós estamos atentos.

O primordial é ter certeza de que podemos transformar muitos caminhos.

Lisaura Ruas
(*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Esta é a parte da tese mais difícil de ser produzida. De fato, os agradecimentos têm de ser dirigidos a todos que me rodeiam: familiares, amigos, colegas de trabalho, de turma, professores e gestores do PPGICS e da UFF.

É com gratidão que penso neste tempo dedicado ao mestrado e ao doutorado. E lá se vão cinco anos! Muito tempo e várias pessoas envolvidas. Algumas surgem de forma nítida em minha memória, embora, talvez, nem saibam o quanto foram importantes e me impulsionaram para este caminho acadêmico, a que eu tanto resistia.

Ainda no INCA, quando implementava a política de Comunicação da instituição, encontrei Adriana Aguiar, que, ao observar minha conduta em uma reunião, sentou-se ao meu lado e me deu a seguinte sugestão: “Por que você não anota tudo num caderno, como um diário de campo? Esse trabalho pode se transformar em uma produção acadêmica”. Apenas sorri, mas, naquele momento, deslumbrava um novo caminho. Não foi aquele o tema da dissertação, mas do trabalho subsequente. E lá estava eu com o caderninho na mão registrando tudo. Adriana Aguiar veio a ser minha professora no PPGICS.

Agradeço à minha família, que sempre esteve ao meu lado. Particularmente ao professor, orientador e marido, Roberto Moreno, que esteve incansável todo o tempo. Ou melhor, confesso que por vezes eu o cansava de tanto que tinha que escutar, aconselhar, ajudar e brigar para que eu conseguisse chegar ao fim desta longa jornada.

Agradeço às professoras e gestoras do PPGICS, em especial à Inesita Araujo, a quem sempre admirei e em quem me inspirei. Com humor, afeto e irreverência trilhamos juntas parte desta caminhada. À Cristina Guimarães, que, sem me conhecer, me convidou para trabalhar no Projeto Caminhos do Cuidado. Há quatro anos estamos juntas e misturadas entre amizade, academia e atividades no mundo do trabalho. A Luiz Antônio Teixeira por ter me acolhido em minhas dúvidas. À orientadora Ana Paula Goulart por ter me mostrado como olhar criticamente o objeto de pesquisa.

Aos colegas de turma, incansáveis em compartilhar as agruras e alegrias desta trajetória.

Aos colegas da Universidade Federal Fluminense, que me mostraram cada pedra, transformando todas em pistas para percorrer este longo caminho.

A todos os entrevistados no campo, que disponibilizaram seu tempo para esta pesquisa.

Nominar pode significar esquecimento de alguns. É um risco a correr, mas que dá e dá sentido ao afeto que tenho por todos.

RUAS, Ester Cristina Machado. As advertências sanitárias no maço de cigarros: política pública e prática comunicativa do sistema único de saúde. 2016. Qualificação (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

RESUMO

Este trabalho busca compreender os processos que levaram à utilização do conceito de aversão ao tabaco e seus efeitos na produção das advertências sanitárias, bem como a forma com que foram apropriados pela população, analisando documentos do acervo do movimento antitabagista (textuais, bibliográficos e fotográficos) a fim de interpretar as trajetórias histórica, política e social das condições de circulação e, eventualmente, apropriação das imagens de advertências sanitárias. Ainda, em que medida a ampliação do conceito de aversão pode ser pensada em relação aos princípios de comunicação e saúde pressupostos pelo Sistema Único de Saúde. Ademais, investiga as negociações e conflitos, os porta-vozes, as estratégias usadas e os discursos envolvidos nessa rede de relações que resultam na declaração dessas advertências como política pública. Com este objetivo, são realizadas 61 entrevistas semiestruturadas em todo o país, envolvendo os responsáveis pela produção das imagens aversivas de 2008, além de 40 diretores das Escolas Técnicas do SUS e 20 coordenadores estaduais do Curso de Formação aos Agentes Comunitários e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em crack, álcool e outras drogas. O *corpus* de análise dos discursos escrito e oral estará alinhado ao postulado da Semiologia dos Discursos Sociais, que os consideram práticas inseridas em um dado contexto. Seus fundamentos teóricos são empregados para embasar meu olhar sobre o objeto da pesquisa. A interseção de documentos com as vozes da produção e do campo fizeram aflorar outros caminhos além do aversivo: surge um comunicar diferente para o público que não é afetado pelas imagens em circulação, como imagens de humor, biográficas, narrativas, testemunhais. Registraram o uso da hipermídia, conectando as imagens a filmes de longa e curta-metragem, sites e redes sociais, para dar transparência e aumentar a participação de todos, alinhado aos princípios do SUS. Finalmente, sublinha a falta de consenso entre as políticas do Estado que enfraquecem a construção de uma comunicação (teórica e prática) em saúde pública dentro do governo e dele com a sociedade. Concluiu-se que o apelo às sensações aversivas nas imagens das advertências, ao ser apropriado pela população, distancia-se dos princípios da comunicação em saúde pública dialógica, informativa e participativa.

Palavras-Chaves: Imagens de advertências, Comunicação e Saúde, Tabagismo.

RUAS, Ester Cristina Machado. The health warnings on cigarettes: communicative practice and public policy of the unified health system. 2016. Qualification (Ph.D.) – Graduate Program in Information and Communication in Health, Institute of Scientific and Technological Information and Communication in Health, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

ABSTRACT

This work seeks to understand the processes that led to the use of the concept of aversion to tobacco and its effects in the production of health warnings, as well as the way that were suitable for the population, analyzing the anti-smoking movement documents (bibliographic and photographic, textual) in order to interpret the historical, political and social trajectories of the conditions of movement and eventually, appropriation of images of health warnings. Still, to what extent has the expansion of the concept of aversion can be thought of in relation to the principles of communication and health assumptions by the Unified Health System (SUS). Furthermore, investigates the negotiations and disputes, the spokesmen, the strategies used and the speeches involved in this network of relationships that result in the Declaration of these warnings as public policy. With this goal, 61 semi-structured interviews are held across the country, involving those responsible for production of 2008 aversive images of, in addition to 40 directors of the technical schools of the SUS and 20 state coordinators of the training course to community workers and nursing assistants and Technicians in crack cocaine, alcohol and other drugs. The corpus of written and oral discourse analysis it aligned to the postulate of the Semiology of Social Discourses, that consider practices inserted into a given context. Its theoretical foundations are used to support my look on the search object. The intersection of documents with the voices of the production and of the field did touch on other avenues beyond the aversive: irrupts a different communication to the public that is not affected by circulation images, as images of humor, biographical narratives, testimonials. Recorded the use of hypermedia, connecting the images to movies and short films, websites and social networks, to give transparency and increase the participation of all, aligned to the principles of the SUS. Finally, underlines the lack of consensus between State policies that weaken the construction of a communication (theoretical and practical) in public health within the Government and with the society. It was concluded that the appeal to aversive sensations in the images of the warnings, in the appropriation by the population, distances from principles of communication in public health dialogic, informative and participative.

Key Words: Warnings Images, Communication and Health, Smoking.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Anúncio de Cigarros Hollywood nos anos 80.....	29
Figura 2	Anúncio de Cigarros Hollywood, veiculado na revista O Cruzeiro.....	30
Figura 3	Ator Eric Lawson, Marlboro Man	31
Figura 4	Defenda-se do câncer / Mulheres ajudem a combater o câncer.....	48
Figura 5	Lutai contra o câncer.....	50
Figura 6	O câncer é curável.....	51
Figura 7	Cuidado com os charlatões.....	52
Figura 8	Fumar. É tempo de parar.....	54
Figura 9	Caçadores da Saúde Perdida	55
Figura 10	Fumar é brega.....	55
Figura 11	Vida saudável e responsável.....	57
Figura 12	A indústria do cigarro convida você para entrar e depois tranca a porta. Fique esperto	58
Figura 13	Fumar é perder a capacidade de respirar.....	59
Figura 14	Parar de fumar é ganhar capacidade de respiração.....	59
Figura 15	Viver bem é viver com saúde.....	60
Figura 16	Coleção de imagens de advertência sanitárias.....	65
Figura 17	Mapa-múndi com imagens de advertências sanitárias.....	66
Figura 18	Publicação de oito imagens advertências sanitárias em 2001.....	69
Figura 19	Publicação de nove imagens advertências sanitárias em 2003.....	70
Figura 20	Imagens atuais de advertências sanitárias em 2009.....	72
Figura 21	Envelhecimento precoce.....	74
Figura 22	Pais como modelos.....	75
Figura 23	Fumo passivo.....	76
Figura 24	Malefícios para o feto (2008) e (2001)	77
Figura 25	Comparativo da mudança no <i>design</i> da advertência de 2003 e 2008.....	79
Figura 26	Vítima desse produto (2008)	81
Figura 27	Fumar na gravidez prejudica o bebê.....	82
Figura 28	Cerco ao tabaco.....	83

Figura 29	Crianças começam a fumar ao verem os adultos fumando.....	98
Figura 30	Fumar causa aborto espontâneo.....	98
Figura 31	A nicotina é droga e causa dependência.....	99
Figura 32	A revolução das embalagens.....	101
Figura 33	Infarto e derrame cerebral.....	104
Figura 34	Pictogramas determinados pela Portaria do MS nº 2169/94.....	106
Foto 1	A caixa escura no laboratório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.....	112
Foto 2	Estudo da escala defensiva.....	113
Figura 35	Dependência química.....	122
Figura 36	Fumo passivo.....	123
Figura 37	Cabeça recortada como um cinzeiro/Derrame cerebral (AVC).....	124
Figura 38	Vítima desse produto.....	125
Figura 39	Impotência sexual (imagem não aprovada).....	126
Figura 40	Impotência sexual.....	127
Figura 41	Grupo de melhores imagens para Rejane Spitz.....	128
Figura 42	Gangrena – Melhor imagem para Gamba Jr.	129
Figura 43	Grupo de piores imagens para Rejane Spitz.....	130
Figura 44	Vítima deste produto.....	147
Figura 45	Viver bem é viver com saúde.....	152
MAPA	Mapa do trabalho de campo.....	159
Figura 46	Horror e sofrimento.....	178
Figura 47	Organograma do Ministério da Saúde (2015).....	202
Figura 48	Organograma da presidência da República (2015).....	203
Figura 49	Imagem da escultura Mulher com gavetas.....	204
Figura 50	Quem escolhe seu caminho é você, e não a droga.....	209
Figura 51	Fumar é brega.....	210

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resumo da norma.....	42
----------	----------------------	----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ACD	Análise Crítica do Discurso
ACTBr	Associação para o Controle do Tabaco
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATENFS	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BBC	<i>British Broadcasting Corporation</i>
CC	Caminhos do Cuidado
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica
CEFOR	Centro de Formação
CEFOPE	Centro de Formação de Pessoal para o Serviço de Saúde
CESMAC	Centro de Estudos Superiores de Maceió
CICT	Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco do Mercosul
CID	Código Internacional de Doenças
CIES	Centro de Integração de Educação e Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COC	Casa Oswaldo Cruz
CONIQ	Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro
CONTAPP	Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis

ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EFOS	Escola de Formação em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESAP	Escola Estadual de Saúde Pública
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
FANESE	Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
FUNESA	Fundação Estadual de Saúde
HUAPA	Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia
IAPS	<i>International Affective Picture System</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
ICTQ	Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IEP/HSL	Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPUB	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
ISAGS	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
ISAM	Instituto de Saúde e Assistência aos Municípios
LAE	Laboratório de Arte Eletrônica
LADEh	Laboratório de Design de Histórias
LICTS	Laboratório de Informação Científica e Tecnológica em Saúde
LINPES	Laboratório Integrado de Pesquisa do Estresse
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAE	Núcleo de Arte Eletrônica

NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBL	<i>Problem Based Learning</i>
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PROCON	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
PROEJA	Programa de Educação de Jovens e Adultos
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem
PROFAP	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PSFs	Programa de Saúde da Família
PUC-Rio	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RIPASS	Rede Interdisciplinar de Pesquisa e Avaliação em Sistemas de Saúde
SAS	Secretaria de Atenção e Assistência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESPA	Secretaria Estadual de Saúde Pública do Estado do Pará
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
RD	Redução de Danos
RINC	Rede de Institutos Nacionais de Câncer
RS	Regional de Saúde
SBT	Sistema Brasileiro de Televisão
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SindTabaco	Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFAC	Universidade Federal do Acre
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte

ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
Unasul	União das Nações Sul-Americanas
UnaSUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UNCISAL	Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1. OBJETIVOS, HIPÓTESE, METODOLOGIA.....	18
Parte 1. TABACO: ENTRE POLÍTICAS E PRÁTICAS.....	27
Capítulo 1 DA EUFORIA AO PROIBICIONISMO.....	28
Capítulo 2 A FALA OFICIAL.....	44
2.1. ANÁLISE DE DOCUMENTOS.....	44
2.1.1 Circulação das Práticas Comunicativas: das Campanhas de Tabagismo (1940 a 2008) às Advertências Sanitárias (2001, 2003, 2008)	46
2.2. AS VOZES DA PRODUÇÃO.....	91
DIÁLOGOS POSSÍVEIS ENTRE AS INSTÂNCIAS E OS Parte 2. CONCEITOS DO SUS.....	140
Capítulo 3 DIÁRIO DE CAMPO.....	156
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	233
BIBLIOGRAFIA.....	241
ANEXOS.....	251
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	252
ANEXO 2 – Cessão de Direitos da Veiculação de Imagens.....	254
ANEXO 3 – Formulários do Diário de Campo.....	256
ANEXO 4 – Tabulação dos entrevistados no campo.....	370

INTRODUÇÃO

Motivação

Em 2006, quando na coordenação da Divisão de Comunicação do Instituto Nacional de Câncer (RJ), tive a oportunidade de integrar o grupo de estudo interdisciplinar responsável pela produção das imagens de advertências sanitárias que foram impressas em 2008 nos maços de cigarros. Essa experiência teve como sequência um trabalho de dissertação por mim defendido em 2012. Com base nos dados documentais, analisei, sob a ótica da semiologia, os processos de produção e circulação das imagens de advertências sanitárias em 2001, 2003 e 2008. Ao todo foram usadas 29 imagens que passaram por transformações nos últimos 10 anos para que se tornassem mais impactantes causando o efeito de aversão ao maço de cigarros no jovem não fumante para que este não se sentisse seduzido pelo produto.

Senti necessidade de aprofundar a reflexão sobre as advertências sanitárias aversivas para além da produção. Compreender melhor por onde elas circulam e tangenciar uma análise da percepção dessa comunicação de risco à saúde. Com esse propósito, dei continuidade aos estudos no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz) seguindo com o tema no doutorado em busca de outros caminhos possíveis de se comunicar o risco que não apele para o medo e a aversão.

Questões norteadoras

De modo que o meu problema de pesquisa é questionar, nos sentidos teórico e prático, se as advertências sanitárias se tornaram um dispositivo que provoca apenas reação emocional com apelo à sensação de aversão em detrimento da comunicação dialógica.

Para provocar aversão, o Estado utiliza de conduta proibicionista e punitiva com o objetivo de afastar o cidadão do cigarro. Será que o distanciamento isola também o saber popular, não incorpora o diálogo com o cidadão e desconsidera os fatores socioculturais e macroeconômicos?

Diálogo é considerar a escuta do cidadão e sua relação com a sociedade e, com base nele, fazer circular uma comunicação capaz de ir além da informação, mas que, de fato, afete o cidadão a ponto de provocar mudanças comportamentais.

Nesse sentido, é importante:

- o Contextualizar como o saber biomédico amplifica a divulgação das informações do vínculo do tabaco ao câncer de pulmão tornando o hábito de fumar uma quase doença que coloca a saúde do sujeito em risco.
- o Investigar as advertências sanitárias como uma prática de política pública que coloca em questão as estruturas e os contextos das relações entre Estado e sociedade. Explicar as negociações e conflitos, os porta-vozes e as estratégias utilizadas, os discursos envolvidos nessa rede de relações que resultam na declaração de advertências sanitárias.
- o Debater a tendência mundial de regulação do tabaco que utiliza a estratégia de controle e o uso da demonização com imagens aversivas sem considerar os saberes populares e sem incorporar os usos rituais e celebratórios associados ao contexto do tabaco.

1.1. OBJETIVOS, HIPÓTESE, METODOLOGIA

O presente estudo tem por objetivo compreender as estratégias comunicativas utilizadas na produção das advertências sanitárias e como elas foram consumidas e apropriadas pela população quando em circulação. Neste caminho acadêmico que venho percorrendo desde a dissertação, acumulo indagações que pretendo amadurecer neste estudo.

- o Que desafios teóricos a construção das imagens de advertências no Brasil coloca para uma reflexão mais ampla sobre as práticas comunicativas da saúde pública?
- o Em que medida a ampliação do conceito de aversão pode ser pensada em relação aos princípios de comunicação e saúde pressupostos pelo SUS?

E, por último, mas não menos relevante, questionar que modelo de saúde pública queremos? A reprodução de modelos autoritários, que avaliam seus resultados através da eficácia e imposição de imagens que reverberam sensações de medo e culpa? Ou, no país democrático em que vivemos, pressupõem-se modelos de saúde que produzam significados em torno da doença com um tipo de comunicação mais dialógica, inclusiva, incorporando ao saber da população sem violar os seus direitos?

Pesquisa interdisciplinar

A expectativa é problematizar esses elementos numa perspectiva interdisciplinar, pois a

construção das advertências sanitárias reúne saberes de tabagismo, comunicação, semiologia, design e neurofisiologia da emoção.

Dois eixos principais referenciam a construção metodológica deste trabalho. O primeiro diz respeito à análise de documentos a partir da noção de discurso. No primeiro eixo, para compreender as advertências sanitárias publicadas nos maços de cigarros, a tentativa será observar esses eventos discursivos como textos moldados por relações de poder e ideologias, inseridos numa prática social. E como essa orientação social é capaz de transformar a prática discursiva. Farei uso de alguns preceitos narrativos da análise de discurso, o que permitirá complementar o meu olhar sobre o objeto empírico. A Análise do Discurso, neste caso, funciona mais como um aporte teórico que fundamenta esse olhar em relação ao material empírico de análise do que como uma metodologia *stricto sensu*.

As imagens como *corpus* de análise estarão alinhadas a teóricos como Norman Fairclough (2001), um dos precursores da corrente Análise Crítica do Discurso (ACD), que considera os conceitos de sujeito e sua relação entre linguístico e histórico e propõe estudar a linguagem como prática social num dado contexto. Não vou fazer análise de discurso, mas estou usando esse princípio orientador para refletir sobre o meu objeto de estudo.

Explorarei as implicações desse conceito na manifestação da imagem enquanto signo. Nesse sentido, deslocarei o debate para semiólogos, autores da ciência geral dos signos (verbais e não verbais), já prevista nos estudos linguísticos de Saussure, mas somente desenvolvida posteriormente pelos autores estruturalistas, especialmente por Roland Barthes (Mattelart; Mattelart, 1999, p. 86-89).

Os autores a serem espelhados como modelos da análise dos signos são os semioticistas Joly (2009) e Jean-Marie Floch (1985). Esse último analisou as imagens como qualidade de expressão, melhor dizendo, com algum papel na produção dos sentidos. Floch publicou artigo sobre o anúncio da campanha de lançamento do cigarro News, que afirma que “não há expressão senão em relação a um conteúdo, não há significantes senão em relação a um significado” (Oliveira, A.C., Teixeira L. (Org.), 2009).

Estarei ainda voltada para a construção de texto que traz fragmentos de outras obras, mescladas e transformadas em novos textos, denominados por teóricos dos Discursos Sociais, como Bakhtin (1988) e (1992), de dialogismo; de intertextualidade por Kristeva (1986) ou mesmo de vozes textuais como denomina Barthes (1987); ou de interdiscursividade por Fairclough (1991); heterogeneidades enunciativas de Authier-Revuz (1990) e intersubjetividade de Ponzio (2010).

As advertências sanitárias podem ser vistas ainda como um discurso híbrido transformado em informação e publicidade, ou, como dito por Fairclough (2001, p.149) em falar e vender, comum nos discursos institucionais da sociedade contemporânea sob o domínio mercadológico.

Este método de pesquisa social deverá fornecer instrumental crítico a partir de uma perspectiva que englobe as dimensões de produção, circulação e consumo de sentidos e não apenas de uma comunicação instrumental centrada no esquema de estímulo-resposta.

O segundo eixo se refere à pesquisa de campo. Para traçar a trajetória da produção-circulação-percepção das imagens de advertências, após o levantamento documental, farei uso no trabalho de campo de entrevista semiestruturada.

A opção que fiz nesse segundo eixo consiste em olhar para os sujeitos em suas relações, em suas vidas, em seus mundos próprios. Como afirma Petuco (2011, p. 65), “discursos são práticas e produzem efeitos na materialidade da vida cotidiana, incidem sobre políticas públicas, as instituem. Constituem racionalidades e afetos que embasam práticas cotidianas no miúdo da vida vivida”.

As entrevistas semiestruturadas deverão ainda ser um instrumento relacional, fala e escuta, que me permitirá estabelecer um vínculo com o sujeito e me apropriar dos sentidos dados em seus discursos como práticas política e ideológica. E, ao mesmo tempo, não ser tão rígido a ponto de perder a riqueza do imaginário dos entrevistados, suas afetações, reações físicas, impasses, conflitos e emoções.

A manutenção da modalidade de entrevistas semiestruturadas justifica-se pela importância de haver um roteiro-base essencial para atingir os pressupostos da pesquisa e poder estabelecer um comparativo entre as respostas dos atores-chaves que participaram da construção da política antitabagista e da produção das imagens de advertências de 2008, somadas à percepção dos entrevistados no campo, profissionais de saúde e educação da Atenção Primária à Saúde (APS), que compõe a ponta do sistema de saúde pública. A APS é o centro de comunicação entre as unidades de assistência e a população, na concepção de redes hierarquizadas e regionalizadas em consonância com o movimento internacional de Cuidados Primários em Saúde na Declaração de Alma-Ata de 1978.

Estrutura da tese

A tese está estruturada em duas partes. A primeira, denominada **Tabaco: entre políticas**

e **práticas**, discorre sobre os papéis histórico, econômico, social e cultural do tabaco e a sua crescente importância no século XX. O primeiro capítulo, **Da euforia ao proibicionismo**, trata da euforia inicial das práticas de difusão do tabaco, com campanhas publicitárias durante a Segunda Guerra, e, mesmo no período da Guerra Fria, quando foram influenciadas por teorias da comunicação social de natureza funcionalista voltadas aos efeitos dos meios de comunicação sobre a sociedade de massa. O tabaco passa a ser divulgado como dispositivo que incluía o indivíduo em um grupo social, persuadindo-o a pertencer a uma coletividade que almejava a mudança, o prazer e o sucesso.

O tabaco ultrapassa o seu uso milenar registrado em quase todas as culturas humanas, segundo Carneiro (2002), como parte indispensável dos ritos da sociabilidade, da cura, da devoção, do consolo e do prazer, para se tornar um sinal de status, ritual de iniciação de vida adulta e prova de independência, sendo o principal ramo do comércio nacional de cultivo e exportação.

A seguir, tratamos da transformação desse objeto de desejo. A consequência do crescimento do consumo de cigarros nos anos 1950 foi o alarmante aumento da incidência de câncer de pulmão nos homens. O hábito de fumar resultou em uma alteração epidemiológica com a revelação científica dos pesquisadores Wynder e Graham (1950) e Doll e Hill (1954), que estabeleceu a relação entre o tabaco e um tipo de câncer de pulmão. Tal conclusão foi capaz de alterar os sentidos de saúde, glamour e prazer que aproximavam o sujeito do cigarro para o distanciamento do produto, agora tóxico, provocador do risco de vida e causador de doença. O alcance e a difusão desse achado científico transformaram a percepção da sociedade sobre o cigarro mostrando os malefícios causados à saúde do indivíduo e da coletividade. Da ideia de vício moral de responsabilidade exclusiva do indivíduo, o uso abusivo do cigarro passa a ser uma prática regulamentada e proibida pelo Estado.

Depois, o **Vício moral ao estilo de vida saudável** pretende compreender o sentido desse fenômeno de saúde e doença associado ao risco e à culpa do ato de fumar e suas implicações. Autores como Vaz, Conrad e Júnior, Beck e Castiel auxiliam na construção do conceito de comunicação de risco voltado para uma dimensão da saúde pública, onde o indivíduo lida com os riscos resultantes de escolhas comportamentais pessoais colocadas sobre a rubrica estilo de vida.

Beck (2010, p.59) explica a transição da sociedade de classes para a de risco. Afirma que “o modelo da sociedade do risco marca uma época social na qual a ‘solidariedade por medo’ emerge e torna-se uma força política”. Medo, responsabilização, verdades, culpa,

individualização e moral são expressões que concorrem na sociedade onde a “ciência estipula os riscos e a população percebe os riscos”.

Para proteger a saúde da população dos danos provocados pelo uso do tabaco, o Estado implementou políticas públicas de promoção de mudanças, crenças, atitudes e comportamentos relacionadas ao tabagismo. Assim, foram tomadas medidas de restrição do cigarro – como proibição da publicidade, realização de campanhas antitabagistas e obrigatoriedade por força de lei que exige das empresas de cigarros a inclusão de advertências nos maços.

O estímulo visual desenvolvido por meio do Instituto Nacional de Câncer para as imagens de advertências sanitárias é mais uma tentativa de corroborar essa comunhão de ameaças. São imagens fortes que apelam para a sensação do medo e da aversão para disseminar e informar à sociedade sobre a dimensão dos riscos.

E agora, o estatuto do proibicionismo usa o medo e a aversão para advertir, exercidos “através de tratados e normas que são cada vez mais impositivos, no espírito da ‘guerra contra as drogas’ levada a cabo em todo o mundo” (Labate *et al.*, (Orgs.), 2008).

O governo brasileiro atribuiu a responsabilidade pelo controle do tabagismo ao Ministério da Saúde, que, para isso, lançou mão de condutas coercivas e assistenciais. Seguindo a tendência mundial, o Brasil aderiu à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), primeiro tratado global na área da saúde negociado sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde/OMS. O artigo décimo primeiro da Organização Mundial da Saúde (OMS) é dedicado ao desenvolvimento dos requisitos embalagens e rotulagens. Dentre as diretrizes, no documento está escrito que as “evidências sugerem que as advertências e mensagens sanitárias tendem a ser mais eficazes se elas evocarem associações emocionais negativas com o uso do tabaco, como o medo” (INCA, 2003).

As estatísticas disponíveis indicam que essas ações acarretaram declínio da prevalência do tabagismo no Brasil. Em 1989, quase 35% da população acima de 18 anos eram fumantes; atualmente, esse índice é de apenas 14% (IBGE, 2014). Tal reconhecimento e a conquista da política antitabagista no Brasil reforçam a valorização dos sentidos proibicionistas como importante recurso nessa função de disciplina e contenção.

O segundo capítulo, **A fala oficial**, apresenta como primeiro percurso metodológico a análise de documentos existentes em acervos (textuais, imagéticos, bibliográficos e fotográficos) com o objetivo de interpretar as trajetórias; histórica, política e social das condições de circulação das campanhas antitabagistas do governo e das advertências sanitárias, mais especificamente a do grupo de imagens publicadas em maços de cigarros em 2008.

Na leitura dos documentos que narram a história imagética das campanhas educativas de controle do tabagismo, busco compreender os processos que levaram à utilização do conceito de aversão e seu significado para os campos de conhecimento da saúde e da comunicação.

A história começa com as primeiras campanhas de controle do tabagismo, a partir de 1940, que usam o argumento sanitário das evidências associadas ao risco do tabagismo. O resultado foi a produção de mensagens que incutissem na consciência pública a hipérbole da proteção culpando o fumante em si mesmo e dentro do corpo social. Essas imagens expressam sentidos de terror e medo, perda da saúde e morte. Um alarmismo reverberado pelas mídias e autoridades da saúde.

Na sequência, já nos anos de 1960, o alarde público, que influenciou as campanhas antitabagistas, soma ao medo adicionado, o diagnóstico e o tratamento do doente, contribuindo para criar um ambiente social que enfatizava a visão curativa e assistencial.

A partir dos anos 80, associado ao debate do estilo de vida como estratégia de saúde pública, torna-se consenso que vida saudável promove qualidade na existência do ser humano. Isso criou uma mudança de paradigma nas campanhas do Ministério da Saúde, e, as narrativas de perda da saúde começaram a dar lugar ao ganho de qualidade de vida com a cessação do hábito de fumar. As campanhas como canal de comunicação mediador entre o campo da saúde e a sociedade iniciam um processo de aconselhar a prevenção e a promoção da saúde como modos de evitar a doença.

Na sequência das campanhas de luta contra o câncer e antitabagista, analisamos as imagens de advertências publicadas nos maços de cigarros no Brasil, nos países do Mercosul e no mundo. O governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, já em 1994, desenvolveu os primeiros pictogramas com advertências sanitárias, que não chegaram a ser publicados. De fato, só em 2001, foi publicado o primeiro grupo de dez imagens de advertências sanitárias nos maços de cigarros.

Em cumprimento às normas internacionais, dois anos depois, em 2003, foi desenvolvido e publicado o segundo grupo, que traduziu os dez maiores riscos à saúde provocados pelo ato de fumar. Os dois grupos de imagens foram produzidos pela agência de publicidade Master, contratada pela assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde. Já o terceiro e último grupo de imagens, publicado em 2008, foi produzido por pesquisadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). A proposta da pesquisa científica com base da neurofisiologia agregou conhecimento dos campos da saúde e da comunicação para

assegurar efeitos mais aversivos, apoiados por indicadores epidemiológicos dos danos que o cigarro provoca à saúde.

Após as apresentações dos documentos, traço um estudo entre os valores e as estratégias usadas para a produção das imagens e mensagens bem como a evolução das campanhas publicitárias utilizadas por instituições públicas para o controle do câncer, e, conseqüentemente, do tabagismo no Brasil. Empreende-se uma reflexão sobre a tendência mundial de aumentar o grau de aversão e medo nas advertências sanitárias bem como o uso do conhecimento das bases neurais da motivação estudadas pela psicofisiologia da emoção para elaborar e testar imagens para advertências sanitárias em maços de cigarros brasileiros bem mais aversivos.

A título de acompanhamento do percurso desta tese, o capítulo que se segue, **As Vozes da produção**, bem como o subsequente, que dá início à segunda parte do estudo, **Diálogos possíveis**, trazem o entrelaçamento entre os discursos escrito e oral. Do ponto de vista metodológico, complexifiquei com o desenvolvimento de entrevistas semiestruturadas. A intenção é ativar os circuitos de produção das advertências sanitárias entrevistando os responsáveis por elas. Foram três integrantes da gestão do INCA responsáveis pela condução da política antitabagista e três pesquisadores vinculados à área de conhecimento do *design* e da neurofisiologia. Todos compuseram o Grupo de Estudos que, por dois anos, se reuniu para desenvolver as imagens.

A segunda parte desta tese, **Diálogos possíveis entre as instâncias e os conceitos do SUS**, consiste em olhar para os sujeitos em suas relações, suas vidas e em seu próprio mundo.

Essa visão iluminou os embates que acontecem entre a política pública e a prática comunicativa, por meio das advertências sanitárias, que levam à dicotomia discursiva no bojo do SUS. As percepções dos segmentos que participam desses processos podem variar de sujeito para sujeito, de região para região e de órgão para órgão. Conseqüentemente, para fazer um levantamento de como essas percepções foram apropriadas por esses sujeitos e de que forma eles foram afetados por essas práticas comunicativas, tanto as campanhas quanto as advertências sanitárias na política antitabagista, optei por abordar com entrevista semiestruturada outros atores para chegar cada vez mais perto das respostas dos pressupostos desta pesquisa.

E, para complementar a mostra, optei por entrevistar os diretores das Escolas Técnicas do SUS, que têm a competência de instrumentalizar os profissionais de nível médio da Atenção Básica do sistema de saúde com novos conhecimentos sobre problemas de saúde e tecnologias de atenção. Reconheci nas ETSUS mais do que um canal de aproximação com os profissionais

do SUS, mas um *locus* por onde os discursos de educação, comunicação e saúde são apropriados. Espaço interpretativo capaz de revelar a relação entre os profissionais da atenção básica e a política antitabagista.

Com a aquiescência da orientadora Ana Paula Goulart, foram incluídos na amostra os coordenadores estaduais do Projeto Caminhos do Cuidado, curso de formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (Atenfs), que ensinam como lidar com quem faz uso abusivo de drogas. Foram eles os responsáveis pela condução da capacitação de 297 mil ACS e Atenfs. Esses atores foram por mim entrevistados a partir dos pressupostos teóricos desta pesquisa.

Perseguindo o caminho da escuta, da interação com o entrevistado e das suas histórias orais, na perspectiva de criar uma “cadeia de comunicação verbal” (Bakhtin, 1992), convidei a jornalista Stephanie Saramago, especializada em cinema, para filmar as entrevistas. A perspectiva da introdução do vídeo foi para dar visibilidade às reações e percepções dos entrevistados ao verem as imagens utilizadas na prática comunicativa do controle do uso do tabaco. Queria acompanhar os enunciados escritos nas campanhas de prevenção ao uso do cigarro e nas advertências sanitárias, em seus efeitos, em seus ditos e interditos, em suas visibilidades e ocultações.

As entrevistas com os diretores das ETSUS e com os coordenadores estaduais do Projeto Caminhos do Cuidado foram feitas nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, no período de 17 semanas, perfazendo um total de 56 voos e 61 entrevistas.

O terceiro capítulo, **Diário de Campo**, é a sistematização das anotações e observações, além do registro fotográfico das entrevistas. A cada viagem eu escrevia no diário minhas impressões do campo complementadas com as transcrições das entrevistas.

Ao término das viagens, fiz uma primeira leitura das entrevistas e o reconhecimento dos grandes eixos discursivos. A partir daí, foram realizadas várias leituras para proceder aos recortes e classificações. A primeira classificação aplicada começa na própria lógica das perguntas: as três primeiras voltadas para a percepção das advertências sanitárias e as duas últimas dirigidas à política do controle do tabagismo pelo SUS.

Numa segunda etapa, agrupei todas as respostas de cada pergunta. Esse novo agrupamento foi manuseado e retomado quantas vezes foram necessárias até que se tornasse uma “linguagem apreendida” (Neto, 2014). Ver o vídeo, ouvir e transcrever as falas; é um processo de transformação de linguagens que gera múltiplas interpretações.

Considerar os diferentes sentidos produzidos pelos sujeitos entrevistados para esta tese é poder transitar entre essas manifestações de expressões oral, escrita e imagética, e, nesse percurso, relacioná-las para que ao fim essas partes se integrem numa totalidade capaz de desvendar as suas apreensões.

Produzi ainda o mapeamento do perfil desta mostra com gênero, idade, região do país etc., construída numa planilha com os dados estatísticos. Assim criei outro potente elemento de análise dos atores para introduzir a pesquisa “As advertências sanitárias no maço de cigarros: política pública e prática comunicativa do Sistema Único de Saúde”.

No último capítulo, faço as **Considerações Finais** acerca da trajetória desta pesquisa e esboço outras possibilidades de investigação, de estudar outros caminhos afora o aversivo, de comunicar de forma diferente aos públicos resistentes à política de comunicação antitabagista.

PARTE 1

TABACO: ENTRE POLÍTICAS E PRÁTICAS

O tema desta tese é, na verdade, a continuidade dos estudos abordados na dissertação defendida em 2012, denominada “Imagens de advertências impressas nos maços de cigarros brasileiros: um estudo de caso”. Naquele momento analisei a produção das imagens de advertências publicadas nos maços de cigarros de 2001, 2003 e 2008 sob a ótica da semiologia e foi possível perceber o tamanho do desafio, fato que me levou a continuar estudando esse tema. Agora, a proposta é avançar na investigação dos efeitos da circulação e da apropriação das advertências sanitárias.

A escolha do objeto se deu pelo fato de eu ter participado, de 2007 a 2009, do grupo de estudo responsável pela produção das advertências sanitárias publicadas nos maços de cigarros na posição de jornalista e chefe da Assessoria de Comunicação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) do Ministério da Saúde (MS).

Não posso me furtar de, no decorrer desta tese, me referir à dissertação como trabalho que ora será continuado. Espero que o leitor entenda meus motivos e não venha a perder o fio da meada.

CAPÍTULO 1

DA EUFORIA AO PROIBICIONISMO

No princípio era a difusão comercial e cultural

Na época quinhentista iniciou-se a difusão comercial e cultural de certos gêneros que antes eram de luxo e de circulação restrita como o açúcar, o ópio, o tabaco e o café. A partir do século XIX, eles se tornaram cada vez mais abundantes e disponíveis.

O tabaco, particularmente, era traficado pelos jesuítas, e, após uma resistência inicial dos protestantes e dos orientais, foi aceito e valorizado, juntando-se ao álcool, ao açúcar, ao café, ao chá e ao chocolate para constituírem o universo das drogas oficiais da vida cotidiana moderna (CARNEIRO, 2002, p.116).

O papel histórico do tabaco no comércio mundial e nacional adquire importância crescente. No século XX, o Brasil representava 35% de todas as vendas, uma concorrência por um mercado promissor que levou à forte pressão da comunidade internacional e da indústria do tabaco junto ao governo brasileiro para a redução dos impostos e outras estratégias de ampliação de venda e entrada dos novos produtos. O país hoje é o segundo maior produtor mundial de tabaco e líder em exportações desde 1993 (SindiTabaco, 2015).

As razões econômicas e os lucros obtidos pela indústria tabagista tiveram como grandes aliadas as indústrias cultural, publicitária e cinematográfica. Elas encontraram nos veículos de comunicação uma forte parceria para difusão dos seus interesses, investindo maciçamente em marketing, publicidade e pesquisa de comunicação para ampliar mercado e para adesão do público consumidor do cigarro (Câncer, 2009).

As campanhas publicitárias durante a Segunda Guerra, e mesmo no período da Guerra Fria, eram influenciadas por teorias da comunicação social de natureza funcionalista, como a Teoria da Bala Mágica, assim chamada devido ao movimento da mensagem que era lançada pelos meios de comunicação para a população, uma massa passiva, sem identidade.

Esse modelo organizou a *Mass Communication Research*, estudos da área da comunicação desenvolvidos por pesquisadores voltados aos efeitos dos meios sobre a sociedade de massa. Eles acreditavam na capacidade de introduzir na sociedade uma mensagem que

suscitaria uma resposta condicionada, melhor dizendo: “A imagem de uma massa atomizada de milhões de eleitores, espectadores etc., que recebiam as mensagens e, a configuração da mensagem como um estímulo direto e poderoso que podia dar origem a respostas imediatas” (Lasswell, 1927).

As práticas de difusão do tabaco foram baseadas nessa perspectiva teórica dos meios a partir dos seus efeitos. O tabaco passou a ser divulgado como um dispositivo que incluía o indivíduo num grupo social, persuadindo-o a pertencer a uma coletividade que almejava a mudança, o prazer e o sucesso. Quem não se lembra da mensagem definida no mundo publicitário com o *slogan* “Hollywood, o sucesso!”.

Com imagens do mundo do esporte, essa marca de cigarro foi lançada em 1931, pela companhia de tabaco Souza Cruz, com o objetivo de vincular o nome ao sucesso e ao prazer. Os reclames da marca Hollywood ditaram um estilo de vida que atingiu a juventude. A agência de publicidade Grant, segundo Pinho (1996), adotou a fórmula que se tornou um modelo a ser seguido por longo tempo na comunicação da marca, o de promover a associação do produto com um esporte de ação.

Figura 1
Anúncio de Cigarros Hollywood nos anos 80



Fonte: Acesso disponível em: www2.gol.com/users/sergiok/media.htm

Para Pinho (1996), a estratégia de investir em comunicação mercadológica garantiu uma poderosa imagem de marca “desenvolvendo mensagens que levam em conta os valores, gosto e posição social dos consumidores”.

A marca Hollywood é, talvez, a evidência mais clara em nosso país da relação íntima entre cinema americano e consumo de cigarros (Rodriguez, 2008). Em 1949, a marca podia ser vista nos lábios glamorosos dos artistas nos filmes da indústria cinematográfica de *Hollywood*.

Figura 2
Anúncio de Cigarros Hollywood, veiculado na revista O Cruzeiro (1949)

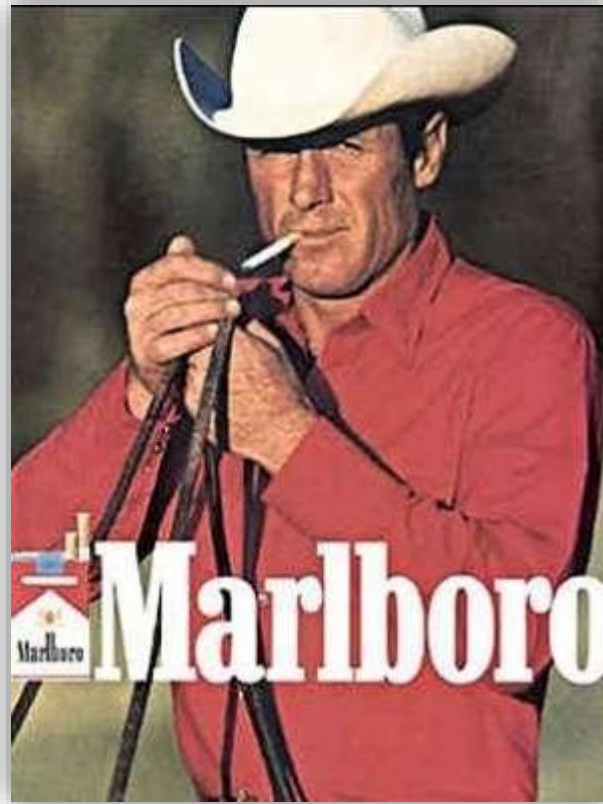


Fonte: Rio de Janeiro: Diários Associados, 07/05/1949, p. 47

Outra imagem que marcou época foi a do personagem usado para divulgar a marca de cigarros Marlboro: “o cowboy de Marlboro”. A campanha criada pela Leo Burnett Worldwide, agência de publicidade estadunidense coordenada por Jack Landry, conhecido publicitário da Philip Morris, envolveu, a partir de 1995, garotos-propaganda cowboys, numa tentativa de levar o público masculino a consumir cigarros com filtro, considerados femininos na época. Para Pinho foi “a imagem certa para capturar a fantasia da juventude, um símbolo perfeito de independência e rebeldia individualista”.

O ator Eric Lawson, que, junto com outros três “Marlboro Man”, foi reconhecido como o homem símbolo da marca norte-americana Marlboro entre 1978 e 1981, morreu aos 72 anos, em 2014, em função de complicações vinculadas ao tabagismo.

Figura 3
Ator Eric Lawson, “Marlboro Man” - (1970)



Fonte: <http://www.thesun.co.uk/sol/homepage/news/5403923/marlboro-man-pin-up-from-1970s-dies-after-lifetime-of-smoking.html>

O tabaco ultrapassa o seu uso milenar, ocorrido em quase todas as culturas humanas, segundo Carneiro (2002), como parte indispensável dos ritos de sociabilidade, cura, devoção, consolo e prazer para se tornar um sinal de status, ritual de iniciação de vida adulta e prova de independência, além de ser o principal ramo do comércio nacional de cultivo e exportação.

Depois, o vício moral ao estilo de vida saudável

O tabaco era um produto propulsor da economia brasileira, motivo que levava a crer que era inconcebível uma ação política contrária à sua ascensão cada vez maior no mercado. Veremos a seguir a transformação desse objeto de desejo, divinizado em inúmeras sociedades, passar de vício moral de responsabilidade exclusiva do indivíduo a um problema de saúde pública devido ao uso abusivo e, conseqüentemente, ser regulamentado e proibido pelo Estado.

Falávamos sobre a estratégia comunicacional implementada pela indústria do tabaco como uma das responsáveis pelo aumento do consumo de cigarro nos anos 1950. A consequência foi o alarmante aumento da incidência de câncer de pulmão nos homens, e o hábito de fumar resultou numa alteração epidemiológica, “a fração de fumantes na população adulta americana atingiu o pico de 45%, e o câncer passou de sétimo para segundo lugar na lista das doenças não transmissíveis, imediatamente depois das doenças cardíacas” (Life, 1937, p.11 *apud* Siddhartha, 2012).

O aumento do índice de câncer de pulmão nos homens é adicionado aqui como uma explicação causal do efeito colateral sistemático de ameaças e fenômenos nocivos, consequência do processo da modernização (Beck, 2010, p.33). Esse modelo de causa e efeito é utilizado nos estudos epidemiológicos para identificar exaustivamente os determinantes externos do adoecimento relacionado à variação quantitativa de fenômenos coletivos a uma constituição ambiental desfavorável à saúde (Ayres, 2008).

Foi tomando esse modelo como base, e respaldados em provas experimentais, que os cientistas Wynder e Graham, em 1950, e Doll e Hill, em 1954, estabeleceram a relação entre o tabaco e um tipo de câncer de pulmão mais comum entre os fumantes. Hill usou nove critérios que os epidemiologistas poderiam inferir causalidade para reforçar a relação entre o risco de câncer nos fumantes (Siddhartha, 2012).

Siddhartha escreveu no livro biográfico sobre o câncer “O Imperador de Todos os Males”:

[...] no turbulento século de 1850 a 1950, o mundo ofereceu conflitos, atomização e desorientação. O cigarro ofereceu o lenitivo oposto: camaradagem, senso de pertencer a uma coletividade e a familiaridade do hábito. Se o câncer é o produto quintessencial da modernidade, assim também é com sua principal causa evitável: o tabaco (IBID, 2012, p. 290).

Beck (2010) ressalta que, quando a confiança na ciência e na pesquisa é professada, a crença na sua racionalidade e o seu poder de verificação é capaz de promover mudanças no âmbito da vida social. A revelação científica de Wynder e Graham e Doll e Hill, foi capaz de alterar os sentidos que aproximavam o sujeito do tabaco. De saúde, glamour e prazer para o distanciamento do produto, agora tóxico, indutor de doença e risco de vida.

O alcance e a difusão de tal achado científico transformaram a percepção da sociedade sobre o tabaco mostrando os malefícios causados para a saúde do indivíduo e da coletividade. Para Rosemberg,

[...] as investigações experimentais, clínicas e epidemiológicas, divulgadas através de cerca de 40 mil publicações, relatórios oficiais, congressos científicos etc., concordam unanimemente quanto aos prejuízos para a saúde causados pelo uso do tabaco. Este é incontestavelmente responsável pelo aumento da prevalência do câncer de pulmão, língua, laringe, esôfago, pâncreas, bexiga e da bronquite crônica, do enfisema pulmonar e das coronariopatias (ROSEMBERG, 1981, p. 9).

Por essas evidências científicas, o tabagismo foi reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina. Governos de diversos países tomaram consciência do problema promulgando regulações e leis de âmbito nacional de combate ao tabagismo, desenvolvendo campanhas educativas e programas com as demais medidas restritivas, grifa Rosemberg (1981) na introdução de seu livro “Tabagismo: sério problema de saúde pública”.

A partir da segunda metade do século passado, essa pequena minoria de pesquisadores cria uma controvérsia científica ao afirmar que o tabaco pode matar. Os cientistas mostraram que o consumo abusivo do tabaco era, na verdade, questão de saúde.

O cigarro continua sendo a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Segundo o último relatório *Global Tobacco Epidemic* (OMS, 2013), o cigarro causa seis milhões de mortes no mundo por ano, a maioria em países de baixa e média renda. No documento, a OMS alerta que, se essa tendência se mantiver, o número de mortes ligadas ao fumo deve aumentar para oito milhões ao ano em 2030, e que 80% desses óbitos deverão acontecer nos países mais pobres.

O documento aponta ainda o tabaco como o culpado pela epidemia de doenças não transmissíveis que o mundo vive hoje, e junto a ele, no banco dos réus, está o marketing agressivo de grandes indústrias de tabaco.

O relatório mostrou que medidas de restrição do cigarro – como proibição da publicidade e realização de campanhas antitabagistas – atingem hoje uma em cada três pessoas no mundo, o equivalente a 2,3 bilhões de indivíduos. São 400 milhões de pessoas a mais em comparação com dez anos atrás.

Por esses elementos, os Estados Unidos iniciaram uma verdadeira operação contra o câncer. Pesquisas, campanhas publicitárias, formação de grupos para *lobby* político, enfim, todos os meios e coalizações foram utilizados para o ataque nacional ao câncer. A ideia descrita por Siddhartha (2012, p.139) em seu livro era “transformar o panorama da pesquisa médica nos Estados Unidos numa escala sem precedentes”. Para o autor, “uma doença precisa ser transformada politicamente antes de ser transformada cientificamente”.

Tal medida fez declinar o mercado e os lucros sobre a venda do cigarro nos EUA. Em consequência, a indústria tabaqueira buscou novos mercados nos países em desenvolvimento. Esse deslocamento de estratégia elevou proporcionalmente o número de fumantes nesses países, incluindo no Brasil, e, por conseguinte, o número de mortes.

Para proteger a saúde da população dos danos do uso do tabaco, o Estado brasileiro implementou políticas públicas visando promoção, prevenção e assistência relacionadas ao tabagismo. Assim, o reconhecimento dos malefícios causados pelo hábito de fumar do indivíduo ou de grupos sociais aparece como um risco da modernidade necessitando de estratégias que estabeleçam a mudança de crenças, atitudes e comportamentos.

Muitos cientistas têm se dedicado a estudos sobre sociedade de risco, muitas vezes concorrentes ou conflitivos, seja pela racionalidade científica ou social. Esse estudo se aproxima da definição de Beck (2010, p.64) ao diferenciar as situações entre classe e risco. Para ele, “nas situações de classe, é o ser que determina a consciência, enquanto nas situações de risco é o inverso, a consciência (conhecimento) determina o ser”. O autor conclui que o aumento da importância social e política do conhecimento e do acesso aos meios de disseminá-los é o que leva à sociedade de risco.

Tomando esse princípio como base é fundamental a visibilidade do conhecimento científico, pois a evidência faz aflorar a percepção do risco no âmbito da vida social. O argumento sanitário das evidências associou o tabagismo a risco como forma de impor a superação do interesse coletivo em favor do pessoal.

Para compreendermos o sentido desse fenômeno de saúde e doença associado ao risco que leva a culpa do ato de fumar e suas implicações, recorreremos a vários olhares, conceitos e autores como Vaz; Conrad; Júnior; Beck e Castiel, que auxiliarão na construção desse conceito voltado para uma dimensão da saúde pública.

Os princípios originais da categoria estilo de vida surgiram nas teorias da sociologia clássica como componente da estratificação social, que levava a uma evolução e dava a um grupo social status mais ou menos elevado. Max Weber (1922) definia que as oportunidades e as escolhas de vida de cada um seriam socialmente determinadas. Mas foi Durkheim (1963) quem expandiu essa definição para várias dimensões da vida como a sociocultural, a psicoafetiva e a biológico-comportamental quando afirmou que “os estilos de vida traduziam as maneiras de agir, pensar e sentir” (Weber (1922), Durkheim (1963) *apud* Beck (2010)).

Castiel (1999) defende que o indivíduo lida com os riscos resultantes de “escolhas” comportamentais pessoais colocadas sobre a rubrica estilo de vida. Em sua teoria, a moralização

dos estilos arriscados de vida, Castiel (2010, p.47) cunhou esse termo em função de comportamentos de grupos ou pessoas que, de forma desregrada, podem veicular conotações ligadas ao terreno do “pecado” ou da “fraqueza de caráter” que corroboram a perspectiva da responsabilização individual e de controle dos comportamentos. Que contrapõem a vertente da consciência pública dos riscos estimulada pela hipérbole da proteção, promoção e prevenção, mecanismos acionados pela racionalidade científica, preconizada por Beck (2010, p.87): “enquanto os riscos não forem cientificamente reconhecidos, eles não existem”.

Ao longo dos anos, várias foram as tentativas de ordem teórica e conceitual de definição dessa categoria do estilo de vida que comporta uma variedade de sentidos. Não é objetivo deste texto desenvolver essa complexa temática, mas abordar o seu encontro com a saúde pública, ocorrido na década de 1970. É consensual desde então que estilos de vida saudáveis promovem uma vida com mais qualidade, tendo como ponto de referência a inclusão de duas classes de fatores determinantes: socioambientais (trabalho, educação, saúde etc.) e individuais (característicos do comportamento de cada cidadão). Estabelecem assim uma relação causal entre estilo de vida e determinantes sociais de saúde. Nesse sentido, os elementos nocivos à saúde promovem riscos. E, para disseminar e informar a sociedade sobre a dimensão desses riscos, o Estado brasileiro utiliza várias estratégias e ferramentas de comunicação para a política antitabagista.

Foi criada em torno do tabaco a entidade da vigília moral. Ela começa no primeiro contato do indivíduo com o objeto, depois quando da inalação, do prazer, até o momento em que ele adquire o hábito de fumar, o vício, transpondo a condição de ser saudável para a de ser doente que foi atingido pelo tabagismo.

É criado um estado de “quase-doença” generalizado: mesmo não sentindo nenhuma limitação no presente e diante de oportunidades de prazer, todo e qualquer indivíduo deve alterar seu estilo de vida dada à possibilidade de adoecer no futuro (VAZ *et al.*, 2007, p.148).

Sontag (1984) escreveu que a doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Para a autora, todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Seja a abordagem do uso da doença como um símbolo, feita pela autora no livro “*A Doença como Metáfora*”, ou o estado de “quase-doença”, cunhado por Vaz e colaboradores, é fato a urgência de se refletir sobre que tipo de vida está sendo construída por

esses alertas sobre perigos que estariam à espreita em nossos hábitos e que podem se concretizar no futuro.

Para Vaz, “as informações sobre risco influenciam na edificação da moralidade dominante na cultural atual”. Essa reflexão é reforçada por Castiel (2010, p.120) quando afirma que é inevitável a associação de responsabilidade com culpa, especialmente no que se refere aos descumprimentos de obrigações. Para o autor, “a visão moralista a partir de raciocínios, que visa estabelecer causas bem definidas, procura localizar e punir responsáveis/culpados por correspondentes faltas”.

O princípio-chave do pensamento moralista é corroborado pelos teóricos Vaz e Portugal (2012, p.40) ao evidenciarem no artigo “*A nova ‘boa-nova’*” que “pecados contra a saúde serão punidos no futuro com doença, sofrimento e morte”. A mesma abordagem é observada por Beck (2010, p.59) que, ao explicar a transição da sociedade de classes para a sociedade de risco, utiliza a expressão “qualidade da solidariedade”. Afirma o autor que “o modelo da sociedade do risco marca uma época social na qual a ‘solidariedade por medo’ emerge e torna-se uma força política”.

Tomemos agora a palavra medo. Trata-se de uma sensação que proporciona um permanente estado de alerta, cuja ameaça pode ser tanto física quanto psicológica. Apesar de etimologicamente estar associada ao latim *metus* – indicando ansiedade, temor, inquietação – percebemos que seu uso ganha materialidade por meio do conhecimento. É esse conhecimento e a percepção pública do risco, do temor, das ameaças da civilização moderna que são muitas das vezes reproduzidos e veiculados pelos meios de comunicação de massa e consumidos pela sociedade. Ouve-se falar das ameaças, lê-se sobre elas, forma-se um coletivo informado, mas não afetado pela doença, ainda inatingível.

Medo, responsabilização, verdades, culpa, individualização, moral são expressões que concorrem na sociedade onde a “ciência estipula os riscos, e a população percebe os riscos” (Beck, 2010, p.69).

A determinação de responsabilidade explica por que as narrativas também costumam ordenar a exposição do sofrimento. Para Vaz *et al.* (2007), no caso das notícias sobre saúde, o diferencial reside no paradoxo de uma representação por ausência. A morte está sempre por vir, podendo seu advento ser adiado por meio de escolhas, cientificamente fundadas, do indivíduo em relação ao seu estilo de vida.

[...] A determinação de responsabilidade explica por que as narrativas também costumam ordenar a exposição do sofrimento com base na distribuição dos papéis de agressores e vítimas. Nas notícias sobre fatores de risco, o sofredor é vítima de seus comportamentos inadequados: colesterol alto é causado por alimentação gordurosa, câncer de pulmão pelo fumo etc. Essa forma singular de posicionamento é convite à atividade. O discurso estabelece, aqui, a possibilidade de uma distinção social: não entre agressores e vítimas, mas entre quem sabe e quem não sabe cuidar de si (VAZ *et al*, 2007).

Os estímulos visuais desenvolvidos pelos pesquisadores contratados pelo INCA para as imagens de advertências sanitárias são mais uma tentativa de corroborar essa comunhão de ameaças. Essas imagens fortes apelam para a sensação do medo, da aversão e da culpa do indivíduo e marcam uma intercessão seminal na história do tabagismo.

Nesse contexto existe uma relação entre as abordagens que converge para o que Crawford (1980) denominou de “culpabilização da vítima”, quando se responsabiliza o indivíduo por suas ações e condição de vida, tratando-o como fenômeno individual, descontextualizado das manifestações sociais, políticas, culturais e econômicas.

A associação entre os fenômenos de ‘medicalização do cotidiano social’ e de culpabilização da vítima’ culmina no que Crawford chama de “salutarismo” (*healthism*). A expressão é usada para criticar a noção de que o indivíduo é o único responsável pela saúde e, portanto, por adotar comportamentos considerados não saudáveis (CRAWFORD, 1980).

São modelos teóricos do campo da saúde que ativam a necessidade de união de todos contra um inimigo comum. Esse movimento de culpar o indivíduo “reduz a responsabilidade das instituições do seu papel de transformar as condições de saúde da população, turvando as diferenças sociais, culturais e econômicas” (Castiel, 2010, p.70).

Esta pesquisa vai centrar na embalagem de cigarros, potencial veículo de comunicação dessa vigília moral. A embalagem de cigarros tornou-se uma prática comunicativa utilizada desde a década de 1960 por autoridades governamentais em saúde pública de valioso custo-benefício, já que é de responsabilidade das empresas de cigarros, por força de lei, a inclusão de advertências em seus produtos (Jha, P.; Chaloupka, 1999).

As primeiras mensagens publicadas em rótulos de maços de cigarros americanos, em 1974, eram explicativas: “Cuidado: fumar cigarros pode ser prejudicial à saúde”. (Siddhartha, 2012). No Brasil, desde 1965, o Legislativo pressionava para que acontecesse o mesmo no país. Naquele ano, o deputado federal Ivan Luz apresentou projeto de lei, arquivado dois anos depois,

que determinava a impressão de advertência nos maços de cigarro sobre o risco de câncer (Jaques, 2010).

Naquela mesma década cresceu muito o aparato normativo: foram encontrados 79 projetos contra nove da década anterior. Dentre as proposições, três sugeriam a inserção de advertências sobre os malefícios do uso do tabaco nas embalagens de cigarros. Tais projetos estavam de acordo com algumas das recomendações da OMS, referentes às medidas de controle do tabagismo aprovadas na 23ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 1970, e com o relatório “Consequências do tabaco para a saúde”, divulgado em finais de 1974 pelo Comitê de Peritos da Organização Mundial de Saúde (Jaques, 2010).

Mas, oficialmente, apenas em 1985 o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, assumiu a luta contra o fumo através da criação do Grupo Assessor para Controle do Tabagismo pela portaria 655/GM. Em agosto de 1988, o poder Executivo regulamentou, através da portaria 490 do Ministério da Saúde, a obrigatoriedade de as companhias de tabaco inserirem em todas as embalagens do produto a frase “O Ministério da Saúde adverte: Fumar é prejudicial à saúde”. Assim, foram criadas por força de lei, as advertências sanitárias no país.

Elas, então, passam a ser uma medida reconhecida socialmente e cientificamente, e o maço de cigarros mais um meio de comunicação para informar a sociedade sobre os riscos do tabagismo. Dessa forma, os fabricantes de cigarro reconheceram o risco diretamente nos anúncios de seus produtos.

A veiculação de advertência sanitária na embalagem de um produto tornou-se um processo de negociação complexo que envolve governo, indústria e sociedade numa prática comunicativa eminentemente ligada à cidadania, aos direitos do consumidor e à responsabilidade civil. Esse diálogo entre produtor e consumidor é dado através desses rótulos-falantes que têm sido cada vez mais frequentes no mundo.

E agora... o estatuto do proibicionismo usa o medo e a aversão para advertir

Influenciado pela política internacional, o Brasil seguiu o estatuto do proibicionismo capitaneado pelos Estados Unidos. Desse ato participa o governo com a instituição de uma política antitabagista em confronto com a política mercantilista da indústria tabaqueira. Ambas convocam a participação da sociedade civil usando as estratégias de *advocacy*, aparato legislativo e jurídico, para proibir o cigarro, considerado nocivo e arriscado para a saúde da população.

Carneiro (2002), explica que a política de proibição começa com a experiência da Lei

Seca, que restringiu a produção, o transporte e a comercialização de bebidas alcoólicas nos Estados Unidos entre 1920 e 1933. Tal medida, segundo o autor, fez surgir o mercado ilícito com “as poderosas máfias e o imenso aparelho policial unidos na mesma exploração comum dos lucros aumentados de um comércio proibido”. Naquele momento de construção do proibicionismo, o álcool era um dos principais alvos:

O objetivo do proibicionismo fica, desse modo, plasmado em uma lei que tenciona abolir uma droga e todos os hábitos a ela relacionados. Essa fórmula, a máxima proibicionista, logo atingiria outros psicoativos até então pouco ou nada regulamentados (e, certamente, ainda não proibidos). A aprovação da Lei Seca significava a vitória das práticas puritano-moralistas, de um lado, e das estratégias de enrijecimento do controle social por parte do governo estadunidense (LABATE *et al.*, (orgs.), 2008).

Atualmente, com a globalização, as fronteiras são ultrapassadas e os controles políticos internacionais exercidos “através de tratados e normas são cada vez mais impositivos, no espírito da ‘guerra contra as drogas’ levada a cabo em todo o mundo”, segundo Labate.

O proibicionismo fracassou em seus objetivos de erradicar e/ou controlar as drogas psicoativas, mas, quase cem anos após a sua instituição, nem por isso deixou de ser expandido. No Brasil, o eco se dá sob a égide do “Pacto Nacional para Redução de Acidentes – Um Pacto pela Vida” (Brasil, 2011-2020), um conjunto de medidas que visam contribuir para a diminuição das taxas de mortalidade e lesões por acidentes de trânsito com campanhas fiscalizatórias que são verdadeira vigilância ideológica do Estado, por vezes perniciosas, imputando a responsabilidade da ingestão do álcool ao indivíduo, exibindo o sujeito como perigoso e viciado.

Uma padronização de modelos e técnicas que, ao invés de estarem voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, estão centradas em não se descuidar do controle e da vigília das drogas de psicoativos. O argumento discursivo do governo para suas políticas públicas é a demonização, o mal que um indivíduo faz ao outro, e exhibe o mal feito à pessoa como forma de absolvição daquele que um dia teve prazer e, como consequência do descontrole, a causa de sofrimento alheio.

No caso do tabaco, o governo brasileiro usou a justificativa científica caracterizando-o como problema de saúde pública e atribuindo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pelo controle do tabagismo. E, para que a população de um país com dimensões continentais como o nosso mudasse hábitos e atitudes, o governo lançou mão de condutas coercivas fazendo uso de estratégias jurídicas e legislativas. Nas palavras de Labate *et.al.*, “nessa confluência entre

coerção e assistência, entre reprimir e oferecer é que se pode entender o despontar de uma política como a proibicionista”.

O controle e regulamentação do uso de drogas foi parte fundamental da consolidação da autoridade médica no século XIX e princípio do XX, período em que se cristaliza no Ocidente quais são os usos legítimos (pois baseados na ciência médica ocidental) e quais são os ilegítimos (práticas tradicionais ou que escapassem, de algum modo, aos cânones médicos). Quando o Estado entra nesse debate, a fixação de leis define o “cientificamente legítimo” como legal e o “cientificamente ilegítimo” como ilegal (IBID (orgs.), 2008).

No Brasil, a implementação da política antitabagista ficou a cargo do Instituto Nacional de Câncer, através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), cabendo à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a fiscalização mantendo a população em vigília.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde para o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Sua história começa na década de 30 e suas ações compreendem a assistência médico-hospitalar prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde e a atuação em áreas estratégicas como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento de pesquisas e geração de informação epidemiológica. Lá foi estruturado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que promove um conjunto de ações de caráter educativo de atenção à saúde, legislativas e econômicas para prevenir a iniciação do consumo, promover sua cessação e proteger a população dos riscos do tabagismo.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada pela Lei 9.782 (1999) como uma autarquia sob regime especial que tem como área de atuação não um setor específico da economia, mas todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira. A ela cabe, por lei, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos derivados do tabaco, seus conteúdos, suas embalagens e propagandas.

A despeito da competência desses dois órgãos, eles só reforçam o estatuto proibicionista no campo da saúde, tanto por referir as ações fiscalizadoras e de controle, no caso da ANVISA, como a atenção curativa e de assistência do INCA, aparelho hospitalar responsável pelo tratamento da doença. A regulamentação sobre o uso de drogas complementa esse percurso, acrescenta Labate *et.al*, “ao estabelecer regras para produção, rotulagem e elaboração de listas de drogas que poderiam ser receitadas pela medicina chancelada pelo Estado”.

Seguindo a tendência mundial, o Brasil, através do PNCT/INCA, aderiu à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), um tratado iniciado em 1999 e finalizado em 2003. Essa convenção, ratificada em 2005, é o primeiro tratado global na área de saúde negociado sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e representa o desenvolvimento de uma estratégia regulatória para conduzir questões referentes às substâncias que causam dependência.

Dentre as diretrizes, o artigo décimo primeiro é dedicado ao desenvolvimento de requisitos embalagens e rotulagens eficazes, as advertências sanitárias, que têm por objetivo “informar as pessoas sobre as consequências para a saúde, a natureza aditiva e a ameaça mortal imposta pelo consumo de tabaco e pela exposição à fumaça do tabaco”. Segundo o documento, as advertências sanitárias “têm se mostrado um meio custo-efetivo para aumentar a consciência pública sobre os efeitos do uso do tabaco na saúde e para a redução do consumo de tabaco”.

No documento, diretrizes significam “medidas legais”, isto é, qualquer “instrumento jurídico que contenha ou estabeleça obrigações, exigências ou proibições, de acordo com a lei relevante da jurisdição e, exemplos desses instrumentos incluem, mas, não estão limitados aos atos, leis, regulamentos e ordens administrativas ou executivas”. Essas diretrizes destinam-se a auxiliar as partes, 178 países que aderiram à Convenção, a “cumprirem suas obrigações”. O referido artigo propõe medidas que as partes possam utilizar para “aumentar a eficácia das medidas de embalagem e rotulagem”. Dentre elas localização, tamanho, rotatividade, utilização de pictograma, idioma, fonte, cor, informações e conteúdo da mensagem.

Considerando que as advertências são fontes de informação, transcrevo abaixo o que está dito no documento sobre conteúdo da mensagem. Lá, dois caminhos são apontados: “mensagens positivas de apoio e associações emocionais negativas, como o medo”.

É importante transmitir as advertências e mensagens de forma eficaz; o tom deveria ser impositivo e informativo... Mas não de julgamento. As advertências e mensagens sanitárias podem ser apresentadas em vários formatos, tais como depoimentos e informações positivas de apoio... Evidências sugerem que as advertências e mensagens sanitárias tendem a ser mais eficazes se elas evocarem associações emocionais negativas com o uso do tabaco, como o medo (INCA, 2003).

Há aproximadamente duas décadas o PNCT segue a normatização internacional voltada para o controle do tabaco utilizando os meios legais para promover proibições na divulgação de propaganda do cigarro nos meios de comunicação bem como no ato de fumar em locais públicos, dentre outras ações nacionais a fim de sensibilizar a população brasileira para os danos ocasionados pelo tabaco. E as estatísticas disponíveis indicam que essas ações vêm acarretando

declínio da prevalência do tabagismo no Brasil. Em 1989, quase 35% da população acima de 18 anos eram fumantes, atualmente apenas 14% são fumantes (IBGE, 2014).

O mesmo vem ocorrendo com as advertências sanitárias que o PNCT/INCA, junto com a ANVISA, tem aprimorado através de suas iniciativas para contrapor à utilização das embalagens como forma de propaganda para induzir ao consumo do cigarro.

Há motivos que sustentam o discurso proibicionista desses organismos por meio do aparato legal. Perez (2013), em sua dissertação, fez o levantamento dessa evolução legislativa. A autora defende que o “aparato legal e normativo constitui parte fundamental de todo o processo de implementação de políticas de saúde pública, e no Brasil isto não foi diferente”. Reconstituímos abaixo a tabela com as normas estabelecidas nesse processo até então, juntamente com seu agente instituidor (Perez, 2013, p.75):

Tabela 1 - Resumo da Norma

Ano	Legislação	Resumo da norma	Agente Instituidor
1988	Portaria nº 490	Insero de texto único: "O MINISTÉRIO DA SAÚDE ADVERTE: Fumar É Prejudicial À Saúde".	MS
1988	Constituição Federal	A propaganda de produtos de tabaco passa a ser acompanhada de advertência.	Congresso Nacional
1990	Portaria nº 731	Define o tipo e as cores das letras da advertência e sua posição na lateral da embalagem e ocupando 20% das propagandas.	MS
1990	Portaria nº 1050	Define o tamanho das letras das advertências nas embalagens e propagandas, nova definição para o tamanho das letras nas propagandas e o tempo de aparição das advertências nas propagandas na TV.	MS
1994	Portaria nº 2.169	Prevê oito advertências com mensagens rotativas, acompanhadas de pictogramas, ocupando 25% das duas maiores faces em sua parte superior das embalagens, assim como a publicidade impressa onde a advertência deverá corresponder a 10% do tamanho total da publicidade.	MS
1995	Portaria nº 50	Institui um Grupo de Trabalho formado pelo governo, indústria do tabaco e representantes do setor de comunicação para estudar e propor instrumentos juridicamente válidos para viabilizar os termos da Portaria nº 2.169.	MS
1995	Portaria nº 477	Define o teor das advertências de acordo com os entendimentos mantidos no âmbito do grupo de Trabalho estabelecido pela Portaria nº 50. Foram definidas seis frases sem pictogramas.	MS – MJ- MC
1996	Lei nº 9.294	Primeira vez que este tema foi regulado por Lei, após tramitar no Congresso Nacional.	Congresso Nacional
1999	Lei nº 9.782	Cria a ANVISA com a competência de controlar e fiscalização de cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.	Congresso Nacional
1999	Medida Provisória nº 1.814	Explicita o poder do Ministério da Saúde de definir as advertências sanitárias.	Poder Executivo
1999	Portaria nº 695	Estabelece cinco advertências mais contundentes e diretas, substituindo a expressão "pode causar" pelo termo "causa" e acrescentando dois novos temas: "A nicotina é droga e causa dependência" e "Fumar causa impotência sexual".	MS
2000	Lei nº 10.167	Restringe a publicidade de cigarros e outros produtos fumígenos a pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda acompanhadas de advertência e proíbe o patrocínio de eventos culturais e esportivos a partir de 2003.	MS
2001	Medida Provisória nº 2.134	Determina que as advertências contenham imagens ou figuras que ilustrem o sentido da mensagem.	Poder Executivo
2001	RDC nº 104	Define as nove mensagens de advertências com características gráficas das imagens que ilustravam as mensagens nas embalagens e no material de publicidade dos produtos do tabaco e regulamentou a posição e o tamanho destas.	ANVISA
2003	Lei 10.702	Altera dispositivos da Lei n.º 9.294/96, prorrogando para 30 de setembro de 2005 o prazo da proibição do patrocínio de eventos esportivos internacionais por marcas de cigarros. Nesse período as advertências foram obrigatórias nos eventos internacionais transmitidos no Brasil.	Congresso Nacional

Continua...

Tabela 1- Resumo da Norma

Continuação...

2003	RDC nº 335	Determina a segunda série de advertências sanitárias com imagens mais impactantes, as frases de advertências para as laterais e proibiu o uso de invólucro ou dispositivo que dificultasse a visualização das advertências.	ANVISA
2008	RDC nº 54	Estabelece a terceira série de advertências sanitárias com imagens de forte apelo aversivo, desenvolvidas através de cooperação técnica INCA, ANVISA, UFRJ, UFF e PUC Rio.	ANVISA
2011	Lei Federal 12.546	Obriga a inserção de novas advertências sanitárias de texto em 30% da parte frontal das embalagens dos produtos do tabaco, a partir do ano 2016.	Congresso Nacional (originária do Poder Executivo)

Fonte: Tabela que integra a dissertação de Cristina Perez defendida na Fiocruz (PEREZ, 2013, pg.75)

Tais medidas são consideradas no documento “Discussão – Saúde, Nutrição e População” produzido por *Health, Nutrition, and Population Family* (HNP), da Rede de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial (2007), que diz que o Brasil “estabeleceu bases sólidas para obter ganhos sem precedentes na área da saúde pública e o controle do tabagismo no país foi efetivo”. Avalia ainda que a atuação do PNCT foi inovadora “com destaque para as ações referentes à proibição da publicidade e propaganda e às advertências impressas nas embalagens de produtos derivados do tabaco, por exemplo, o Brasil foi o primeiro país a proibir adjetivos enganosos nos maços de cigarros, como *light* ou suave”.

Os reconhecimentos e as conquistas da política antitabagista no Brasil reforçam a valorização dos sentidos proibicionistas como importante recurso nessa função de disciplina e contenção. Mas como esses sentidos foram produzidos? O medo de não ser saudável ou os riscos à qualidade de vida legitimam a vigília moral e o proibicionismo estatal? No próximo capítulo, por meio de documentos, analisaremos os circuitos por onde esses sentidos foram sendo difundidos e apropriados pela sociedade.

CAPÍTULO 2

A FALA OFICIAL

2.1. ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

A proposta deste capítulo é que a análise dos documentos ilumine os circuitos das práticas comunicativas em sequência das políticas de advertências sanitárias nos maços de cigarros. A produção da advertência sanitária, como já citado, foi tema de dissertação e estará sendo recapturada aqui em alguns pontos.

Os dados coletados estão relacionados com os pressupostos da pesquisa, são registros em banco de imagens, artifícios físicos e peças gráficas, documentos e relatos que integram o acervo reunido a partir do trabalho que exerci na assessoria de Comunicação do Instituto Nacional de Câncer e da minha participação no grupo de trabalho responsável pela produção das imagens de advertências sanitárias de 2008.

Num primeiro momento, tentei organizá-los e estabelecer uma intercessão entre o mundo do trabalho e o da pesquisa. Segundo Lopes (1997), a organização de documentos deve pressupor o uso de metodologias de base científica nas quais, “antes mesmo da execução prática, deve se preocupar em definir o problema e objetivos coerentes com as necessidades propostas”.

Ribeiro (2000), registrou que no processo de historiar, não partimos de fatos, mas de documentos que nos ajudam a construir o que chamamos “fatos históricos”. Para a autora, os enunciados concretos, passíveis de uma abordagem histórica, se relacionam a diferentes esferas da atividade humana e se apresentam, por isso, sob variadas formas: contratos, textos administrativos, textos legislativos, documentos de origem pública ou privada, escritos científicos, cartas oficiais ou pessoais etc.

Acredito que começar a trilhar essa abordagem metodológica possibilitará a identificação ou pelo menos o reconhecimento dos contextos histórico, social e cultural nos quais os documentos foram gerados e estabelecer encontros com os vários sujeitos da memória documentária. Com o desdobramento de reconhecer o diálogo ideológico desses sujeitos que falam através desses documentos.

[...] O universo documentário é rico de sujeitos, fatos e contingências, os quais a gestão de documentos deve considerar de forma analítica e independente, para além das circunstâncias documentárias e da vontade dos sujeitos responsáveis por sua produção (SOUZA e SAMPAIO, 2003, p.2).

No papel de sujeito-intérprete, pesquisador que examina e interpreta o conteúdo à luz de seus próprios conhecimentos, valores e ideologia, procederei à análise dos documentos com o objetivo de interpretar as trajetórias histórica, política e social das condições de circulação das campanhas antitabagistas e das advertências sanitárias, mais especificamente o grupo de imagens publicadas em maços de cigarros em 2008. Meu propósito é compreender os processos que levaram à utilização do conceito de aversão no sentido do efeito negativo e seu significado para os campos de conhecimento da saúde e da comunicação.

A sequência das campanhas da luta contra o câncer e antitabagista será apresentada em ordem cronológica como nos acervos iconográficos. O início de nossa história se dá nos idos dos anos de 1940. A primeira imagem em maços de cigarros foi publicada em 1990 pela indústria do tabaco. Em 1994, o governo desenvolveu os primeiros pictogramas para advertir sobre os malefícios do hábito de fumar, que não chegaram a ser publicados gerando apenas instruções normativas. Em 2001, onze anos depois da publicação das imagens pela indústria, é que o Ministério da Saúde publicou o primeiro grupo de nove imagens de advertência sanitária em maços de cigarros. Em cumprimento às normas internacionais, dois anos após, em 2003, foi desenvolvido e publicado o segundo grupo, que traduz os dez maiores riscos à saúde causados pelo ato de fumar. Ambos foram produzidos pela agência de publicidade Master, contratada pela assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde. Já o terceiro e último grupo de imagens, publicado em 2008, foi produzido por pesquisadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. A proposta da pesquisa científica com base na neurofisiologia agregou conhecimento dos campos da saúde e da comunicação para assegurar efeitos mais aversivos apoiados por indicadores epidemiológicos dos danos que o cigarro provoca à saúde.

Após a apresentação dos documentos, buscarei traçar um estudo comparativo entre os valores e estratégias usados para a produção das imagens e mensagens bem como a evolução das campanhas publicitárias utilizadas por instituições públicas para o controle do câncer e, consequentemente, o do tabagismo no Brasil.

As imagens como *corpus* de análise estarão alinhadas aos conceitos narrativos da Semiologia dos Discursos Sociais. Essa apreciação visa dar conta não do conteúdo das

mensagens, mas das estratégias discursivas ligadas às relações de força de uma dada conjuntura já prevista nos estudos linguísticos de Saussure, mas somente desenvolvida posteriormente por autores estruturalistas, especialmente Roland Barthes (Mattelart; Mattelart, 1999, p. 86-89).

Fairclough, que integra a corrente da Análise Crítica do Discurso (ACD), considera particularmente os conceitos de sujeito e sua relação entre linguístico e histórico. Os discursos de determinadas épocas históricas são espaços privilegiados onde se travam as lutas sociais. É o campo por excelência do ideológico, onde várias vozes disputam a hegemonia das representações.

Explorarei as implicações desse conceito na manifestação da imagem enquanto signo. É nesse sentido que deslocaremos o debate para autores da ciência geral dos signos (verbais e não verbais), os semiólogos. Tais como Joly (2001) e o semioticista Jean-Marie Floch (1985), que analisou as imagens como qualidade de expressão, exercendo algum papel na produção dos sentidos. O autor examinou o anúncio da campanha de lançamento do cigarro *News* publicando um artigo no qual afirma que “não há expressão senão em relação a um conteúdo, não há significantes senão em relação a um significado” (Oliveira, A.C, Teixeira L. (Org.), 2009).

Por fim, eu me apoiarei na análise de outros acervos resultantes dos eventos de comunicação e saúde promovidos pelo SUS, bem como os das produções do movimento antitabagista. Autores como Giddens (1991), Pitta (1995), Szklo (2008), Spitz e Gamba Jr. (2009), iluminarão esses caminhos na investigação do processo saúde-doença e as transformações das narrativas geradas de perda de saúde para ganho de qualidade de vida quando o sujeito opta por deixar de fumar.

É minha intenção ainda comparar as campanhas de controle do tabagismo e as imagens de advertências sanitárias para averiguar as convergências e divergências dessas práticas comunicativas com a política de Comunicação do SUS.

2.1.1. Circulação das Práticas Comunicativas: das Campanhas de Tabagismo (1940 a 2008) às Advertências Sanitárias (2001, 2003, 2008)

No princípio eram as campanhas...

O primeiro documento-fonte que ajudará a reconstruir essa história surgiu no Instituto Nacional de Câncer quando o órgão completou 70 anos (2007). Para comemorar a data, época em que eu ainda chefiava a Divisão de Comunicação Social, convidei Luiz Antônio Teixeira, que atua no campo da História das Ciências da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, para

desenvolver uma publicação contando a história do câncer, denominada “Resenha da Luta contra o Câncer”, uma reedição do livro de Mário Kroeff de 1946. É o próprio Teixeira que define Kroeff como o médico que ficou imortalizado por “ter criado e por muito tempo dirigido o Centro de Cancerologia (1937), hoje Instituto Nacional de Câncer”.

Tal iniciativa estreitou a minha relação com Luiz Antônio e a dele com o médico Marco Porto, também responsável pela publicação, professor da Universidade Federal Fluminense e, à época, chefe da Divisão de Atenção Oncológica do Instituto Nacional de Câncer.

Como já citado por Souza e Sampaio (2003), “o universo documentário é rico de sujeitos, fatos e contingências”. Nesse contexto, o diálogo entre os sujeitos-produtores, responsáveis pelo conteúdo de informação do documento, e os sujeitos-gestores, responsáveis pela coletânea, processamento e acesso aos documentos, teve como consequência a abertura da linha de estudos sobre o câncer no Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. Marco Porto hoje coordena o projeto “História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas”, enquanto Luiz Antônio Teixeira lidera o grupo de pesquisa “História do Controle do Câncer no Brasil” (CNPq).

A parceria desses sujeitos aproximou dois organismos do Sistema Único de Saúde, a Casa de Oswaldo Cruz e o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, em projetos de pesquisas que propõem e elaboram conhecimentos históricos sobre a trajetória do controle do câncer no Brasil, assim como produzem, coletam e organizam acervos de fontes orais, documentais e iconográficas relevantes para o estudo do tema.

Um dos produtos resultantes dessa linha de pesquisa é o banco de imagens “Câncer – atores, cenários e políticas públicas”, da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, fonte para esta tese e que pode ser acessado pelo link: <http://goo.gl/Zxukvj>.

O acervo iconográfico representa parte significativa do material gráfico usado em ações de educação em saúde realizadas por instituições públicas com vistas ao controle do câncer e do tabagismo no Brasil. As imagens foram obtidas no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, no Museu de Saúde Pública de São Paulo e em material cedido pela família Kroeff. São, principalmente, fotografias, cartazes, folders e panfletos utilizados em campanhas nacionais produzidos a partir da década de 1940, e, sobretudo, nos anos 1980. Examinando esse acervo foi possível fazer uma leitura mais apurada e perceber as transformações, mudanças de paradigma, num paralelo com as alterações sociais e culturais.

As primeiras ações educativas que deram visibilidade aos malefícios do tabaco surgiram ainda na década de 1920. Alguns médicos, preocupados com a ampliação dos índices da doença,

começaram a elaborar pequenos panfletos orientando sobre a prevenção e o diagnóstico precoce.

As campanhas educativas foram encontradas em bancos de imagens e livros onde eram veiculadas as imagens e metáforas específicas. A mais comum era a do caranguejo, símbolo da doença, sempre apresentada como figura aversiva que levava as vítimas à morte. Frequentes também as imagens de feridas e deformações causadas pela doença, justificada pelo médico Mário Kroeff, diretor do Serviço Nacional de Câncer em 1944: “em vez de afastar a população da medicina, quando apresentadas, em correta medida, agia no sentido de alertar a população sobre a doença” (Ministério da Saúde, 2007, p.350).

Figura 4
Defenda-se do Câncer / Mulheres Ajudem a Combater o Câncer



*Fonte: Cartazes usados pela Associação Paulista de Combate ao Câncer (1940).
(Acervo Museu de Saúde Pública de São Paulo)*

A difusão do controle do câncer chega ao Brasil pelas mãos da comunidade médico-científica. Profissionais de saúde, como Juliano Moreira e Álvaro Ramos, trataram do tema com Oswaldo Cruz, então diretor de saúde pública. Eles propuseram como projeto a realização de censo por meio de um inquérito entre os médicos, abortado em seu nascedouro. Os inquéritos sanitários, que passam a incluir levantamentos sobre o conhecimento da doença, servem de base para as práticas de comunicação das instituições sanitárias, que, segundo Pitta (1995), buscavam se ajustar às normas e prioridades epidemiológicas definidas.

Mas, foi com Carlos Chagas que a comunicação como estratégia na luta contra o câncer ganhou um capítulo na Lei Sanitária do Programa do Departamento de Saúde Pública. A lei se refere à organização de propagandas contra o câncer com campanhas de educação mediante cartazes, folhetos e filmes.

Nos documentos pesquisados encontra-se a matéria do Correio da Manhã (RJ), de 1942, intitulada “Luta contra o câncer na história da medicina”, que trata da exibição gratuita do primeiro filme nacional de longa-metragem. A entrevista é com Mário Kroeff, diretor do Serviço Nacional de Câncer, responsável pela campanha contra a doença em todo o território nacional e supervisor do filme. No ano seguinte, no mesmo jornal, uma entrevista com Kroeff divulgou o Dia Nacional de Controle do Câncer como forma de estabelecer a educação do público. Datas nacionais são outra forte estratégia de comunicação como forma de prevenção utilizada até hoje pelo Ministério da Saúde.

Para Pitta (1995) outra forte estratégia é o uso dos meios de comunicação de massa, “o rádio e o cinema se consolidam como instrumentos de propaganda política e sua relação com os regimes totalitários. A conduta é explicada neste contexto a partir de teorias behavioristas apropriadas pelos estudos de comunicação”.

As teorias de comunicação de massa sempre foram objeto de estudo interdisciplinar e têm como paradigma o funcionalismo. A teoria hipodérmica que Lasswell (1927), desenvolveu na época trouxe novos instrumentos de análise para compreender a cultura de massa. São estudos sobre os efeitos diretos da propaganda que valoriza a superestrutura e a ideologia de dominação das massas. Para Lasswell, a comunicação tem o efeito de propagar a informação, difundir a mensagem e convencer a massa.

Ancorado nessas teorias de comunicação de fundo behaviorista surge, nas primeiras décadas do século XX, o sanitarismo campanhista, como afirmam Araujo e Cardoso (2007). Para as autoras, há o predomínio das práticas de difusão de medidas de higiene reforçando essa relação causal e automática entre estímulo e resposta.

Essa política de comunicação no período entre guerras foi reproduzida pelo presidente da República Getúlio Vargas, estimulado pela visão mundial da propaganda como ferramenta eficaz na gestão governamental (Lasswell *apud* Mattelart e Mattelart, 1999, p.37). Com maestria, o uso do rádio tornou-se um aliado na propaganda da medicina preventiva na voz da comunidade científica e governamental. Vozes críveis assumem os microfones das rádios difundindo entrevistas com especialistas nas campanhas de controle do câncer. Foi na rádio do Ministério da Educação que, em 1943, o Dr. Alberto Lima de Moraes Coutinho, chefe de clínica

do Serviço Nacional de Câncer, falou sobre uma série de fatores que permitem o aparecimento do mal:

[...] o vício mais comum a que se entregam os homens é o fumo generalizado, que passou à categoria de hábito individual e social. Os malefícios oriundos dessa prática não são pequenos. A maioria absoluta dos cânceres de lábios, língua e laringe aparecem nos fumantes inveterados e é a razão de sua grande frequência nos homens e pouco achado nas mulheres (INCA, 2007).

Outra característica das peças de propaganda era o cenário bélico. A prevenção era mencionada como uma verdadeira guerra contra a doença. Eram ecos da Segunda Guerra Mundial nos anos 40. As peças mostravam aviões de guerra e comparavam o trabalho dos médicos ou o do organismo às atividades dos soldados durante as batalhas.

Figura 5
Lutai Contra o Câncer (1940)



Fonte: Imagens da resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do Serviço Nacional de Câncer (2007, p.356) -Acervo Família Kroeff.

Somava-se à metáfora do caranguejo o cenário bélico, um alerta ou advertência representada pela “morte anunciada” (Teixeira, 2010). No reforço a este clima, as mensagens e imagens eram envolvidas em branco e preto sendo usados termos como “luta” e “contra” numa linha de ataque e defesa. Mesmo quando a figura humana é representada por meio da figura de

uma mulher ou por mãos que, no caso, não afagam, e sim, seguram instrumentos que tiram a vida da pessoa.

Figura 6
O Câncer é Curável (1940)



Fonte: Imagens da resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do Serviço Nacional de Câncer (2007, p.345) - Acervo Família Kroeff.

Podemos interpretar o risco de morte em duas conotações: a externa e a interna. Externa, pois pertencia ao corpo social do clima de guerra daqueles tempos. E interna por ser uma doença dentro do corpo humano. Movimentos externos e internos geradores de conflitos. Faço uso das palavras da escritora Salecl *apud* Siddhartha (2012): “a podridão, o terror – a decadência biológica e a concomitante decadência espiritual – foram levados para dentro do corpo da sociedade e, por extensão, para dentro do corpo humano”.

As guerras eram riscos percebidos como terror externo à sociedade, e o cigarro passa do sentido do desejo para objeto de horror, causador de males no interior do corpo. As autoridades sanitárias governamentais, por sua vez, reforçavam através da propaganda de massa essa representação com imagens do “império do mal desconhecido”, evidenciando a perda da

saúde. O cigarro era a evidência irrefutável da brevidade da vida com o aniquilamento da saúde do corpo num movimento de fora para dentro. O cigarro vem a representar a expressão antagônica de “estilo de vida” saudável, um aspecto fundamental da cultura tardo-moderna (Giddens, 1991).

Figura 7
Cuidado com os Charlatões (1939)



Fonte: Imagens da resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do Serviço Nacional de Câncer (2007, p.350) - Acervo Família Kroeff.

Com a publicação em revistas científicas de novos tratamentos para o controle do câncer, a imagem do mal desconhecido passa a vir atrelada aos discursos da cura e tratamento associados à simbologia do medo como pano de fundo, como estampa o cartaz ilustrativo (Figura 7) da matéria publicada em 1939 no Jornal da Tarde, do Rio de Janeiro, intitulada “O Fumo é uma das causas do câncer que anualmente mata 20 mil pessoas no Brasil”:

O tratamento do canceroso é problema árduo porque é preciso diferenciar os pacientes... pelas estatísticas do Centro, observa-se que a pele é a localização mais frequente. Em segundo lugar, vem a localização da boca e vias respiratórias, atribuída ao fumo. Quanto ao fator idade, conclui-se que o câncer de boca ataca de 51 a 60 anos e o de laringe, de 41 a 50 anos. E o sexo tem pré-domínio do homem sobre a mulher (INCA, 2007).

Na conferência do médico Eduardo Rabelo no II Congresso de Higiene, ocorrido em 1942, na cidade de Belo Horizonte, está o indicativo dessa passagem. Intitulada “Aspecto social do problema do câncer”, sua preleção revelou os números extraordinariamente elevados dos óbitos por câncer e as medidas executadas pela ciência e pelos governos dos Estados Unidos, Inglaterra, Dinamarca, França e Alemanha. O aumento da mortalidade na Inglaterra levou o ministro de Saúde Pública a se ocupar de campanha patrocinada pelo *Departmental Committee of Cancer*, trazendo para ela o contingente oficial, sobretudo do ponto de vista de orientação das autoridades sanitárias quanto ao diagnóstico, terapêutica e profilaxia.

Foi assim que o poder público e suas representações institucionalizadas centralizaram em Institutos de Medicina a investigação científica, a assistência social e a cultura profissional em suas relações com o câncer e o tabagismo. Na América do Sul, a Argentina foi o primeiro país a unificar as campanhas e propagandas com a criação da Liga Argentina Contra o Câncer. Esses “são porta-vozes autorizados do poder estatal, reconhecido por todos, maximizando o ganho simbólico da nomeação, é o poder simbólico dos agentes” (Bourdieu, 2002).

A pesquisadora Vânia Rocha, da Casa de Oswaldo Cruz (COC), vinculada à Fiocruz, analisou materiais de campanhas educativas para prevenção e combate ao câncer no Brasil. Para ela, nesse período, as campanhas passaram por mudanças conceituais relacionadas ao câncer e exploraram novos enfoques. As ideias de “pavor” e “morte anunciada”, encontradas na maioria dos materiais educativos, foram, pouco a pouco, sendo substituídas por noções de que existiam recursos disponíveis e avanços no tratamento da doença. As campanhas buscaram alertar a sociedade sobre a moléstia sem, contudo, alarmar a população. A ênfase na detecção precoce ganhou força propiciada pelo progresso sobre o conhecimento da doença e pelos novos tratamentos (Rocha, 2005).

Vimos até aqui que o alerta, o alarme e a advertência eram as estratégias utilizadas para chamar a atenção da população sobre a gravidade do câncer. Mas foi só a partir de 1980 que o Brasil incrementou novos modelos para as campanhas de prevenção e controle de tabaco divulgando o maior fator de risco para o câncer de pulmão: o tabagismo. As campanhas visando a redução da prevalência de fumantes dirigidas à sociedade começam a ser definidas a partir de dados epidemiológicos e pesquisas de opinião. A definição de linguagens é construída para mensagens e campanhas massivas, a partir do grau de exposição a determinados fatores de risco ou agentes causais (Pitta, 1995).

Figura 8
Fumar. É tempo de parar.



*Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer
Campanha anos 80. Disponível em: <http://goo.gl/Zxukvj>.
Acesso em 04 dez. 2015.*

Percorrendo o já citado acervo iconográfico da História do Câncer é possível encontrar outros caminhos já trilhados pelas políticas públicas com produção de imagens da história social das doenças correlacionadas ao tabagismo, como a escolha do humor como discurso social.

O folheto informativo sobre tabagismo elaborado pelo cartunista Aroeira (1993), a pedido do Instituto Nacional de Câncer, é o exemplo de como burlar o paradigma da doença como estrutura hedionda, do sofrimento e da dor. O *slogan* da campanha para lançar o informativo foi: “Não percam as novas aventuras dos Caçadores da Saúde Perdida”.

Figura 9
Caçadores da Saúde Perdida (1993)



Fonte: Capa do folheto informativo sobre tabagismo elaborado pelo cartunista Aroeira (1993). Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://goo.gl/Zxukvj>. Acesso em: 04 dez.2015.

Ou mesmo a campanha desenvolvida pelo cartunista Ziraldo para o Ministério da Saúde em 1996, “Fumar é brega”, premiada pela Organização Mundial da Saúde. Por meio do humor e do lúdico, Ziraldo apropriou-se do conhecimento popular, do senso comum, do saber prático ressignificando o “glamour” disseminado pela indústria, transformando-o em “cafona”.

Figura 10
Fumar é brega (1996)



Fonte: Campanha informativa sobre tabagismo elaborado pelo cartunista Ziraldo (1996). Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://goo.gl/Zxukvj>. Acesso em: 04 dez. 2015.

Os signos que dão forma concreta à comunicação junto à sociedade são usados numa abordagem positiva da saúde. O jogo muda, e, em vez da perda, ocorre uma verdadeira busca da saúde. Essas transformações da relação do campo da comunicação e da saúde exercem um papel profundo no modo de pensar ressignificando as mensagens e imagens que são veiculadas sobre o tabaco.

No final do século, as campanhas antitabagismo foram ganhando força e difundindo os benefícios conquistados com o parar de fumar e não mais os malefícios causados pelo uso do cigarro. Com a ampliação da noção de saúde para o bem-estar e com a prática de hábitos saudáveis, as campanhas refletem os discursos e imagens do ter estilo de vida saudável e responsável. A escolha do ganho em detrimento da perda e a noção de prevenção assumem o papel de destaque na conscientização da população mostrando que é melhor evitar a doença do que tratá-la.

Figura 11
Vida saudável e responsável (2011)



Fonte: Campanha informativa sobre tabagismo (2011). Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <http://goo.gl/Zxukvj> - Acesso em: 04 dez. 2015

Em 2008, o governo promoveu a campanha intitulada “Uma juventude livre do tabaco” alertando sobre as estratégias das indústrias que têm conquistado novos mercados principalmente onde existem amplas vulnerabilidades coletivas. São nichos que podem ser seduzidos pela insuficiência de conhecimento da população sobre a realidade dos riscos do tabagismo e pela existência de representações sociais positivas relativas ao consumo de seus produtos.

Figura 12
A indústria do cigarro convida você para entrar e depois tranca a porta. Fique esperto (2011)



*Fonte: Campanha informativa sobre tabagismo. Brasil (2011).
Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Disponível
em: <http://goo.gl/Zxukvj>. Acesso em: 04 dez. 2015*

Naquele mesmo ano, Szklo, Coutinho, Spitz e Gamba Jr. (2009) realizaram estudos de intervenção pragmática utilizando grandes cartazes colocados na altura dos olhos nas colunas divisórias centrais das plataformas de embarque de duas estações de metrô no Rio de Janeiro. O objetivo era mostrar não só os efeitos adversos de continuar a fumar, mas as perdas estampando mensagens como “Fumar é perder a capacidade de respirar” e a imagem de uma pessoa com dificuldade de subir as escadas. Outro cartaz ressaltava os ganhos alcançados com o ato de parar de fumar com a mensagem “Parar de fumar é ganhar capacidade de respiração” e a imagem de uma pessoa subindo as escadas sem demonstrar cansaço ou perda respiratória.

Figura 13
Fumar é perder a capacidade
de respirar



Figura 14
Parar de fumar é ganhar
capacidade de respiração



Fonte: Campanha antitabagista de advertência sanitária. Ministério da Saúde (2011).

Fig. 13 Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/dyp251v1/F1>

Fig. 14 Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/dyp251v1/F2>

Ao final do estudo, os autores apontam:

[...] que, apesar da grande sensibilização no Brasil quanto aos malefícios do tabaco, novos formatos de comunicação abordando temas de relevância pessoal podem aumentar a quantidade e diversidade da população de fumantes recrutada para serviços de aconselhamento telefônico de suporte à cessação (SZKLO *et al.*, 2009).

Em 2011, o material lançado pelo Ministério da Saúde para lembrar o Dia Nacional de Combate ao Fumo, criado em 1986 pela Lei Federal nº. 7.488 e celebrado em 29 de agosto, teve como tema “Viver bem é viver com saúde. Fique longe do cigarro”.

Figura 15
Viver bem é viver com saúde (2011)



*Fonte: Campanha “Viver bem é viver com saúde. Fique longe do cigarro” (2011).
Disponível em <http://goo.gl/Zxukvj>. Acesso em 04 dez. 2015.*

A primeira frase deixa clara a mudança da lógica e a escolha pelo ganho de saúde por não adquirir o hábito de fumar ou por deixar de fumar. O anúncio não só produz seu sentido ideológico de felicidade como consequência dos hábitos saudáveis, reforçado pelo plano visual iluminado pelo sol, de fundo colorido e valorizado pela frase: “Viver bem é viver com saúde”. É a vida em oposição à morte. O afastamento se dá na mensagem e na dimensão visual. Mas a segunda frase ainda reflete o tom proibitivo e autoritário da mensagem emanada do governo, uma vigilância repressora estatal: “Fique longe do cigarro”.

São muitas as interpretações e articulações que podem ser feitas com os modelos imagéticos e de conteúdo desses dois objetos de análise. Destaco a dicotomia, a dualidade, a

contradição dos percursos escolhidos pelo governo na Política de Controle do Tabaco repercutindo em suas práticas comunicativas. Como afirma Floch:

Pela articulação de uma oposição de expressão independente de todo o material de manifestação e de uma oposição de conteúdo situada num nível abstrato, ideológico, o anúncio não só produz seu sentido, sua “mensagem”, para além da distinção texto/imagem, mas também permite a possibilidade de se realizar em múltiplos registros de expressão ou de conteúdo (temas ou universos figurativos) e produz enfim, se essa possibilidade é explorada, seu efeito de sentido de riqueza e de criatividade (FLOCH, 1985).

A escolha da imagem, porém, reproduz a narrativa publicitária de modelos jovens, bonitos, fora do padrão da realidade, inseridos em cenários muitas das vezes inacessíveis para o grande público ou até desconhecidos por muitos. Ao olhar do leitor, essa imagem fica sem referências culturais perdendo o potencial de afetar o sujeito, de chamar a atenção sobre o conteúdo a ser apropriado.

Aqui há de se deixar registrado que afetar o outro não significa sentimentos pessoais, mas sim o entendimento de Deleuze & Guattari (1997, p.213), onde afetos são forças que nos atravessam e cruzam nossos corpos, produzindo assim uma espécie de entrelaçamento entre o corpo e o mundo. O afeto é um lugar de fusão, indeterminado e impessoal, que ultrapassa a distinção entre sujeito e objeto. A frase “Fique longe do cigarro” é condutora de distanciamento e não de entrelaçamento entre o objeto e o sujeito.

Concluindo...

Na leitura dos documentos que narram a história imagética das campanhas educativas de controle do tabagismo, nossa análise começa nas primeiras, a partir dos anos 40, com o uso do argumento sanitário das evidências associando o tabagismo ao risco, produzindo mensagens que incutissem na consciência pública a hipérbole da proteção, culpando o fumante em si mesmo e dentro do corpo social através de imagens que expressam sentidos de terror, medo e morte com perda da saúde. Um alarmismo reverberado pelas mídias e autoridades da saúde.

Na sequência, já nos anos de 1960, o alarde público que influenciou as campanhas antitabagistas ainda reforçava o medo, mas somava-se o diagnóstico e o tratamento que eliminavam a doença contribuindo para criar um ambiente social que enfatizava a visão curativa.

A partir dos anos 80, associado ao debate do estilo de vida ativo como estratégia de saúde pública, tornou-se consenso que estilos de vida saudável promovem mais qualidade de vida. Isso cria uma mudança de paradigma nas campanhas do Ministério da Saúde, e as narrativas de perda da saúde começam a dar lugar ao ganho de qualidade de vida com a cessação do hábito de fumar. As campanhas como canal de comunicação mediador entre o campo da saúde e a sociedade iniciam um processo de aconselhar a prevenção e promoção da saúde como modo de evitar a doença.

Depois, as advertências sanitárias...

Concluída a análise sobre as campanhas, passo agora à abordagem das advertências sanitárias contando um pouco de sua história e de sua introdução no Brasil, na América Latina e no mundo. O leitor terá a oportunidade de acompanhar essa trajetória inversa, comparada às campanhas, que teve início nas mensagens informativas sobre os malefícios causados pelo cigarro com imagens ilustrando os ganhos com a saúde com o abandono do ato de fumar, e, termina no modelo aversivo com imagens negativas impregnadas de lesões corporais para ativar a repulsa ao maço de cigarros.

Para começar, cito trecho do ensaio “O fumo e o câncer” (1954) do cirurgião Everts Graham, que estabeleceu junto a Wynder o vínculo epidemiológico entre cigarro e câncer de pulmão. Graham dizia que os “investigadores de todo o mundo acadêmico podiam fornecer dados sobre o risco do tabaco (...), mas a solução tinha de ser política” e concluiu:

[...] o rádio e a televisão devem ter permissão para continuar transmitindo o material publicitário da indústria do cigarro? Não é hora do guardião oficial da saúde do povo, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, fazer pelo menos uma declaração de advertência? (SIDDHARTHA M., 2012).

Onze anos depois de embates no Legislativo e no Executivo, em 1965 os Estados Unidos respondem ao questionamento de Graham publicando a lei federal da rotulagem e propaganda de cigarros. Uma forma de alertar os consumidores através de rótulos de advertência nos maços de cigarros: “Cuidado: fumar cigarros pode ser prejudicial à saúde”.

No Brasil, essa obrigatoriedade só vem a acontecer 23 anos depois. Em 1988, o governo torna obrigatória nas embalagens dos produtos derivados do tabaco a frase: “O Ministério da Saúde adverte: fumar é prejudicial à saúde”.

A etimologia da palavra advertir, verbo transitivo, significa regular e tem como sinônimos avisar, comunicar, informar, notificar, intimar. As conotações evidenciam uma tênue fronteira entre informar e regular, comunicar e intimar, sensações que proporcionam um permanente estado de alerta. Apesar de etimologicamente estar associada ao francês *avisermetus* (dar aviso, fazer saber) percebemos que seu uso ganha materialidade por meio de intervenção.

As advertências sanitárias são uma interpelação do governo na figura do seu guardião, o Ministério da Saúde, que coloca o sujeito numa posição discursiva subjugada ao Estado. Esse processo, segundo Sacramento e Cruz (2014),

[...] corresponde àquilo que Louis Althusser (1985), com base na obra de Jacques Lacan, chamou de interpelação: um processo de recrutamento do indivíduo para a posição de sujeito, fazendo com que haja investimento discursivo que amalgama os sentidos de identidade e de subjetividade à ideologia subjacente (SACRAMENTO e CRUZ, 2014).

Os autores acrescentam que “o indivíduo é reconhecido como sujeito social pela lei (com direitos e deveres), mas também está subjugado à lei”. Mensagens e, posteriormente imagens, de advertência são enunciados que alertam o indivíduo para ocupar uma posição de submissão ao Estado. Um sujeito “quase doente”, termo cunhado por Vaz *et al.* (2007, p.148), que afirma “mesmo não sentindo nenhuma limitação no presente e diante de oportunidades de prazer, todo e qualquer indivíduo deve alterar seu estilo de vida dada à possibilidade de adoecer no futuro”.

O Canadá se tornou o primeiro país a implementar as imagens de advertência sanitária nas embalagens de cigarros, em junho de 2001. Seguido do Brasil, que, a partir de fevereiro de 2002, incluiu à sua política a obrigatoriedade das imagens por meio da Medida Provisória nº 2.134-30, de maio de 2001, “mensagem para advertências ilustradas por fotos”. Isso significa que, em geral, 50% do espaço da embalagem são reservados para mensagens e imagens de advertências sanitárias. No país foram desenvolvidos três grupos de imagens: em 2001 (nove imagens); 2003 (dez imagens) e 2008 (dez imagens), que estão circulando nos maços de cigarros até os dias atuais em todas as cidades brasileiras.

Estudos mostram ser assertiva a política do Estado de utilizar avisos com as imagens cada vez maiores. Elas são significativamente mais eficazes do que apenas mensagens menores de texto. Essa é a conclusão do estudo de David Hammond (2004) com o objetivo de rever as evidências sobre o impacto das advertências sanitárias nas embalagens de tabaco.

O autor extraiu dados de 94 artigos originais e as evidências desse estudo de revisão indicam que o impacto das advertências depende de seu tamanho e *design* enquanto avisos somente de textos obscuros parecem ter pouco impacto. Segundo o autor, as advertências de saúde proeminentes na face dos maços servem como uma fonte importante de informação sobre saúde para fumantes e não fumantes podendo aumentar o conhecimento sobre saúde e percepções de risco, além de promover a cessação do tabagismo. E, ainda, que as imagens de advertências que provocam fortes reações emocionais são significativamente mais eficazes corroborando as orientações sobre conteúdo das mensagens do Artigo 11 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS, que orienta:

Evidências sugerem que as advertências e mensagens sanitárias tendem a ser mais eficazes, particularmente quando combinadas com informações desenvolvidas para aumentar a motivação e a confiança dos usuários de tabaco em sua capacidade de deixar de fumar (INCA, 2003).

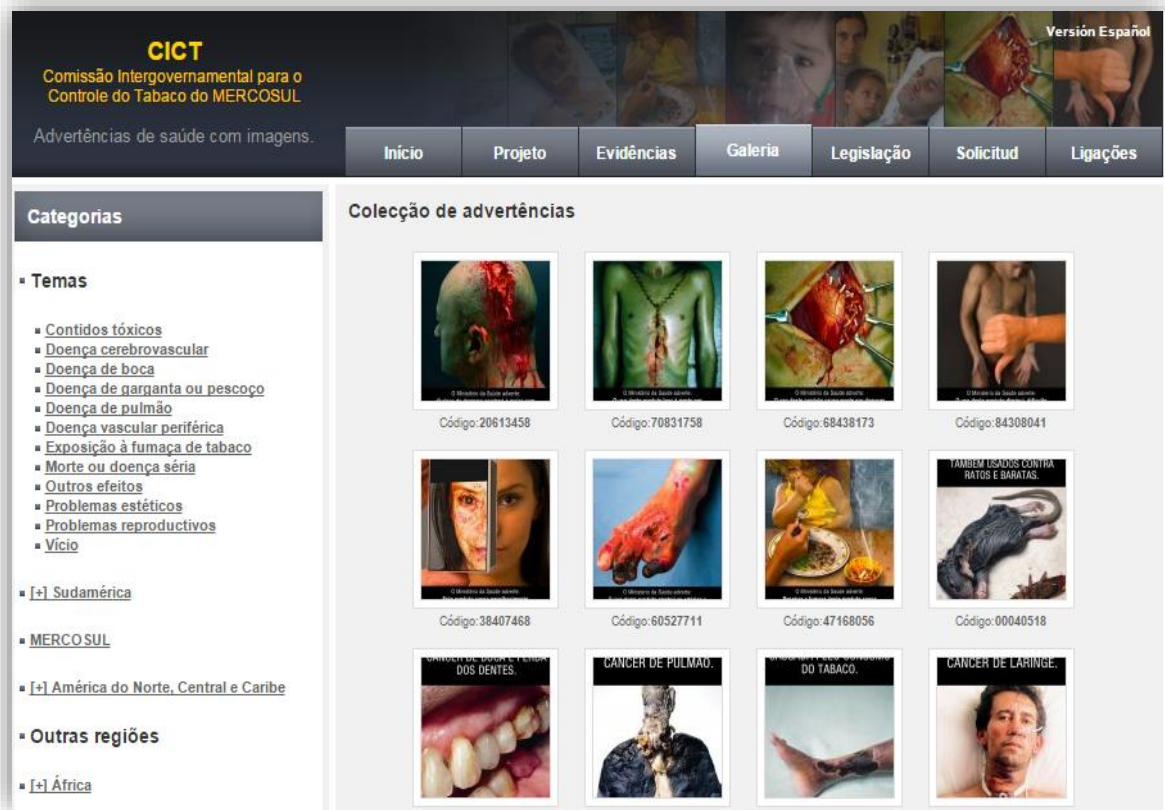
Vários estudos têm demonstrado que as advertências sanitárias, com mensagens associadas às imagens utilizando o maço de cigarros como fonte de informações em saúde, têm aumentado o conhecimento e a percepção dos fumantes dos riscos do uso do tabaco. O Brasil foi pioneiro entre os países do Mercosul e o segundo no mundo a cobrir com aviso de saúde 100% da frente ou de trás da embalagem.

Advertência sanitária nos países do Mercosul

Outra fonte que auxiliará na busca dos lugares e espaços em que as imagens e campanhas estão circulando e por quais processos e para onde elas estão indo é o banco de imagens da Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco do Mercosul, que pode ser acessado pelo link: <http://goo.gl/F7fWk9>.

Fui convidada, em 22 de novembro de 2011, a participar do Workshop Internacional sobre Embalagem e Rotulagem dos Produtos de Tabaco, organizado pelo Instituto Nacional de Câncer e pelo Ministério da Saúde do Canadá. O encontro ocorreu no Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, no Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar as advertências sanitárias veiculadas nos países das Américas. Nele foi apresentado o Banco de Imagens disponível para os países do Mercosul com uma coleção de advertências para os produtos de tabaco.

Figura 16
Coleção de imagens de advertências (2009)



Fonte: CICT. Banco de Imagens para os países do Mercosul (2009).
Disponível em <http://goo.gl/F7fWk9>. Acesso em 04 dez. 2015

Os Estados-membros e associados do Mercosul podem usar a coleção de imagens para reproduzir ou criar suas próprias advertências, além de utilizar da metodologia disponível para desenvolver, de forma mais eficaz, avisos em seus próprios países.

A Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco do Mercosul (CICT) disponibiliza as evidências e a metodologia desenvolvida no Brasil por Nascimento *et al* (2010), que utilizou o conhecimento das bases neurais da motivação estudados pela psicofisiologia da emoção para elaborar e testar imagens para advertências sanitárias em maços de cigarros. Os autores consideraram os mais desagradáveis (valência mais negativa) e mais intensos (maior ativação). Segundo eles, “o conceito de *neuromarketing* e a aplicação de neurociência para entender o comportamento do consumidor têm fornecido suporte às ações de combate à propaganda de produtos tóxicos e letais como o cigarro”.

No site, a seção da galeria de imagens nos dá a oportunidade de constatar a tendência de os países do Mercosul seguirem essa mesma estratégia de controle com o uso da aversão nas imagens de advertência.

Advertência sanitária no mundo

Ampliando a nossa pesquisa para além dos países latinos, o site Tobacco Labelling Resource Centre, no endereço eletrônico <http://www.tobaccolabels.ca/>, administrado pelo pesquisador David Hammond, professor da *University of Waterloo in the School of Public Health and Health Systems*, exibe o mapa-múndi com as imagens de advertências de cada país. O site foi desenvolvido com o apoio da Aliança da Convenção-Quadro e da União Internacional Contra Tuberculose e Doenças Pulmonares.



Fonte: Site Tobacco Labelling Resource Centre (2013). Disponível em <http://www.tobaccolabels.ca/>

A seção *Packaging Toolkit* foi criada para servir como recurso de apoio à implementação do artigo 11 da CQCT com recomendações para a concepção de advertências sanitárias nas embalagens. Segundo Hammond, o *Toolkit* destina-se a “simplificar o processo

de desenvolvimento de políticas eficazes em matéria de rotulagem e de fornecer recursos concretos para os reguladores, pesquisadores e defensores do controle de tabaco”.

Nessa seção, mais exatamente no item cinco, que versa sobre “imagens e apresentação de estilos”, o pesquisador Hammond observa que “as representações gráficas de doença podem ser a maneira mais confiável de provocar uma resposta emocional”. O autor revela que pesquisas na área da saúde indicam que as mensagens com ativação emocional no conteúdo são mais propensas a serem notadas e processadas por fumantes. Ele reforça a tendência mundial embasada por pesquisas anteriores que “indicam que um dos meios mais eficazes para despertar emoção é usar imagens com os efeitos nocivos do ato de fumar para a saúde, envolvendo cenas que retratam as consequências humanas da doença, exibindo a relevância pessoal”.

Advertência sanitária no Brasil

Como país signatário da Convenção-Quadro, como já citado, o Brasil seguiu as orientações do artigo 11º do tratado quanto às embalagens e rotulagens dos produtos do tabaco. Os elementos do *design* requisitados são localização, tamanho, cor, idioma, atribuição de fonte de informação, informação sobre os componentes e as emissões e a utilização de imagens. E os elementos do conteúdo, no documento, constam nos seguintes itens:

- o Deverão ser abordadas diferentes questões relacionadas ao uso do tabaco, além dos efeitos prejudiciais à saúde e o impacto da exposição à fumaça.
- o Deverá contemplar ainda conteúdos inovadores como resultados ambientais adversos e práticas da indústria do tabaco. E o tom deverá ser positivo e informativo, e não de julgamento, de forma clara, simples e concisa. Bem como em vários formatos, tais como depoimentos e informações positivas de apoio.
- o Deverá ainda fornecer informação sobre cessação e de fontes específicas à cessação de fumar.
- o As evidências sugerem que as advertências e mensagens sanitárias tendem a ser mais eficazes quando a informação é personalizada e se evocarem associações emocionais negativas com o uso do tabaco, como o medo. Particularmente quando combinadas com informações desenvolvidas para aumentar a motivação e a confiança dos usuários de tabaco na capacidade de deixar de fumar.

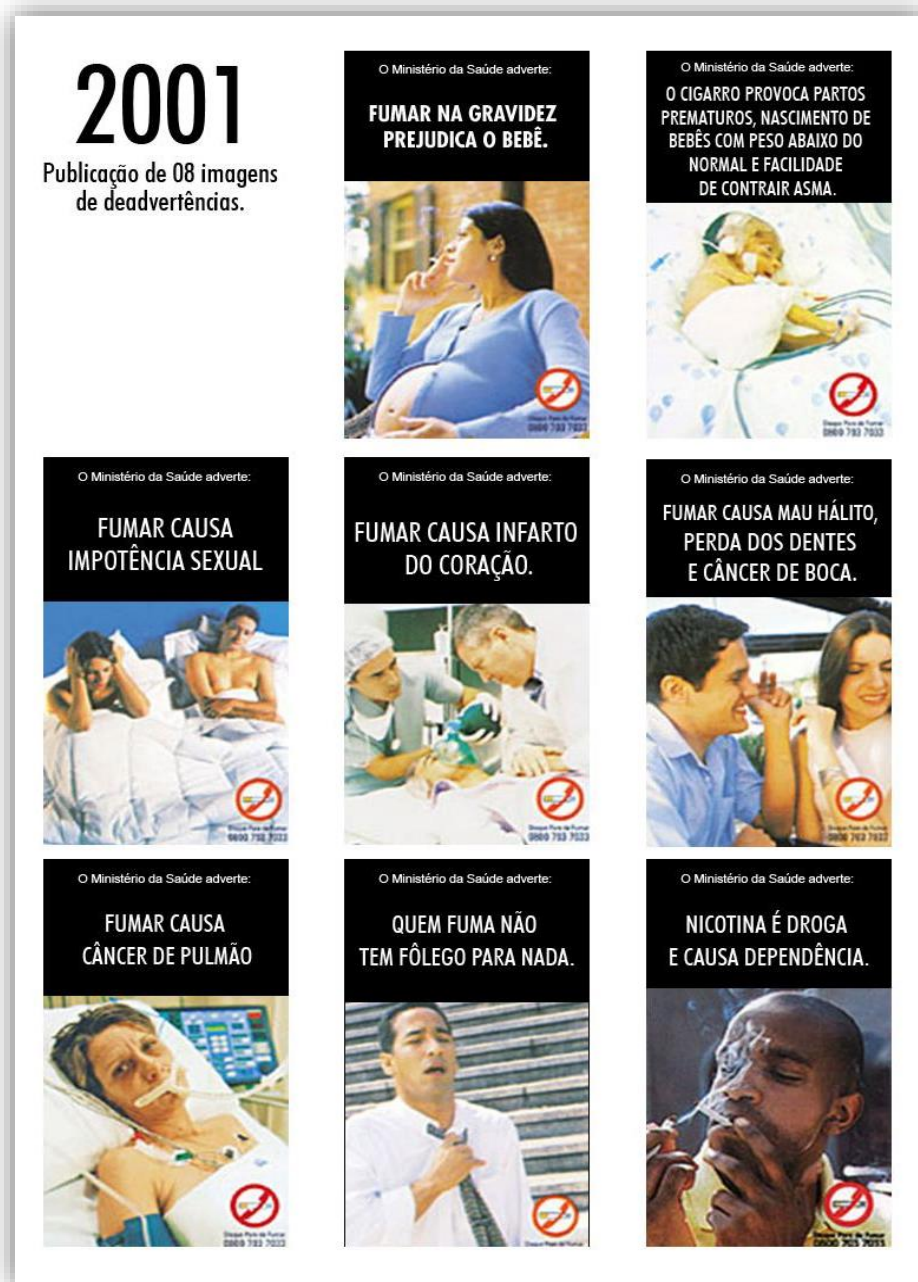
Isso explica o emprego de imagens que “chocam” como estratégias baseadas na culpa e no medo por serem preconizadas pela própria Convenção-Quadro a todos os países signatários, seguindo assim uma tendência mundial.

Para Renovato *et al* (2009), “a leitura desses textos imagéticos alerta para a responsabilização do sujeito e a consequente culpabilização como decorrência do uso do tabaco (...) um discurso disciplinador e punitivo, focalizando exclusivamente os componentes biológicos”.

Seguindo essa conduta internacional é que no governo de Fernando Henrique Cardoso, José Serra, então Ministro da Saúde (1998-2002) e antitabagista convicto, teve a iniciativa de desenvolver as primeiras imagens por meio de sua assessoria de Comunicação. Ele contratou a agência de publicidade Master, que foi responsável pela produção do primeiro e do segundo grupos de imagens publicados, respectivamente, em 2001 e 2003. O que explica os atributos publicitários.

Apesar de as representações gráficas estarem vinculadas às doenças advindas do tabaco, foram contratados belos modelos publicitários fotografados sob fundo de cores claras, sem contraste, todos num mesmo formato, que expõe não somente as consequências do uso do tabaco em si, como também sobre o outro.

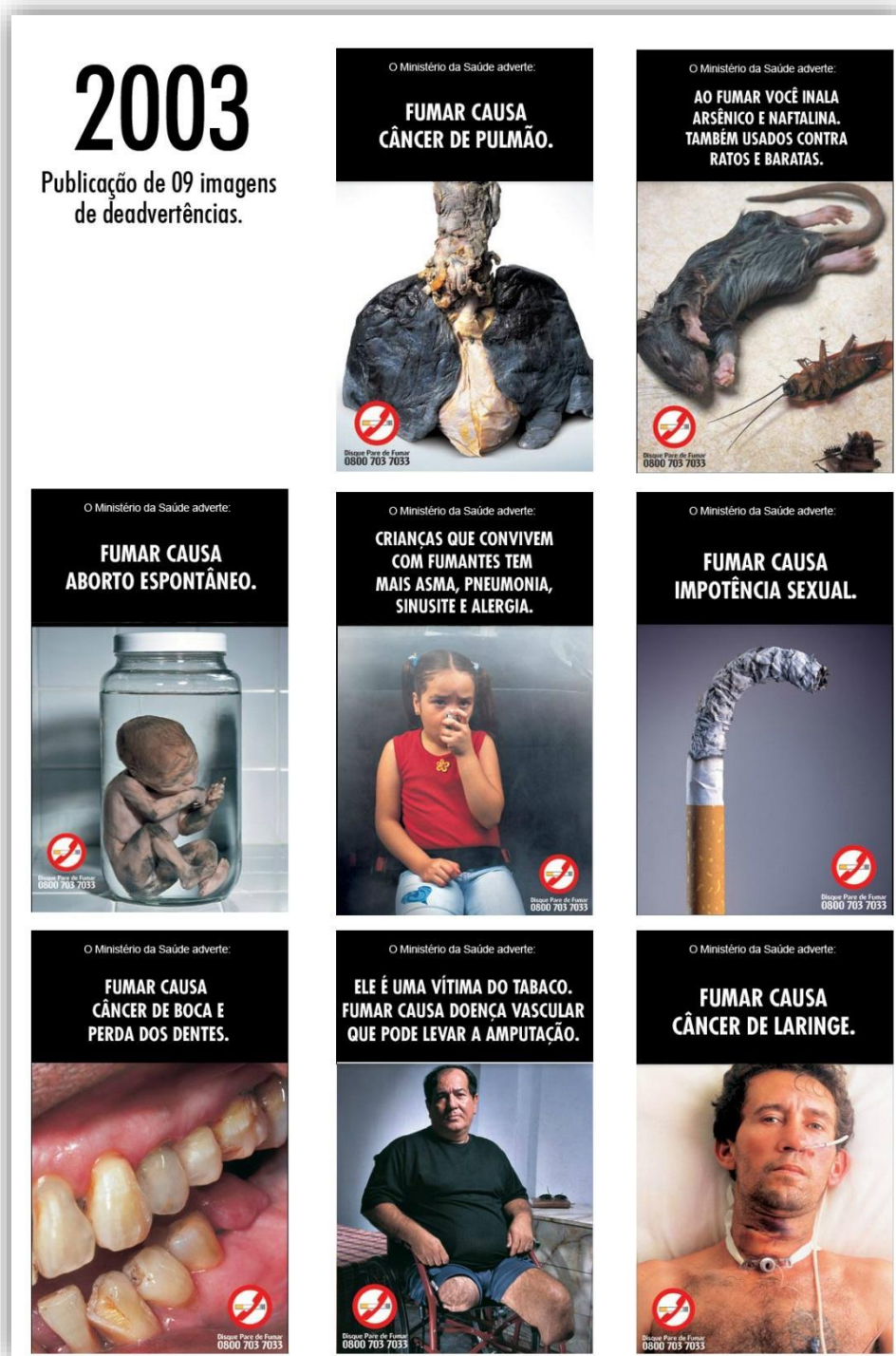
Figura 18
Publicação de imagens de advertências em 2001



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (2001).

A iniciativa do segundo grupo continuou atrelada ao gabinete do ministro da Saúde, apesar de ter contado com a assessoria de profissionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). As dimensões utilizadas são mais aversivas, atreladas à prova científica, culturalmente associada à ideia de sintoma e diagnóstico.

Figura 19
Publicação de imagens de advertências em 2003



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (2003).

A equipe do PNCT negociou ainda a inclusão da narrativa autobiográfica, conforme preconizado pelo tratado do CQCT. O resultado é a imagem da vítima desse produto associada

ao tabagista José Carlos, na imagem em cadeira de rodas, numa perspectiva da responsabilização do indivíduo. A mensagem diz “ele é uma vítima do tabaco”.

Em meio às imagens vinculadas aos danos provocados à saúde pelo tabaco são produzidos discursos que apresentam legitimação a partir de evidências epidemiológicas. Como também discursos iconográficos que evocam associações emocionais negativas. Imagens de ratos e baratas buscam provocar aversão, atendendo a mais uma diretriz do tratado, como pode ser visto na imagem desses bichos mortos associando o veneno aos produtos que compõem o cigarro e que levam à morte.

É possível observar ainda a produção de uma peça gráfica que segue caminho alternativo, o humor, já usado com sucesso em campanhas educativas do tabagismo, como a cinza do cigarro quase caindo associada à imagem da impotência sexual masculina. Único exemplo de consenso entre as duas estratégias veiculadas pelo mesmo órgão governamental, campanha e advertência, pois as peças restantes provocam sentidos contrários.

E, por fim, apresentamos o último grupo de dez imagens, publicado em 2008, objeto de nossa análise para tentar compreender a circulação e sua apropriação como política pública que coloca em questão as estruturas e os contextos das relações entre Estado e sociedade.

No governo de Luiz Inácio Lula da Silva, o então ministro da Saúde José Gomes Temporão (2007-2011) apoiou a iniciativa do diretor do INCA Luiz Antônio Santini de desenvolver projeto de pesquisa multidisciplinar com a perspectiva de comprovar se a vertente aversiva era o caminho a seguir. Assim, um grupo de pesquisadores trabalhou na produção dessas imagens por dois anos (2006/2008) utilizando estudos e métodos neurocientíficos com base motivacional, que conduziram para o entendimento de que a aversividade nas imagens de advertências sanitárias afasta o consumidor do produto e torna a embalagem menos atrativa. O governo brasileiro optou por uma argumentação persuasiva e de desglamourização do maço de cigarros com o uso de imagens mais aversivas seguindo o movimento adotado por outros países.

Essa ação de cooperação intelectual de professores das universidades UFF, UFRJ e PUC-Rio, associação entre o governo e a academia, resultou no desenvolvimento do conceito com a produção de 19 protótipos testados em laboratório sendo escolhidas dez novas imagens que foram lançadas em 2008 e circulam até hoje nos maços de cigarros.

Figura 20
Imagens atuais de advertências (2009)



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (INCA, 2009).

Os temas abordados pelas advertências foram escolhidos tomando como base os indicadores epidemiológicos (INCA, 2009):

1. *Malefícios para o feto*
2. *Envelhecimento precoce*
3. *Fumo passivo*
4. *Doenças cardiovasculares*
5. *Acidente vascular cerebral*
6. *Benefícios da cessação*
7. *Pais como modelos*
8. *Mutilação*
9. *Dependência*
10. *Doenças respiratórias*
11. *Impotência*

Para alertar o receptor sobre os malefícios do hábito de fumar utilizou-se o modelo da linguagem do choque, do grotesco, conceito entendido aqui em seu sentido escatológico (Sodré, 2002). O discurso da contrapropaganda foi a barreira encontrada pelos pesquisadores que atuavam na política antitabagista para fazer frente ao movimento publicitário da indústria do tabaco. As agências de publicidade que atuam junto às indústrias fazem uso de figuras de linguagem como persuasão, metonímia e metáforas, que incentivam o desejo, a aventura e o prazer como gatilho para o consumo. Um conflito argumentativo do qual a sociedade é espectadora.

Na tendência da culpabilização podemos considerar dois diferentes padrões que estimulam a responsabilização do indivíduo: fumar faz mal a você e fumar faz mal ao outro. Tratarei esses padrões de forma distinta.

Apoio-me na definição de Castiel para explicar o discurso “fumar faz mal a você”, que pode ser entendido como uma das “concepções de risco que está baseada na probabilidade estatística de um evento, quase sempre indesejável de acontecer”. No caso, as imagens advertem tanto os fumantes quanto os não fumantes que, no futuro, o indivíduo poderá adoecer. Sendo o risco probabilístico, não tendo a certeza de que a doença será contraída num futuro próximo, o arrependimento torna-se prévio, incerto. O indivíduo calculará se vale a pena abandonar o prazer de fumar por uma imagem que o representa no futuro, imputando só a ele a responsabilidade pelo seu sofrimento futuro.

Figura 21
Envelhecimento precoce (2009)



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (INCA, 2009).

Já o discurso de “fumar faz mal ao outro” aparece quando as imagens de demonização pelo ato de fumar chocam imputando sofrimento e doença causados ao outro pelo hábito de fumar de alguém. A ciência na sociedade contemporânea não se limita à probabilidade estatística tornando-se também normatizadora da conduta dos indivíduos. Isso acaba levando a uma moralização das questões relacionadas ao risco, mesmo quando não há a intenção. Surgem nesse caminho discursivo vítimas privilegiadas, como criança, mãe e família, evidenciadas na imagem abaixo denominada de “sofrimento”, que demoniza o chefe da família por ter fumado e estar causando sofrimento à mulher e ao filho.

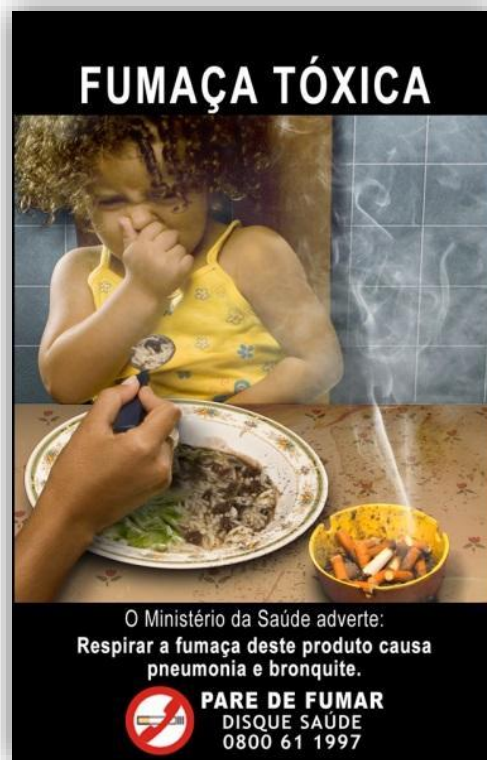
Figura 22
Pais como modelos (2009)



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (INCA, 2009).

O mesmo ocorre com os denominados “fumantes passivos”, não fumantes que respiram a fumaça tóxica exalada por cigarros e que têm um risco 30% maior de contrair câncer de pulmão e 24% maior de sofrerem infarto do coração, segundo pesquisas do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2013).

Figura 23
Fumo passivo (2009)



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (INCA, 2009).

A imagem acima representa a fumaça tóxica e evidencia que a mesma mão que alimenta a criança é responsável pelo seu mal. Segundo Castiel, pode não ser fácil deixar de lado os próprios valores morais “quando se está numa posição de prescrever ou determinar o que seriam comportamentos *certos* ou *errados* em questões de risco que envolvem, por exemplo, a sexualidade” (Castiel, 2010).

A sexualidade é outro discurso que, igual ao fumo passivo, determina o que seriam comportamentos *certos* ou *errados*. A gravidez hoje mostra o deslocamento do papel de mãe e filha e a implicação de fazer mal ao outro. Em nossa cultura, a grávida passa a ter responsabilidade máxima sobre o feto ao mesmo tempo em que se torna o maior agente causador de doenças, como representado nas imagens de advertências abaixo veiculadas pelo governo nos anos de 2001 e 2008.

Figura 24
Malefícios para o feto (2008) e (2001)



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Brasil. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco. INCA (2008 e 2001).

Um feto abortado e colocado dentro de um cinzeiro cheio de restos de cigarros é um quadro repulsivo que cria esquiva imediata interligando o fumo aos seus perigos eminentes, no caso, a morte. O cadáver é um feto não identificado emergindo dessa imagem o conceito de morte pública.

O feto aqui perde a sua condição de indivíduo e a sua morte se torna objeto de poder do estado moderno, as relações de poder que atravessam os indivíduos. Fazendo uma analogia com Foucault (1992), as microrrelações de poder estabelecidas em nosso cotidiano são reforçadas, maximizadas, de acordo com a qualidade de vida daqueles que as exercem.

Vida que se insere como objeto de poder, vida que passa pelo cálculo estratégico. A inclusão da vida humana nas estratégias de poder remete à possibilidade de pensar no papel que a morte assume quanto se pensa em gerenciamento estratégico que visa, não só a disciplinarização da vida, mas a sua preservação, potencialização e majoração. A morte encontra na ideia de gerenciamento estratégico da vida uma face muito importante no contexto da modernidade.

Foucault (2002) aponta a disciplina aplicada ao corpo. Todavia, não se faz difícil perceber que, quando o *Estado* se encarrega de cuidar da preservação da vida, ele o faz pensando em nível populacional. Com isso, a vida definitivamente rompe sua esfera particular e se insere num contexto público, ou melhor, político, de forma produtiva. É o gerenciamento político da vida que se instaura, a biopolítica, termo cunhado por Foucault.

Já o realismo plástico é usado para amplificar a mensagem estatal dos danos que o fumo provoca na gestante maximizando duas vidas individuais (mãe e filho) e evitando suas mortes numa clara utilização do poder do Estado, responsável pela preservação da vida da população. O enunciador parece dar poder ao destinatário, caso não cumpra as obrigações que assume perante ele para o futuro, tornando-o juiz de seus atos.

O exagero retórico do movimento antifumo influencia a sociedade na adoção de atitudes moralizantes e estigmatizantes com relação aos fumantes, que pertencem aos grupos que se engajam em comportamentos não saudáveis. Não é tolerável que os fumantes sejam agora representados em papéis moralmente condenáveis ou culpabilizados pelo vício. Há exemplo do fumante passivo que atualmente é considerado vítima endossado pela ciência e protegido pelo Estado.

O valor é destruído quando a sociedade exclui pessoas por se desviarem do que é visto como norma para a saúde perfeita. “A posse de um traço desviante pode ter um valor simbólico generalizado, de forma que as pessoas automaticamente assumam que aquele que o possui tem outros traços indesejáveis alegadamente associados a ele” (Becker, 1997).

Deixar de fumar, no entanto, é uma decisão que envolve questões bem mais complexas do que a simples informação ou o desejo das autoridades sanitárias. É preciso levar em consideração fatores da vida afetiva, do trabalho, das relações social, familiar e cultural e do acesso aos serviços de saúde, entre outros.

A avaliação de riscos não é um processo científico que pode ser reduzido a uma questão quantitativa. A esse respeito Veras (2010), afirma que fatores culturais afetam a avaliação que os indivíduos fazem das situações de risco: *experts* e leigos percebem o risco de maneira diferente. Além do mais, a ciência não é neutra. Por isso, não devem existir “verdades absolutas”, principalmente quando os resultados são inconclusivos.

Essa linha de raciocínio leva a crer que as imagens de advertências publicadas em 2008 intensificam a cientificização do risco gerando imagens que apelam às sensações de medo e aversão fomentando a demonização nesse circo semiótico.

Por essas imagens se organizam e se ressignificam as verdades científicas de modo a proporcionar múltiplos sentidos estéticos, relacionais e políticos. Diferentes interpretações sobre a mesma imagem, “diferentes formas de olhar e considerar a historicidade dos textos, suas formas de inscrição, os ambientes em que são gestados e o circuito de comunicação em que se inserem” (Darnton, 2010, p.125).

Dos múltiplos sentidos, recorremos ao estético para salientar o novo enquadramento dado às imagens de 2008 proveniente do plano de *design* desenvolvido por Spitz e Gamba Jr. (2007). Diferentes qualidades de composição cromática e gráfica, incluindo o título associado à imagem, são destacadas num primeiro plano. Outra mudança é a mensagem sanitária ou frase explicativa, agora em segundo plano, seguida da informação complementar do Disque-Saúde. Tais diferenças de dimensão estética podem ser conferidas no comparativo das imagens de advertências sanitárias de 2003 e 2008.

Figura 25
Comparativo da mudança no *design* da advertência de 2003 e 2008



Continua...

Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (2003-2008).

Figura 25
Comparativo da mudança no *design* da advertência de 2003 e 2008

Continuação....



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (2003-2008).

Esse estudo das análises visuais e linguísticas como qualidade de expressão reforça o segundo sentido citado, o relacional, evidenciado nesse processo de práticas, usos e apropriações. O semiótico Jean-Marie Floch (1985), ao analisar o anúncio da campanha de lançamento do cigarro *News*, afirmou que “não há expressão senão em relação a um conteúdo, não há significantes senão em relação a um significado”.

Floch (1995) denomina de relação eufórica e disfórica. Para mostrar os efeitos descritos pelo autor, optamos pela imagem de advertência mais aversiva “Vítima do Produto”. De acordo com o estudo de Volchan (2008), a imagem do feto morto foi considerada a de maior valência negativa. Para a pesquisadora, ver um bebê dormindo ou um rosto feliz, que transmita paz, pode provocar relaxamento físico ou despertar o desejo de aproximação. Inversamente, imagens de mortos ou de corpos feridos causam tensão e acionam reações de defesa como se estivéssemos diante de um perigo iminente.

Os estudos de marcadores neurobiológicos do sistema defensivo levados a cabo pela nossa equipe e por diversos grupos de pesquisa revelaram que as imagens do catálogo do *Internacional Affective Picture System (IAPS)* mais eficazes em provocar robusta reatividade fisiológica e alterações

comportamentais relacionadas à esquila são aquelas que apresentam cenas de ataque humano ou animal e mutilações corporais (VOLCHAN, 2008).

Em Floch, o sentido de valência negativa é denominado de disforia, provocado por valores negativos de tristeza, ansiedade, dor e angústia. A representação do conceito de disforia na imagem do feto se dá através do fundo escuro azulado, monocromático, com a foto desfocada, sem a nitidez necessária, o que causa o efeito da repulsão agregando valores com forte associação entre o objeto e emoções negativas. Essa associação é reforçada ainda mais com a sujeira. Para levar a mensagem de desprazer são utilizados os aspectos aversivos do cigarro valorizando o residual: cinzas, guimbas, sujeira. Dessa maneira, o fumante é a figuração da impureza, passando a ser repudiado violentamente no espaço público.

Figura 26
Vítima desse produto (2008)



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (2008).

Essas associações de sentidos têm como intenção desestimular a iniciação ao tabagismo criando uma contrapropaganda de ataque direto à publicidade usada pela indústria do tabaco que gera demandas positivas para seus produtos.

Já o sentido de euforia é associado ao uso de valores positivos criando efeitos de alegria, prazer, satisfação, tranquilidade e calma, dados por meio do sabor, frescor, suavidade etc., sintomas que amenizam as ansiedades quanto aos perigos do fumo. O enunciador faz uso de modalidades linguísticas e imagéticas vinculadas a resultados desejáveis (independências, sucesso social, atração sexual, magreza). Esses efeitos se refletem nas imagens, em sua maioria, de forma clara, colorida, nítida, simétrica e pictórica.

Figura 27
Fumar na gravidez prejudica o bebê (2001)



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (2001).

E, por fim, o sentido da política aqui retratada na dimensão da rotulagem do maço, definida pelo tratado do CQCT, que prevê um plano de *design* da embalagem: impacto da cor, uso de imagens, símbolos e texto informativo. Cada país estabelece sua política por meio de normatizações e leis. Nos maços de cigarros brasileiros a advertência sanitária representa 50%

do invólucro da embalagem. Já na Austrália elas ocupam 75% da parte frontal dos maços de cigarros e 90% do verso, sendo esse o primeiro país no mundo a conseguir aprovação de lei que obriga as embalagens de cigarros a não trazerem nenhum logotipo das marcas. Lá, todos os maços têm cor verde-oliva e as marcas possuem uma tipografia homogênea e com letras pequenas. Imagens de doenças vinculadas ao tabagismo também são usadas. Embora a Austrália possa se tornar o primeiro país a banir completamente os logotipos das embalagens, Nova Zelândia, Canadá e Reino Unido já consideraram uma abordagem similar. No Brasil, tramita no Senado um projeto de lei (PLS 154/2012) do senador Rodrigo Rollemberg (PSB-DF) para instituir embalagens genéricas para cigarros e outros produtos do tabaco.

Figura 28
Cerco ao Tabaco (2014)



Fonte: Fernando Mola. *Editoria de Arte. Folhapress. Brasília, 2014.*

A embalagem, imagem e texto ampliam o potencial da mensagem e o impacto da aversividade. O enunciador utiliza a modalidade diretiva (interpela, adverte, instrui) para alertar

quanto à presença de características negativas do produto.

As embalagens de cigarro são textos que, em análise, estabelecem uma relação entre produtor e consumidor numa adesão conflituosa, pois tanto os antitabagistas quanto a indústria tentam influenciar o consumidor utilizando as embalagens como estratégia.

Pinto (2002) define como modalidade declarativo-representativa, em que o enunciador aparenta fazer representações sujeitas ao veredicto do destinatário, enquanto que, na realidade, pretende garantir-se como detentor único do poder e da verdade. Assim, no contexto situacional, o enunciador se apresenta como detentor do saber e do poder.

Essa inter-relação entre comunicação e contexto é bem dita por Araujo e Cardoso (2007), quando afirmam que “a capacidade de comunicar é a capacidade de contextualizar”.

A embalagem do cigarro é considerada importante ferramenta de *marketing* e propaganda pelo alto grau de visibilidade, já que o consumidor a leva com ele todos os dias exibindo-a como um crachá cada vez que o produto é utilizado.

Mas, antes de pertencer ao consumidor e assumir o sentido de “crachá”, o cigarro tem de ser escolhido por ele. O produto encontra-se nas prateleiras à venda e suas embalagens competem entre si exibindo-se ao consumidor. As embalagens de cigarros são mostradas em displays, denominação dada ao mostruário destinado a atrair a atenção do comprador desempenhando um papel central no ponto de comercialização.

Assim, o cigarro assume diferentes significados dependendo do contexto situacional. Segundo Pinto, “o sentido do objeto significante é sempre dependente do contexto diferencial”.

[...] dadas as consequências de uma proibição total da publicidade, um pacote deve ser concebido para dar o impacto visual do produto, bem como imagens de marca. O pacote em si pode ser concebido de modo a que este atinja mais impacto visual no ponto de venda ambiente do que suas concorrentes (PINTO, 2002).

Os displays de produtos de tabaco também incorporaram *design* mais elaborado como estratégia de venda para atrair a atenção para a embalagem por meio de materiais usados, iluminação, forma e esquemas de cores.

Vê-se que o circuito da produção dos sentidos das imagens e mensagens de advertências sanitárias não começa e nem acaba no maço de cigarros. Os displays nos pontos de venda e o uso do produto são ferramentas que integram esse circuito. As estratégias desse mercado – comércio varejista e indústria do tabaco – tornam cada vez menos visível as advertências sanitárias quando da arrumação do produto nos displays. O fato da inserção das advertências

ocorrer apenas em uma face da embalagem facilita para o comerciante arrumar a prateleira de forma que fique exposta a face contrária, isto é, comunicando a mensagem da indústria, que traz imagens positivas de aventura, prazer e sucesso com cores vibrantes e visual atrativo ao consumidor.

O conceito do postulado da economia política do significante de Pinto (1994) bem se aplica a esse jogo e disputa entre a propaganda das indústrias de tabaco e a contrapropaganda da saúde pública governamental, as quais se traduzem nas formas e nos sentidos estampados nos displays que trazem as embalagens dos maços de cigarros.

A disposição dos maços, um ao lado do outro, destaca a parte que traz a marca do produto, com logomarcas coloridas e imagens atraentes, formando um grande painel colorido que chama a atenção do receptor. A face da advertência sanitária está virada para o lado de dentro do display, tornando-se invisível ao consumidor. E, no próprio display como não há regulação para aplicação das advertências sanitárias, estas também se tornam diminutas ao olhar do indivíduo, sendo muitas das vezes encobertas por cartazes com propaganda da indústria tabaqueira.

Volchan & Oliveira (2008), citam no relatório final de desenvolvimento das advertências sanitárias, os argumentos da pesquisa de Rob Cunningham, diretor da *Canadian Cancer Society*, para o novo plano de design da embalagem. O autor realizou um levantamento sobre a área de cobertura dos maços de cigarros de diferentes países e constatou que “Brasil e Venezuela determinam que as advertências ocupem 100% de uma das faces principais dos maços. Na prática, isso significa que a face sem a advertência sempre é mostrada para os consumidores nos pontos de venda”.

Com base nessa pesquisa e em outros dados da literatura é que, ao final de 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou propostas de regulamentações, ainda em trâmite, para proibir a exposição de produtos de tabaco nos pontos de venda e aumentar o tamanho das advertências de saúde.

Por último, cabe ainda mais uma observação: por um lado, os três grupos de advertências sanitárias caminharam no sentido de ser cada vez mais aversivo o movimento que despertou polêmica e dissenso causando efeitos na sociedade. Mas é consenso e orientação da CQCT que, após dois anos de circulação, as imagens sejam trocadas devido à perda de impacto. Tempo suficiente para a articulação do governo para a produção de novas imagens e preparação da indústria tabaqueira, que, por força de lei, é obrigada a imprimir-las nas embalagens de cigarros.

Com esse objetivo, o INCA e a ANVISA promoveram a Oficina de Avaliação das Advertências Sanitárias de 2008. Foram duas oficinas para 40 pessoas estratégicas, organizadas pela Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONIQ) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o objetivo de avaliar as últimas advertências sanitárias veiculadas no Brasil na expectativa de construção das novas imagens.

Convidada a participar dessa “2ª Oficina de Trabalho sobre Advertências Sanitárias nas Embalagens de Produtos de Tabaco”, realizada em novembro de 2010, ouvi as seguintes perguntas feitas por Humberto Martins, então gerente de produtos derivados do tabaco da ANVISA: “Há expectativa de continuar com a aversividade? Existem outros caminhos? O Brasil saiu de 32% de prevalência para 17,2%. Qual a nossa meta? É de 10%? Onde vamos chegar? Na época, a proposta de Bloomberg era chegar à meta de 20% e já estamos abaixo dela. Qual a nossa meta afinal? Vamos sustentar essa curva?”

Segundo os presentes na reunião, o movimento antitabagista atingiu um patamar de incidência preconizado pelos organismos internacionais e estão ficando na peneira apenas os fumantes com idade avançada e maior dependência. Isso reforça a necessidade de mudança de estratégia, tanto política como prática, identificando novas ações, planos e canais que articulem o processo de relacionamento com esse público que ora se apresenta. Um público mais vulnerável, que precisará de uma rede de suporte do SUS, incluindo não só o acesso aos serviços de saúde, mas a urgência na formação dos trabalhadores do sistema para acolhimento desse segmento social.

Lá, presenciei a retomada pela ANVISA da produção das próximas imagens, que, até então, eram de responsabilidade do INCA. Segundo a legislação, a cada cinco anos um novo grupo de imagens deverá ser produzido pelo Estado e disponibilizado para impressão através da indústria evitando o desgaste e a perda do impacto, conforme preconiza a Convenção-Quadro.

Um dos pontos centrais da discussão foi a manutenção ou não da abordagem negativa, com lesões corporais. Uma das propostas da Oficina era a realização de estudos para saber o efeito do impacto no fumante de abordagem positiva nas embalagens de produtos derivados do tabaco.

Paula Johns, da Associação para o Controle do Tabaco (ACTBr), defendeu que, para alterar o modelo, deveria ser feita antes uma pesquisa de recepção utilizando a metodologia do grupo focal com vistas a compreender como as mensagens estão sendo recebidas.

Já Aurea Pitta, na época consultora da OPAS, entendeu que o fator complicador para essa avaliação é justamente a recepção, isto é, como a população consome esse produto. Ela justificou tal preocupação por se tratar de uma “contrapropaganda de defesa sanitária, da luta contra um produto”. Ressaltou ainda que trabalhar no mundo do desejo do usuário é regular o irregular. Pitta propôs tratar essa avaliação através de estudos culturais. Para ela, esse modelo traz resultados e retorno para quem está fazendo a produção de uma contrapropaganda. Um estudo qualitativo capaz de trazer instrumentos de planejamento num composto de propaganda e *marketing*.

Em síntese...

São muitas as interfaces entre as perspectivas teóricas da linguagem (análise do discurso, análise crítica do discurso, semiótica etc.) e os diálogos possíveis entre os seus autores no debate específico desta pesquisa.

No percurso até aqui, esbocei um conjunto de planos de análise e métodos ou caminhos que apontaram a oposição semântica como um dos elos entre a semiótica discursiva e a neurobiologia da emoção, que utilizou a base motivacional para o estudo das imagens de advertências (2008). Geralmente, a oposição se dá entre um valor positivo contrapondo-se ao negativo. Isso porque um ato de linguagem qualquer leva sempre em consideração as relações.

Barthes (1992) afirma que “o sentido repousa sobre o conflito”. O objeto maço de cigarros torna-se um operador do conflito, onde são impressos signos e imagens assustadoras (afastamento) ou sedutoras (aproximação) para atrair ou esquivar os jovens ao consumo de produto numa dupla mensagem enunciativa.

A concorrência dos sentidos se dá pelos aspectos positivos (ênfase no ganho) promovidos pela indústria do tabaco e pelos aspectos negativos (ênfase na perda), prática comunicativa estabelecida pelo governo. Por ser menos atrativa, ela se torna diminuta ao olhar do indivíduo, sendo muitas vezes encoberta por tarjetas ou virada com a face para baixo, tornando-se invisível com perda do potencial de informação. A invisibilidade como consequência da oposição semântica.

A construção de regimes de signos e regimes cognitivos dicotômicos é dada de forma a não existir mediação entre o belo e o feio, o assustador e o atrativo, a esquivo e a aversão. O cigarro da saúde, do sucesso e do prazer, em contraposição ao cigarro da doença, do mal e da morte num mesmo objeto.

Floch (1997, 1995) foi o pioneiro na constituição da semiótica visual desenvolvida no Centro de Pesquisa Sociosemiótica e aplicada em publicidade de medicamentos. Um mesmo objeto, devido à condição de produção da mensagem, emite sentidos opostos e contraditórios. Para Floch, se alguém está doente (valor negativo), o remédio tem o princípio de lhe devolver a saúde (valor positivo). Daí a escolha de Floch e de seus conceitos de euforia (valor positivo), efeitos de sentido da saúde, e disforia (valor negativo), efeitos de sentido da doença.

Transpondo o modelo de Floch para o tabaco poderíamos concluir que, partindo da premissa que o cigarro torna o sujeito doente (valor negativo), o remédio para lhe devolver a vida (valor positivo) está associado ao estilo de vida saudável.

Assim, as advertências com adoção de imagens que refletissem hábitos saudáveis converteriam em potencialidade positiva. Experiência já demonstrada por Szklo *et al* (2009), no estudo de intervenção que mostrou que os cartazes com imagens e mensagens dos ganhos que podem ser alcançados por deixar de fumar, “os ganhos de parar”, atraíram maior número de pessoas que os com os efeitos adversos de continuar a fumar, “perdas de continuidade”.

Os efeitos de sentido da doença refletidos nas imagens de advertências de 2008, seriam disfóricos (valor negativo) exibindo agravos à saúde atribuídos ao consumo de tabaco, e, em geral, as imagens mostram corpos fragmentados, deteriorados e, principalmente, sua correlação com alguns tipos de câncer. Recorremos novamente a Susan Sontag (1984), que define a doença como a representação do “lado negro da vida, a metade onerosa da cidadania que tem na saúde o seu extremo oposto”.

O Brasil escolheu o modelo oposto ao sentido da saúde, da vida e da euforia atribuindo valor negativo ao usar o conhecimento das bases neurais da motivação estudadas pela psicofisiologia da emoção para elaborar e testar imagens de advertências sanitárias para maços de cigarros:

Pesquisas em neurobiologia da emoção demonstram que estímulos visuais afetam atitudes e comportamentos. Estímulos agradáveis ativam o sistema motivacional apetitivo promovendo predisposições para aproximação enquanto estímulos aversivos ativam o sistema motivacional defensivo promovendo predisposições para afastamento (NASCIMENTO, 2010).

Justifica-se assim a tendência mundial de aumentar o grau da aversividade e medo nas advertências sanitárias. Pesquisa realizada pelo Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco/ICT (2009), com as advertências sanitárias australianas observou que

reações emocionais negativas levam a comportamento de fuga (ex: cobrir a parte de trás do maço de cigarros, mantê-lo fora da vista ou ainda evitar certas advertências) motivando o sujeito a deixar de fumar. No Canadá, pesquisa feita em 2004 também verificou que os fumantes que relataram emoções negativas mais fortes – medo (44%) e nojo (58%) –, tiveram maior probabilidade de deixar de fumar ou mesmo de reduzir o consumo três meses depois.

Os autores Witte K. e Allen M. (2000) afirmam que a literatura em questão evidencia que “o apelo ao medo como sendo eficaz para parar de fumar, quando combinado com fortes mensagens, não encontra nenhuma evidência de quaisquer efeitos adversos”.

No Brasil, as imagens de advertências com danos corporais foram classificadas como as mais desagradáveis (valência negativa), base para a construção do novo conjunto de advertências. Mas, antes de serem publicadas pela indústria, foram elaborados protótipos que continham informações de alto teor aversivo. Os novos protótipos foram testados por 338 jovens, estratificados em grupos de fumantes e não fumantes, homens e mulheres de três graus de escolaridade, que consideraram mais desagradáveis (valência mais negativa) e mais intensos (maior ativação).

O artigo publicado por Nascimento *et al* (2010), conclui que “a utilização de pressupostos teóricos e metodologia experimental neurocientífica pode auxiliar na elaboração de políticas públicas de proteção da saúde da população”. E ainda que “o conceito de *neuromarketing* e a aplicação de neurociência para entender o comportamento do consumidor têm fornecido suporte às ações de combate à propaganda de produtos tóxicos e letais como o cigarro”.

As advertências ilustradas em Canadá, Austrália, Cingapura, Brasil e outros países são inteiramente consistentes com essa literatura:

[...] além de informações sobre os riscos de saúde, elas incluem mensagens projetadas para aumentar a autoeficácia para desistir. Estas mensagens incluem ainda as mensagens gerais de suporte, bem como informações concretas sobre as formas de parar de fumar e fontes específicas de ajuda, incluindo endereços de sites e números do disque-saúde gratuitos (HAMMOND, 2011).

Para Renovato *et al* (2009), as advertências mostram “o hábito do tabagismo como prática não saudável e que pode interferir na sua relação com o outro, como vimos nas imagens de um feto morto”.

Compreende-se, com as análises, as características simbólicas de oposição por tratar-se de uma **contrapropaganda** do movimento **antitabagista**. Reforço aqui em negrito o prefixo “anti”, que indica em oposição a reforçado pelo “contra”, que expressa fundamentalmente oposição, direção contrária, tanto no sentido próprio como no figurado, num verdadeiro espírito de confronto e ausência de diálogo.

Está em jogo, afinal, o desafio de desenvolver outras advertências em contraponto às construções de sentidos em circulação. Novas estratégias com imagens capazes de emitir a representação do ganho, da euforia, da saúde e da conquista em não fumar abusivamente, a ponto de perder a saúde, podem ser uma nova opção para os decisores responsáveis pela política de controle do tabagismo.

Tais decisores já realizaram duas Oficinas visando avaliar os caminhos a serem seguidos para a produção do novo grupo de imagens de advertências sanitárias envolvendo intelectuais de várias universidades, organismos internacionais, governamentais e não governamentais. Quatro anos se passaram, e, até o momento, nenhuma ação concreta ocorreu. As pesquisas sugeridas não foram realizadas, tão pouco novas imagens foram produzidas.

Apesar dos esforços da ANVISA, as propostas de pesquisas apontadas até agora não saíram do papel. A primeira era a de contratar equipes de pesquisadores da UFRJ para realizar a revisão bibliográfica, entrevistas semiestruturadas, visando avaliar as diferentes estratégias utilizadas pela indústria do tabaco para minimizar o impacto das advertências sanitárias nas embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco. A outra equipe, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), reuniria grupos focais para avaliar a percepção dos fumantes. Tais pesquisas subsidiariam a produção das imagens a ser feita pela área de multimídia da Fiocruz. Seja por entraves burocráticos ou políticos, o fato é que chegou ao final de 2015, prazo máximo para a renovação dos contratos das imagens vigentes e, todos os contratos foram extintos.

O resultado foi a manutenção das imagens aversivas por mais quatro anos, com custo financeiro de renovação dos contratos de uso de imagem e a perda do impacto, além da ausência de estudo de avaliação da percepção das imagens sobre a população. As evidências sugerem que o impacto das imagens repetidas tende a diminuir ao longo do tempo. A troca está associada à maior eficácia, como reflete Renovato *et al* (2010): a manutenção dessas imagens pode acarretar em alguns leitores “práticas de resistência, de oposição e de contestação a esses discursos oficiais divulgados”.

Afirmção reforçada pelo estudo de Szklo *et al* (2009), que já mostra a tendência de resistência por parte de grupos sociais quando diz que:

As evidências vêm sublinhando a dificuldade de alcançar as pessoas com escolaridade mais elevada, por intermédio de informações e outras intervenções do PNCT. Mensagens simples ou fotografias assustadoras podem não ser a melhor maneira de promover a motivação desse grupo (SZKLO *et al*, 2009).

2.2. AS VOZES DA PRODUÇÃO

Para compreender a trajetória de produção e circulação das advertências sanitárias, fiz até aqui a análise de documentos como primeiro percurso metodológico proposto. Lancei mão de imagens, mensagens e documentos normativos, textos e discursos que se entrecruzam e reforçam a leitura de uma sociedade letrada. O potencial desses encontros gerou significações múltiplas. Esse “fazer por escrito” (Neto, 2014) confere legitimidade às ações humanas e as investe de autenticidade, “a gramática da produção, circulação, armazenamento e publicação das mensagens nesses suportes, materiais de memória, dão garantia aos acontecimentos”.

Do ponto de vista metodológico pretendo complexificar. Além de fazer uso de levantamento documental, realizei entrevistas semiestruturadas. A intenção era trabalhar ainda com entrevistas espontâneas, mas, já na qualificação a banca orientou a redução do número das diferentes técnicas de pesquisa. Assim, optei pela supressão da entrevista espontânea com os sujeitos que fazem uso do Sistema Único de Saúde, acatando assim o conselho da banca e da expressão de Eco (1998, p.6), quando afirma que o quadro metodológico de pesquisa tem de estar ao alcance da experiência do candidato: “quem quer fazer uma tese deve fazer uma tese que esteja à altura do fazer”.

A título de acompanhamento do percurso desta tese, o capítulo que se segue, **As vozes da produção**, bem como o subsequente, que dá início à segunda parte do estudo, **Diálogos possíveis**, trazem o entrelaçamento entre o discurso escrito e o oral. No esforço de ativar os circuitos da produção das advertências sanitárias, a próxima etapa será entrevistar os principais atores que participaram do desenvolvimento dessas imagens. O propósito é fundamentar a análise dos mecanismos institucionais e dos sentidos pelos quais as pessoas e as relações interorganizacionais no controle do tabaco são iniciadas, organizadas e formatadas e circulam.

A entrevista semiestruturada, técnica de coleta de dados muito usual em pesquisas nas Ciências Sociais, enriquecerá os fatos históricos e auxiliará na compreensão das práticas comunicativas e das estratégias no campo das políticas públicas usadas para informar a população sobre os malefícios do cigarro.

O significado da fala nessas entrevistas é dado pelo contexto de sua enunciação. Determinados sentidos têm a ver com a consciência do que as pessoas falam e com determinados lugares e intencionalidades, sejam conscientes ou não. Levarei em consideração que as falas não são todas iguais, não são verdades absolutas, não têm o mesmo peso e nem dizem a mesma coisa. Determinados sentidos têm a ver com a perspectiva de onde elas estão.

A coerência de método(s), o oral com sua tradição e a escrita regulamentada, produz atravessamentos que estabelecem elos entre a política pública de advertências sanitárias e a prática comunicativa. Citando Petuco (2011), “discursos produzem efeitos na materialidade da vida cotidiana, incidem sobre políticas públicas, as instituem. Constituem racionalidades e afetos que embasam práticas cotidianas no miúdo da vida vivida”.

Os entrevistados foram os responsáveis pela condução e pela produção das advertências sanitárias, isto é, 100% do campo. São três integrantes da gestão do INCA, responsáveis pela condução política, e três pesquisadores. Todos do grupo de estudos que se reuniu para desenvolver as imagens. E lembrando: os professores eram ligados à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), à Universidade Federal Fluminense (UFF) e à Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio).

Antes de gravar as entrevistas em áudio foi necessário traçar o perfil e fazer uma pesquisa sobre o entrevistado, pois, conhecendo a sua história, é possível um domínio do que será narrado, e, assim, entrevistado e entrevistador podem caminhar em uma mesma direção sem maiores atropelos e interrupções da narrativa. A seguir, traço um pequeno perfil dos entrevistados:

- o **Eliane Volchan**, integrante do grupo de pesquisadores responsáveis pela implementação da Advertência Sanitária de 2008, atua principalmente no tema da Neurobiologia da Emoção Humana. Tem Doutorado em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1986) e Pós-Doutorado pela *Rockefeller University* (Nova York, EUA). Atualmente é professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Chefe do Laboratório de Neurobiologia do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, da UFRJ, membro do Laboratório Integrado de Pesquisa do Estresse (LINPES/UFRJ) e membro associado do NIMH *Center for the Study of Emotion and Attention* (Gainesville, EUA) CV: <http://lattes.cnpq.br/3312676963198486>.
- o **Rejane Spitz**, integrante do grupo de pesquisadores responsáveis pela produção do grupo de AS de 2008. Possui mestrado em *Graphic Design* pela *Central School of*

Art & Design, Londres (1983), doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1993) e pós-doutorado em Arte Eletrônica pela *University of California Berkeley* (2002) e pelo *CADRE Laboratory for New Media / San Jose State University*, Califórnia (2003). Atualmente é professora associada da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, onde coordena o Laboratório/Núcleo de Arte Eletrônica (LAE/NAE) do Departamento de Artes e *Design* da PUC/Rio. CV:<http://lattes.cnpq.br/1936581424002717>.

- o **Nilton Gonçalves Gamba Junior**, integrante do grupo de pesquisadores responsáveis pela produção do grupo de Advertências Sanitárias de 2008. Coordenador do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Artes e *Design* da PUC-RIO. Possui mestrado em *Design* pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1999) e doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2004). Atualmente é professor assistente do Departamento de Artes e *Design* da Pontifícia Universidade Católica e coordena o LADEh (Laboratório de *Design* de Histórias) na mesma instituição. CV: <http://lattes.cnpq.br/6691982448335709>.
- o **Luiz Antônio Santini**, diretor do Instituto Nacional de Câncer, médico e professor. Ele se define como um gestor de saúde pública. Nessa área, já exerceu o cargo de subsecretário estadual de Saúde do Rio de Janeiro. É autor e coautor de livros e trabalhos em cirurgia geral, cirurgia torácica, planejamento e administração de saúde. Foi secretário municipal de Saúde de Nova Friburgo (RJ), onde coordenou a implantação do projeto do Cartão Saúde. Exerceu os cargos de superintendente regional do INAMPS no Estado do Rio de Janeiro e de presidente do conselho de administração do Instituto Vital Brasil. No INCA, era, há quase dois anos, coordenador de Ações Estratégicas. CV: <http://lattes.cnpq.br/0645780016663129>.
- o **Tânia Maria Cavalcante**, médica. Atualmente é secretária executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro (CONIQ/INCA). Atua no controle ao tabagismo desde 1993, inicialmente coordenando as atividades voltadas para capacitação de profissionais do SUS para implantação do tratamento para o tabagismo. Em 2001, passou à gestão coordenando o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer (PNCT). Desde então, atuou como secretária executiva da Comissão Nacional, antiga CONIQ, além de coordenar a

representação da delegação do Brasil na Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco do Mercosul. CV: <http://lattes.cnpq.br/8787529960592274>.

- o **Cristina Perez**, psicóloga. No setor privado trabalhou em clínica psiquiátrica. Na Santa Casa atuava com grupo de fumantes. Ingressou no Instituto Nacional de Câncer através da Fundação de Câncer, em 1997. Desde então, atua na política pública de controle do tabagismo. Integra a Comissão Nacional de Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Coordenou o processo de produção das Advertências Sanitárias de 2008. É supervisora da Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro (CONIQ). CV: <http://lattes.cnpq.br/8787529960592274>.

Por já ter atuado como profissional de Comunicação no INCA, eu tinha uma relação profissional com os entrevistados, o que, no meu entendimento, facilitou muito o contato e a fluidez da conversa. O lugar das entrevistas foi decidido por cada um. Assim ficavam mais à vontade já que se tratava do seu ambiente de casa ou trabalho, permitindo maior interação e facilitando a construção da narrativa.

A pergunta inicial era relativa à trajetória profissional do entrevistado procurando contextualizar o seu lugar na rede de sentidos do controle do tabaco ou na política de comunicação e saúde do SUS.

O segundo eixo busca recuperar dados sobre a história da produção das advertências sanitárias e como ela se relaciona com o entrevistado. A intenção é que os depoimentos possam resgatar fatos e histórias vividas pelos entrevistados, percepções do indivíduo e seu olhar sobre o passado numa reinterpretação do ocorrido, o significado que o fato adquire para quem se lembra dele. Ainda nesse eixo incorporamos perguntas voltadas para o objeto da pesquisa que visam compreender a visão do entrevistado frente ao tema da comunicação e do controle do tabaco.

Por fim, um eixo avaliativo: depois de passados alguns anos, os modos de pensar e agir dos entrevistados envolvidos foram alterados? Tal fato provoca ou provocou mudanças? A seguir, o roteiro de perguntas previamente decidido:

Roteiro de entrevista

1. Você poderia falar seu nome completo, local e data de nascimento? Qual é sua formação? Fale um pouco sobre sua trajetória profissional.

2. Conte-nos sobre a sua participação no processo de produção das AS.
3. Qual o papel das AS como ferramentas de comunicação na política do controle do tabaco?
4. Por que se optou pela estratégia de produzir aversão nas campanhas?
5. Quais são os efeitos que se esperava desse tipo de estratégia (o apelo à aversão)?
6. Houve, na época, debates em torno dessa opção? Havia posições contrárias? Quais eram os argumentos pró e contra?
7. Passados esses anos, como você avalia a experiência?
8. Há outros caminhos possíveis? Se sim, por que não experimentá-los?
9. Em sua opinião, há algum tipo de limite (ético ou estético, por exemplo) no uso de imagem aversiva?
10. Caso fosse dada a você a oportunidade de fazer novas imagens de advertência, como as produziria? Faria diferente ou não?
11. O que você entende por comunicação?
12. Qual o papel da comunicação no campo da saúde pública?

Apesar da definição do roteiro, o entrevistado teve a liberdade de alterá-lo no decurso da conversa. No papel de entrevistador, para que a memória e a história seguissem o fluxo natural do pensamento dos atores escolhidos, fiz apenas as intervenções necessárias nas deficiências de explicações, na recuperação de informações ou na condução da entrevista para não fugir muito ao tema em questão.

As entrevistas foram transcritas na íntegra para análise e, em paralelo, escrevi um diário de campo agregando foto, pesquisa sobre o entrevistado e minhas impressões sobre o trabalho.

Minha intenção era ver se as falas dos atores envolvidos com a produção confirmavam ou não minha hipótese de que o debate atual do estilo de vida saudável como estratégia de saúde pública criou uma mudança de paradigma nas campanhas e, no lugar das narrativas de perda da saúde, começou a dar lugar ao ganho de qualidade de vida, a exemplo das premiadas campanhas da AIDS, que favorecem a promoção e a prevenção da saúde.

O desafio estava em criar uma ponte discursiva entre essas correntes de pensamentos e políticas capaz de alcançar os grupos populacionais que ainda não foram afetados por essas mensagens ou fotografias assustadoras. Segundo Iglesias (2007), o “tabagismo está mais concentrado entre os grupos populacionais com baixos níveis de educação formal, que podem também ser os mais pobres”.

A proposta agora é revisitar essa experiência, ocorrida há quase oito anos, e ver se existem outros caminhos e métodos motivadores possíveis visando a produção das próximas

advertências sanitárias. Essas são algumas das finalidades que levaram a uma nova rodada de conversa. Na sequência, o resultado das entrevistas editadas.

RESULTADOS:

(1)

Quem: Tânia Maria Cavalcante

Quando: 22 de setembro de 2015, 15h

Onde: CONICQ, Rua do Resende 128/sala 303, RJ

Tânia Maria Cavalcante conduziu o processo de produção das advertências sanitárias de 2008 e participou também do desenvolvimento dos dois primeiros grupos (2001 e 2003). Nesta entrevista ela relata os avanços obtidos na política do controle do tabaco, que redundou na queda expressiva da prevalência de 67%, entre 1989 e 2013. Segundo Tânia, “antes, fumar cigarro era charmoso e hoje isso não é aceito”.

“Comecei a trabalhar nessa área quando o cigarro ainda era totalmente aceito. Você tinha dentro do SUS uma resistência a esse tema, que passava ao largo da agenda de saúde. Tínhamos muitos médicos fumantes e qualquer movimento contra o tabagismo era, na verdade, uma cruzada. Naquele tempo existia muita propaganda das companhias de cigarros na televisão, enfim, era um processo delicado e demorado. Hoje, vemos o quanto evoluiu, basta atentar para a mudança do olhar do senso comum. O fumante atual foi de um extremo para o outro, aquele cara que era um fumante charmoso, hoje se vê numa sociedade altamente cruel com ele. Foi de um extremo ao outro. Mas nós que integramos a política de controle do tabagismo não atuamos nessa direção dos extremos, vemos o tabagismo com equilíbrio.

O tabagismo hoje está na agenda da saúde. A negociação na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) fortaleceu muito o Brasil, não só com a abertura da agenda da saúde, mas também a de outros setores para a redução do tabagismo. Temos hoje a agenda de doenças crônicas não transmissíveis, que está em construção, e a política do controle do tabaco, que entrou em bloco como uma das estratégias dessa agenda. Enfim, o Brasil mudou muito e os dados estão aí mostrando a redução expressiva do tabagismo.

Em 1989, quase 35% da população acima de 18 anos eram fumantes, agora estamos com o índice de 14%. Pode-se dizer que a CQCT acelerou esse processo. Para se ter uma ideia, entre 1989 e 2008, a queda foi de 47%, e, entre 2008 e 2013, de 20%, período em que não

tínhamos mais expectativa de queda. A meta pactuada do plano de doenças crônicas é chegar em 2020 com 9% apenas. “Pelo visto, não vai demorar muito”.

Como já citado, a pesquisadora participou da produção dos três grupos de advertências sanitárias em maços de cigarros. É ela quem nos conta sua experiência:

“O primeiro em 2001, foi experimental. Um voluntarismo do próprio ministro da Saúde na época, José Serra, que queria implementar as imagens junto às mensagens e solicitou que a agência de publicidade contratada pela assessoria de Comunicação realizasse isso. Um processo experimental em que não entrou muita imagem aversiva e nem agressiva. Ao contrário, foram bem light comparando com as de hoje.

No segundo grupo, em 2003, a agência Master continuou com a produção sob a supervisão da assessoria de Comunicação (na época, o publicitário Bob e a assessora de imprensa Paula Santa Maria) do ministro. Mas, dessa vez, com uma ação mais ativa do INCA através do Programa de Controle do Tabagismo. “Fizemos recomendações das imagens e mensagens que deveriam entrar ou não, já numa visão de aumento da agressividade”.

Dois comentários a fazer sobre as novas estratégias utilizadas no processo de produção das advertências sanitárias. A inserção do canal direto com o usuário, o “Disque-Pare de Fumar”, telefone “0800” impresso nos maços, foi usado como ferramenta de escuta do cidadão. Uma dessas críticas serviu de base para discutir o futuro desse processo: a de que a imagem do pai fumando ao lado do filho e a da grávida mais parecia propaganda de cigarros.

Figura 29
Crianças que convivem com fumantes
têm mais asma, pneumonia sinusite
e alergia (2001)



Figura 30
Fumar causa aborto espontâneo (2001)



Fonte: Brasil. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco. INCA (2009)

Para Tânia, ficou o aprendizado: “a grávida com o cigarro aceso é um gatilho que desperta a vontade de fumar, foi um tiro no pé. Assim foi feita uma análise crítica e não mais é usado nas imagens qualquer tipo de gatilho que desperte a vontade de fumar”.

Outro canal de interação discursiva foi relativo às ações judiciais. A imagem do negro acendendo um cigarro no outro, com o propósito de transmitir a mensagem de dependência química, foi alvo de ação judicial de uma organização baiana ligada aos Direitos dos Negros com a alegação de ser preconceituosa, passando o sentido de o negro ser dependente.

Figura 31
A nicotina é droga e causa dependência (2001)



Fonte: Brasil. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco. INCA (2009)

Nas produções futuras foram tomados cuidados nessa linha, ao mesmo tempo em que foi dada a resposta do Executivo. Segundo Tânia, “a mensagem da referida imagem não era preconceituosa, pois um dependente químico não é uma pessoa que tenha problema de caráter e sim uma pessoa que contraiu uma doença como qualquer outra, poderia atingir qualquer um, sabemos que isso é coisa da indústria do tabaco”.

E, por fim, foram utilizados também dados estatísticos como fonte para a produção do segundo grupo de imagens. Na época, foi realizado um inquérito epidemiológico (2002) ficando evidente que as advertências sanitárias com cenas mais dramáticas tinham maior influência na motivação de deixar de fumar do que aquelas que enfatizavam mais o aspecto social. Tal resultado direcionou o segundo grupo para cenas mais dramáticas. Tânia observa que “o enfoque do primeiro grupo era mais social, enquanto que o do segundo grupo teve produção mais elaborada, correlacionado com as doenças que têm comprovação científica”.

Sobre o terceiro grupo, Tânia relata um acontecimento de bastidor que levou à mudança de gestão das advertências sanitárias da ANVISA para o INCA. Segundo ela, *“foi alterado o número do telefone do Disque-Pare de Fumar sem consentimento da ANVISA, sem aviso prévio, já que ela não tinha o poder de gestão desse processo. O correto era avisá-la para que tivesse tempo hábil de comunicar o fato às indústrias tabaqueiras, responsáveis pela impressão das advertências nas embalagens de cigarros. Tal publicação exige um prazo amplo e determinado para que as mesmas possam dar conta desse processo. Motivo que levou ao pedido da ANVISA à assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde de que essa responsabilidade sobre a elaboração das novas advertências passasse para o INCA. Nessa altura, o prazo de execução já era bastante curto”*.

Na sequência, Tânia Maria Cavalcante explica como foi dada a opção pelo método de estudo científico da neurofisiologia da emoção: *“Por acaso, nessa época, tínhamos conhecido a Eliane Volchan, da UFRJ, pesquisadora convidada pela Fundação do Câncer, pelo epidemiologista Moysés Szklo, para fazer uma análise do segundo grupo de advertência sanitária. Interessamo-nos pelo método, e, ao sermos convidados pela ANVISA para a produção do terceiro grupo, optamos por trabalhar com essa equipe aportando o método científico da neurofisiologia da emoção tendo como base um protocolo que já avaliava o impacto das imagens na neurofisiologia humana”*.

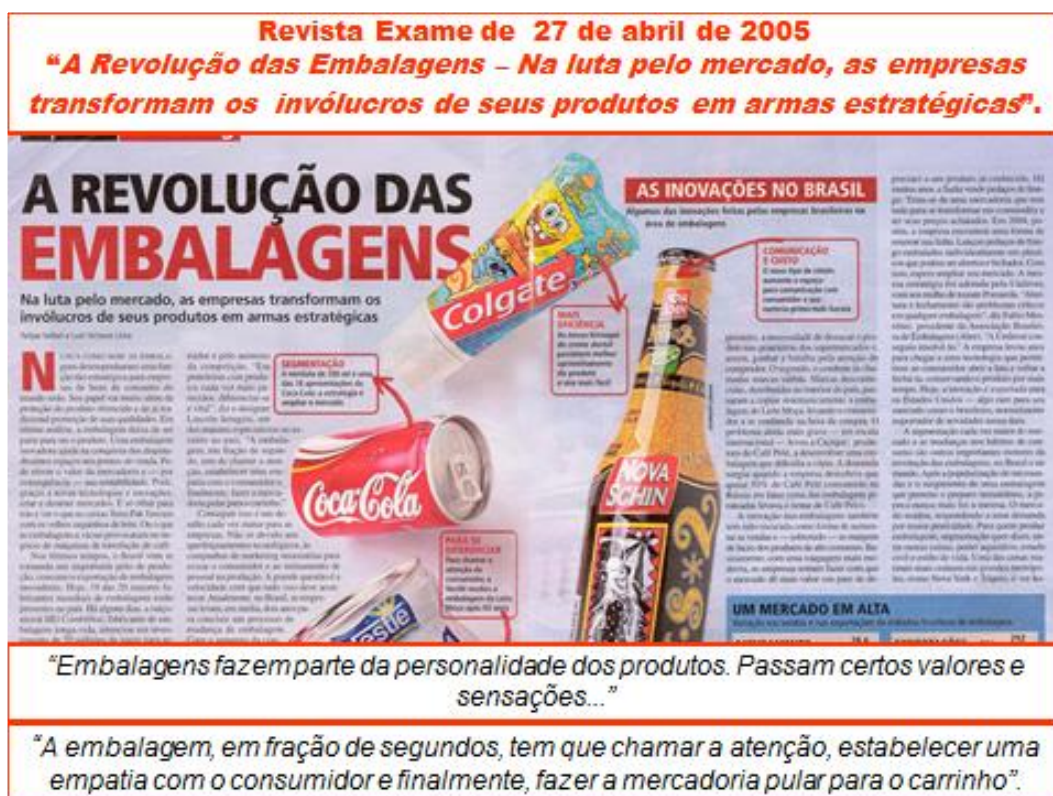
O processo de trabalho inovador com *expertise* interdisciplinares ocorreu em seguida. Continua Tânia: *“Eliane Volchan convidou os professores Gamba Júnior e Rejane Spitz, da PUC-Rio, para a produção das imagens em laboratório. Assim foi formado um grupo de trabalho unindo conhecimentos da área de cessação de tabagismo e dependência química (INCA), da neurofisiologia da emoção (UFRJ e UFF) e do design gráfico (PUC-Rio). Foi um ano e meio de muita discussão, estudos e análise de literatura. Juntamos todos esses conhecimentos e analisamos os processos de outros países. O resultado foi o terceiro grupo com o desenvolvimento de 19 protótipos e a aprovação de nove imagens de advertências sanitárias.*

Perguntei a ela se houve, na época, debates em torno dessa opção. Havia posições contrárias? A pesquisadora relembra que o fato de as imagens serem aversivas ou não era o ponto forte da discussão no grupo de trabalho. Cientes da crítica muito grande de grupos, como os advindos da AIDS, a tendência era a de não usar mensagens ou imagens aterrorizantes.

“Nos dois anos do grupo de trabalho tivemos a oportunidade de estudar melhor a área de conhecimento do marketing. Lemos muitos artigos científicos para entendermos a

importância da embalagem que contrapõe ao debate trazido pela equipe da AIDS. Eu me lembro da matéria publicada na Revista Exame (2005), que mencionava que ‘... a embalagem tem de fazer o produto saltar das prateleiras para o carrinho’, isto é, tem que aproximar o consumidor do produto. E o que queríamos, com a produção das advertências sanitárias, era justamente o oposto, ou seja, afastar o consumidor do produto. Assim, não adiantava reforçar o apelo da embalagem”.

Figura 32
A revolução das embalagens (2005)



Fonte: Revista Exame (2005)

Segundo Tânia, a própria indústria dizia que o produto é um crachá que cria uma identidade no consumidor, uma propaganda que é utilizada o tempo inteiro.

Nós entendemos da seguinte forma:

Uma coisa é fazer uma campanha de *marketing* para estimular as pessoas a deixarem de fumar, um cartaz bonito e prazeroso que aproxima a pessoa daquela fonte de conhecimento. Outra é a imagem que vou colocar numa embalagem para que não gere um efeito de aproximação do indivíduo com aquele produto (GRIFO NOSSO).

Essa foi uma discussão que durou bastante tempo no grupo.

Mas, ao final, a decisão foi usar o protocolo adotado pela pesquisadora Eliane Volchan, denominado Sistema Internacional de Fotografias Afetivas, IAPS - *International Affective Picture System* (Lang P.J. et al., 2005), um conjunto-padrão de estímulos visuais a serem utilizados em estudos científicos de emoção. Eliane Volchan levou para o grupo a análise que desenvolvera com o apoio da Fundação do Câncer das advertências sanitárias de 2001 e 2003, aplicando esse método de investigação do conteúdo de valência hedônica e de ativação emocional associada à visualização de cada fotografia do catálogo IAPS testado em grupos de universitários. *“O resultado foi que ainda havia margem para aumentar as aversões no terceiro grupo. Por isso, intensificamos o efeito aversivo”*, explica Tânia.

Quando perguntei sobre como avaliava a circulação dessas imagens após sete anos, Tânia pegou em cima de sua mesa de trabalho a última Pesquisa Nacional de Saúde – Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida e Doenças Crônicas (2013), publicada em 2014, e leu, em voz alta, o trecho que diz que *“52% dos fumantes brasileiros pensaram em parar de fumar devido às advertências sanitárias nos maços”*. Ela reforçou o ano da pesquisa: 2013, cinco anos após a publicação do último grupo de imagens. Segundo os estudos, o tempo de exposição diminui o impacto das imagens, mas, nesse caso, *“52% de 21 milhões de fumantes é muita coisa. Esses dados evidenciam um olhar bastante positivo sobre o caminho da aversividade nas advertências”*, observou ela.

Outro estudo que corrobora essa vertente é o resultado das ondas 1 e 2 da pesquisa (2009-2013) do Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco/ITC. O Relatório do Projeto ITC-Brasil, publicado em maio de 2014, afirma que as *“mensagens fizeram os fumantes pensarem sobre os malefícios do tabagismo antes de consumirem um cigarro ou os tornaram mais propensos a pensar em deixar de fumar”*.

Analisa Tânia: *“Veja como as advertências sanitárias aversivas mexem com o emocional do indivíduo. Isso é o que, de fato, precisa ser atingido para que a pessoa possa realmente se motivar a parar de fumar. No Brasil é assim, os fumantes já são bastante motivados a deixar de fumar.*

Pode-se estudar uma imagem positiva e outra negativa, mas qual imagem vai fazê-lo se afastar, guardar aquela embalagem e não acender o cigarro? Será que a imagem positiva não reforçaria o apelo que a propaganda tenta criar? Essa é a grande pergunta.

Nas embalagens, atualmente, na medida em que a propaganda de cigarro foi proibida, se intensificam os esforços para que se tornem mais atraentes. Cores, design e colocação nos

pontos de venda são formas de atrair o consumidor e o potencial consumidor, o adolescente. “A questão que precisa ser avaliada é se uma imagem bonita, colorida e positiva associada a um produto que mata não estaria reforçando a intenção do fabricante”.

Tânia Maria Cavalcante entende que esse é o papel da comunicação no campo da saúde pública: a informação precisa ser proporcional à dimensão do risco, tem que fazer a pessoa parar e pensar sobre os malefícios que o consumo do cigarro traz. Disse ela: *“Se meu consumo é um maço por dia, tenho chance 22 vezes maior de ter câncer de pulmão. Comunicar risco é uma coisa muito difícil. Não sei se o leigo entenderá essa mensagem, mas ao colocar uma imagem que dá uma chacoalhada na minha relação com aquele produto.... É isso que queremos. Aquele produto que me atrai, que me causa dependência, no momento em que for pegá-lo, paro e penso na dimensão daquele risco que estou correndo ao fumar. Cada vez que coloco o cigarro na boca, estou colocando mil substâncias tóxicas, estou jogando fora minha saúde, minha qualidade de vida. Então, é isso que penso sobre a comunicação em saúde na área do tabaco”.*

Comentei com a pesquisadora a reação, não incomum, do cidadão que cobre a imagem de advertência e a resposta foi imediata: *“O cidadão que diz não querer ver é sinal de que viu e está incomodado. É exatamente isso que queremos, o produto deve incomodá-lo”.* “Ela argumenta usando como exemplo o cigarro eletrônico, objeto da sua tese, que *a indústria está usando a imagem negativa do cigarro convencional, já assimilada pela população, para fazer a aproximação de um novo produto tornando-o mais familiar e construindo a imagem positiva”.*

Como eles fazem, pergunto? *“Como fizeram com o cigarro no passado, imagens lindas, maravilhosas, cigarro verde, saudável, associando todas as imagens positivas, passando a mensagem de que não causa mal à saúde e até ajuda a deixar de fumar o cigarro convencional. Lançaram até a marca Green (verde). É a desconstrução de uma percepção de risco. Tânia ressalta que “o Estado, por meio da política antitabagista, circula as imagens negativas e aversivas para desconstruir a desconstrução que a indústria fez. “É uma guerra de marketing”.*

O sentido inovador, baseado em evidências científicas das últimas advertências que estão em circulação no maço de cigarros, gestados por pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, sem sombra de dúvida, é uma experiência ímpar. Caso fosse dada a ela a oportunidade de fazer novas imagens de advertência, como as produziria? Faria diferente ou não? Tânia pondera que novos estudos teriam que ser realizados e que o limite é o recurso financeiro. Mas faz algumas proposições:

- Fazer grupo focal com jovens para avaliar as advertências.
- Avaliar as imagens *fake*, como a do cérebro e a do coração rasgados. Não há comprovação ainda sobre os efeitos produzidos por imagens construídas por computador, na linha surreal, meio Salvador Dali.

Figura 33
Infarto e derrame cerebral (2009)



Fonte: Brasil. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco. INCA (2009)

– Definir melhor a quem se quer atingir: se é o jovem que não começou a fumar, aquele que já começou e precisa parar ou o fumante cujo hábito já está introjetado e que fuma há décadas. Esse grupo, por exemplo, é o que mais fuma, e está na faixa entre 45 a 64 anos.

– Estudar as informações sobre as quais a população tem menos conhecimento, como má formação fetal, cegueira e dano ambiental. Temas que mais afetam os jovens, como a queima das árvores, a guimba e a poluição. Tudo isso deveria ser considerado na próxima etapa.

– Chamar pesquisadores de outras áreas do conhecimento como percepção de risco e *marketing*. Olhares diferenciados para melhorar esse processo.

– Trabalhar com banco de imagens e não com o modelo.

Sobre esse último ponto, Tânia argumenta que “o prazo recomendado para circulação das imagens é de dois anos, caso contrário há a perda do efeito. E o prazo máximo do contrato

de uso de imagem dos modelos é de cinco anos. A ANVISA optou pela renovação dos contratos mantendo as mesmas imagens. Dois modelos não renovaram: o do envelhecimento, que foi retirado, bem como a modelo feminina representada na imagem do sofrimento”.

Tânia espera que a CONIQ possa ajudar a ANVISA nesse processo de gerenciamento de construção das novas advertências sanitárias. Ao propor a avaliação do terceiro grupo com perspectivas para a produção da quarta rodada de imagens, a Agência retomou o processo das mãos do INCA. O recurso para tal está na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). *“Esse processo de construção das imagens é demorado e já deveria estar com novas ideias em campo, novas criações em termos da política”,* disse Tânia, que ressaltou ainda a questão da embalagem padronizada, por exemplo, como na Austrália: *“é uma de nossas metas, cabe um estudo sobre a influência da cor da embalagem, qual cor ressalta mais a advertência”.*

Por fim, a pesquisadora fala sobre a nova conquista política da CONICQ, que entrará em circulação a partir de janeiro de 2016: *“A inclusão na frente do maço de cigarros, mensagem que alcançará o tamanho de 30% da embalagem com uma única advertência. Não conseguimos colocar mensagem rotativa e com foto, mas chegaremos lá”.*

(2)

Quem: Cristina de Abreu Perez

Quando: 22 de setembro de 2015

Onde: Sede da CONICQ, Rua do Resende 128/sala 303, RJ

Em 2013, Cristina Perez defendeu a dissertação *“Análise da interferência da indústria do tabaco na implementação das advertências sanitárias nos derivados de tabaco no Brasil”* no mestrado profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP. Ao final dela, recomendou que as diretrizes da política nacional de controle do tabaco sejam utilizadas em outras políticas, como a do álcool. Para ela, *“o grande ganho dessa política é a união de vários atores deixando de ser uma questão da saúde apenas e passando a ser um problema econômico, de trabalho, desenvolvimento e sustentabilidade. O tabagismo hoje consegue juntar várias áreas com o objetivo de diminuir o consumo, informar a população, estimular a cessação de fumar e prevenir contra o uso do tabaco. São esses grandes pilares a dar condições para as pessoas pararem de fumar”.*

Dois elementos já citados nessa tese acrescentam muito à construção histórica das advertências sanitárias. Um é o levantamento da evolução legislativa referenciado nesta tese em quadro definido por Cristina Perez: *“O aparato legal e normativo constitui parte*

fundamental de todo o processo de implementação de políticas de saúde pública, e, no Brasil, isto não foi diferente". O outro elemento está no ineditismo trazido pela orientadora Vera Luiza da Costa e Silva, atual chefe de secretariado para a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (OMS). Vera Luiza lembrou-se de sua participação no desenvolvimento de pictogramas (desenhos) em 1994, que chegaram a ser encaminhado pelo Ministério da Saúde para publicação por meio da Portaria Ministerial nº 2.169/94 e publicados em Diário Oficial. Mas, a indústria do tabaco à época fez um *lobby* fortíssimo, montou um grupo de trabalho e a medida foi completamente abandonada. Caso não tivesse sido esquecida, o Brasil teria sido pioneiro na inserção de imagens de advertências sanitárias, já em 1995, e não o Canadá. Com o veto da medida, após pressão da indústria, o governo manteve apenas as frases na lateral e as primeiras imagens só foram adotadas em 2001.

Tal achado de nossa entrevistada abre mais um grupo e/ou rodada na construção histórica das advertências sanitárias no Brasil.

Figura 34
Pictogramas determinados pela Portaria Ministerial nº 2.169/94



Continua....

Figura 34
Pictogramas determinados pela Portaria Ministerial nº 2.169/94

Continuação...



Fonte: Ministério da Saúde. Portaria Ministerial 2.169/94.

Ao relembrar o processo de construção da política antitabagista, Cristina Perez comenta que “*dependeu muito de pessoas corajosas, que enfrentaram os lobbys da indústria e políticos que dificultaram ao máximo o desenvolvimento do trabalho, a ponto de, se me dissessem, há 20 anos, sobre os avanços conquistados e que seríamos referência mundial, eu não acreditaria*”.

Cristina me falou sobre a sua participação no processo de produção das advertências sanitárias (2008):

“Desde a minha entrada no INCA, o conceito para as imagens era o de abordagem positiva, de atrair as pessoas para falar do tabagismo, evitando antigos chavões de que o fumante é sujo e não tem força de vontade. Em janeiro de 2007, quando comecei a trabalhar no terceiro grupo de advertências sanitárias, um processo já estava em andamento e tive a oportunidade de assistir à apresentação da equipe PUC e UFRJ de abordagem negativa, desconstruindo todo aquele raciocínio em que vínhamos trabalhando. Fomos estudar, ver o que tinha escrito em outros países, principalmente no Canadá, primeiro país a implementar as imagens de advertências sanitárias. Acabei me apaixonando, pois não entendia nada de advertência sanitária, nunca tinha estudado isso, que se tornou tema de minha dissertação.”

Entendi que realmente precisava haver imagens negativas para que houvesse repulsa do produto, pois nós estávamos falando de embalagem do produto e o nosso raciocínio até então estava voltado para campanha, material para fumantes jovens, com uma abordagem totalmente diferente”.

Até hoje a advertência sanitária é a única abordagem negativa, mas, segundo Cristina, essa prerrogativa está sendo contestada. Ela foi a única entrevistada que trouxe a informação das abordagens positivas, existentes hoje como estímulo à cessação nas embalagens. Cristina também vê como uma evolução, já que o maço é um veículo novo, até então não usado pelo governo para divulgar informações sobre o controle do tabaco. Os conhecimentos desenvolvidos são recentes, e, *“foi exatamente isso o que me cativou: poder começar um trabalho até então inexistente. Estudo sobre campanha de cessação já existia em outros países, e bem formatado, mas de advertência, não”*, disse ela.

Caminhos que não a aversividade, denominados de pistas positivas, segundo Cristina Perez, são citações encontradas em estudos no Reino Unido e na Austrália dirigidas ao fumante com mensagens e imagens nas embalagens sobre os ganhos adquiridos com a cessação do hábito de fumar. Explica ela: *“é porque o momento do fumante vai mudando, dez anos atrás tínhamos um perfil de fumante; hoje, temos outro, temos muitas pessoas querendo parar de fumar”*.

Esse tema suscitou um debate entre as entrevistadas Tânia Cavalcanti e Cristina Perez, que reproduzo a seguir:

T - *Tem proposta positiva para embalagem?*

C - *Tem. É estimulando a cessação de fumar, e não para fumar, dizendo assim, você pode parar de fumar, você vai ganhar com isso.*

T - *Nós já tivemos a fase de imagens positivas na época do Serra, e a crítica, que recebemos pelo Disque-Pare de Fumar, de que aquilo era uma propaganda a favor do cigarro, como foi o gatilho da imagem da grávida fumando cigarro.*

C - *Mas é isso que estou falando: não é qualquer imagem positiva. É uma imagem que tenha mensagem, com pistas positivas...*

T - *O cuidado que temos que ter, aí vem a história de percepção de risco, estou estudando no meu doutorado, porque a percepção de risco, a indústria desconstrói com as embalagens. Se eu uso essas imagens para reforçar essa desconstrução, imagem linda com pulmão verde para deixar a pessoa a parar de fumar.... É isso que tem de ser discutido.*

C - *Avaliar se vai funcionar no Brasil.*

T - *É isso que sempre debatemos no grupo. Uma coisa é pegar um cartaz de uma campanha com imagens positivas, outra é pegar a embalagem que é um gatilho para acender o cigarro e adicionar, agregar valor imagem, porque, se pegar imagem verde linda, pai e mãe correndo no campo, ou tenho mais fôlego porque deixou de fumar... não sei se isso vai atrair ou estimular a pessoa a parar de fumar porque, quando coloca a imagem agressiva estou contrapondo, o afastamento. Temos que discutir muito, não sei como está isso na ANVISA, se está indo nessa linha, temo que seja um tiro no pé ir por essa linha e ressaltar coisas maravilhosas para reforçar um produto que tem de ser afastado do consumidor.*

Retomei a conversa com Cristina sobre o motivo de terem optado pela estratégia de produzir aversão na advertência sanitária. Ela conta que o grupo de trabalho tomou como base as evidências científicas. Estudos científicos abordavam a necessidade de tornar o produto aversivo e, conseqüentemente, as imagens aversivas. *“Até as palavras foram tiradas de uma lista de palavras mais aversivas de uma classificação que não conhecíamos na época e que passamos a estudar. Causar aversão à embalagem do cigarro era o objetivo principal”*, disse Cristina Perez.

O sentido era comunicar ao consumidor a verdade sobre o produto, os malefícios que ele provoca à saúde, contra-argumentar as mensagens emitidas pela indústria que apresenta uma embalagem bem trabalhada com imagens bonitas, flores douradas, dando o significado de um produto inócua que não faz nenhum mal. Cristina afirma que *“o produto mata um em cada dois usuários. Acredita que hoje, por todos os avanços, já temos embalagens genéricas com imagens menos aversivas ou mesmo positivas que são bem aceitáveis”*.

Ela faz uma ressalva: *“Não é o caso da imagem de advertência da mulher grávida fumando. Isso não é positividade, ela foi classificada como negativa, pois a população já tem o conhecimento sobre o risco que o cigarro causa às grávidas. Mas não há imagem sobre outras informações, isso é uma evolução, é muito bacana, pois o tempo inteiro essa medida vai evoluindo, vai se modificando”*.

O terceiro grupo de imagens começou a circular em 2009, e, segundo ela, a avaliação foi muito positiva. O primeiro indicador é da própria equipe do PNCT: *“se a indústria reclamar é que está dando certo para o governo”*. A consequência é a intervenção judicial. Todas as medidas tomadas até hoje vão parar na Justiça, e com as imagens do terceiro grupo não foi diferente, pois foram muito impactantes. Cristina fala que esse grupo de imagens *“incomodou muito a indústria, tinha uma vertente que achava melhor não ter essa abordagem tão negativa, que poderia gerar uma reação pesada da indústria. Como de fato teve, e, todos os argumentos*

foram subsidiados pelo INCA. A princípio, questionaram muito algumas imagens, como a do cérebro, por ser muito aversiva, mas todas continuavam a circular”.

Outro indicador são as pesquisas. Além das já citadas por Tânia, a da Agência Nacional de Saúde mostra o índice de 65% de pessoas que olharam as advertências de 2008 e pensaram em parar de fumar. *“Pensar que uma medida pode ser responsável pela mudança de comportamento, exalta Cristina, é fantástico”.*

Mas há pontos que ainda precisam ser aprimorados, como o tempo de circulação. A recomendação é de dois anos, mas há países que estão fazendo por menos tempo, adotando um menor número de advertências e maior rotatividade. Todos os estudos mostram que a imagem não pode ficar exposta por um longo período para que não perca o impacto. *“Se o cidadão olhar a mesma imagem por cinco a sete anos, ela já entra na rotina da pessoa não tendo tanto impacto como se fosse trocada a cada dois anos ou mesmo se entrar numa rotatividade maior. Mas, no Brasil, não existe esse controle, não temos certeza se todas as marcas circularam as nove imagens nos municípios brasileiros”.*

Quanto ao limite ético, no caso da terceira rodada das advertências sanitárias era nunca estigmatizar o fumante. Afinal, diz Cristina, *“o sujeito foi cooptado, induzido ao ato, não escolheu se matar. Ninguém fuma porque quer ou não tem força de vontade para parar, e esse é um cuidado que temos em todas as mensagens divulgadas pelo programa, seja em campanhas ou em outros projetos”.* Cristina ressalta que o fato de o tabagismo ser considerado um problema de saúde pública pode justificar certo nível de intervenção médica nas esferas públicas e privadas, mas também impõe limites éticos a essas mesmas autoridades e o uso dos códigos de saúde.

Em termos estéticos, continua Cristina, há o desafio do convencimento. *“Eu lembro muito bem quando vi a primeira imagem, o feto. Achei absurda! Com o tempo, fui estudando e me convencendo de que precisava ser esse o caminho. Mas que ela é horrorosa, é!”.*

Porém, para além da aversividade Cristina cita uma categoria mencionada em estudos que ainda não foram aplicados no Brasil: a imagem testemunhal. *“Deveríamos ter essas categorias, que funcionam muito bem, gostaria de testar uma dessas categorias, mas o trabalho é coletivo e não o que queremos”.*

E, para aprimorar os três pilares da política antitabagista – diminuir o consumo, informar a população, prevenir e estimular a cessação de fumar –, a comunicação deveria estar mais presente junto à avaliação do processo. *“O Brasil errou tempos atrás em comunicar de um jeito que ninguém entendia. Acho até que, às vezes, pisamos na bola ainda, pois falta*

coordenação e uma comunicação mais presente. A outra falha é a avaliação, a área de comunicação que veicula uma campanha ou mesmo as advertências sanitárias e não avalia se a população entendeu. Alcançou seu objetivo? Falta essa avaliação pós-ação de comunicação para aprendermos com elas”, diz a pesquisadora.

Cristina faz referência às três avaliações populacionais do último grupo de advertências, mas, até o momento, não ocorreu nenhuma pesquisa ou avaliação qualitativa da percepção da terceira rodada que, para ela, *“precisa saber o que vai se comunicar melhor, precisa estudar mais”*. Além das avaliações já citadas, a Pesquisa Nacional de Saúde – Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida e Doenças Crônicas, realizada pelo IBGE, em 2013, e a do Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco/ITC, coordenada pela própria Cristina Perez, o laboratório de neurofisiologia da UFRJ está finalizando uma pesquisa cujo artigo será publicado em breve com avaliação do produto. Segundo ela, uma caixa foi construída e o maço de cigarros aparece para avaliar o impacto de quanto o sujeito se aproxima ou se distancia do produto, dependendo da imagem.

(3)

Quem: Eliane Volchan

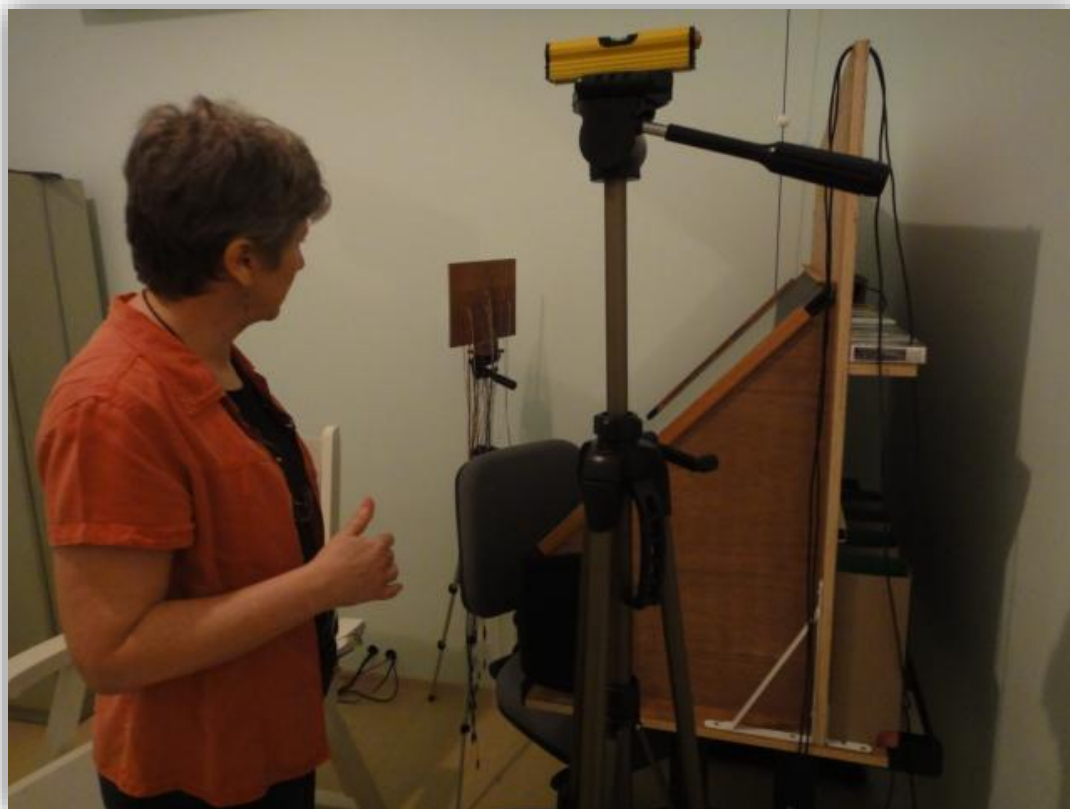
Quando: 8 de dezembro de 2010

Onde: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, no Campus da Praia Vermelha, RJ

Sobre a caixa construída para a pesquisa quantitativa de avaliação referida por Cristina Perez, quando entrevistei Eliane Volchan em 2010, o objeto estava sendo gestado a sete chaves no laboratório localizado no Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Na época, não pude divulgar devido ao sigilo de pesquisa, motivo porque só agora vem a público minha conversa com Eliane Volchan:

“Agora estamos testando no objeto estímulos visuais reais, isso é uma novidade. É a primeira vez, na literatura, a testagem da imagem real. Para tal, criamos uma caixa com intenção de controlar o estímulo”.

Foto 1
Caixa escura no laboratório do
Instituto de Psiquiatria da UFRJ (2010)



*Fonte: A pesquisadora Eliane Volchan do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.
Fotos tiradas pela autora Cristina Ruas. (2010).*

Eliane explica que esse é um projeto de pesquisa que tem como meta principal evidenciar, através de marcadores neurobiológicos, que as advertências sanitárias são efetivas em refrear o impulso de aproximação do maço.

“Existe potencial que está relacionado à preparação motora para pegar o objeto e diferença em trazer para si objeto agradável e desagradável. O controle está nessa caixa escura, a pessoa nem sente que o objeto está sendo trocado. Além do vidro, colocamos cartolina preta com orifício para focalizar. Com estímulo visual é mais fácil.

As embalagens ficam dentro da caixa em ambiente controlado. Tem um botão que a pessoa aperta e acende a luz aparecendo a imagem da advertência na embalagem. São dois sinais: o do eletromiograma e o do botão. No momento em que a pessoa retira a mão recebemos um sinal que mede o tempo entre o acender a luz e o tempo que leva para os músculos começarem a se mexer. Esse movimento é chamado de tempo de reação, medimos essa latência,

quanto tempo leva depois de ter visto a imagem para você fazer o movimento. No momento estamos fazendo apenas o movimento de aproximação. A hipótese é que a advertência vai interferir no movimento da aproximação tornando-o mais lento, pois você tem uma predisposição para repulsa e a programação motora vai instruir para afastar. Mas como a instrução é de aproximar, tem de inibir a predisposição de afastar e trazer para si. Quando a pessoa tem em suas mãos um objeto neutro, que, para os fumantes é agradável, esse movimento é facilitado. A medição é da diferença do tempo de latência entre a face repulsiva e a prazerosa”, diz a pesquisadora.

Eliane mostra outro aparelho que trabalha o corporal por inteiro e estuda a escala defensiva. Um novo projeto de pesquisa que visa “compreender os aspectos neurobiológicos envolvidos nas reações defensivas e pró-sociais”: “*O entendimento desses mecanismos básicos de sobrevivência relacionados à aproximação de estímulos positivos e ao afastamento de estímulos negativos tem implicações em estratégias de saúde pública. Dependendo de como a pessoa vai reagir, se vai chegar para trás ou mesmo ficar parado, a reação do corpo dirá quão assustadora é a imagem e a vantagem de fazer determinada ação*”.

Foto 2
Estudo da escala defensiva (2010)



Fonte: Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Fotos tiradas pela autora Cristina Ruas. (2010).

A proposta, segundo a pesquisadora é conseguir classificar a cascata defensiva. Primeiro com estímulos mais diretos, com foto de revólver apontado direto para você, e depois, de forma indireta, denominados de valência direta e indireta. *“São dois estágios do intrassujeito que chamamos de cascata defensiva com risco mais moderado e mais alto. E, entre os sujeitos cada situação vai variar, pois uns vão achar que a valência direta é alto risco, outros riscos zero e tender a reações diferentes”*.

A temática da neurobiologia da emoção humana é a chave de interligação desses modelos de pesquisa utilizados por Eliane Volchan. Tudo começou quando recebeu o convite do presidente da Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer, Marcos Moraes, no ano 2000, para atuar na temática do tabagismo e do câncer, indicada pela pesquisadora Vivian Rumjanek, que trabalhava à época no Instituto Nacional de Câncer.

“No laboratório, estudávamos as imagens aversivas, de aproximação e esquiva, com resultados interessantes nas respostas defensivas e pretendíamos elaborar projeto de respostas na aproximação. A ideia então foi aplicar essa dimensão da pesquisa nas imagens de advertência realizando estudo neurobiológico do impacto de advertências sanitárias para maço de cigarros.

Começamos por analisar as imagens do primeiro e segundo grupos. Primeiro, testamos com universitários as 19 imagens de advertências existentes misturadas às fotos do catálogo IAPS (International Affective Picture System). O segundo trabalho, em 2008, foi a produção do terceiro grupo de imagens de advertências sanitárias aversivas, testado em 12 grupos estratificados: universitários, ensino médio e fundamental, entre 18 a 25 anos, fumantes e não fumantes, mulheres e homens. Os dois trabalhos foram desvinculados de dizeres e da embalagem: só a fotografia. A pesquisa atual são essas imagens inseridas nas embalagens.

Para a pesquisadora são pistas de segurança ou perigo. Como são demonstradas pela fisiologia, resultam em reflexos como sudorese, sobressalto. Caso aconteça um incidente, ele vai ser detectado através da alteração corporal, que vai depender do traço genético e desenvolvimento com os eventos. O contexto muda a genética.

A manipulação no computador com as fotos das advertências sanitárias, por exemplo, diminui a reação. As pessoas suam menos quando digo que a fotografia é montagem, não é real. Se disser que não é verdadeira, a reatividade cai muito em relação ao real. “As pessoas pegam pistas de segurança para responder explicitamente com o corporal e, conseqüentemente, aumenta ou diminui a aversividade na proporção da realidade e do fake”,

diz Eliane. É justamente essa conclusão que a entrevistada Tânia Cavalcante gostaria de aprofundar, caso tivesse recursos financeiros.

“O resultado dessa pesquisa corrobora que lesão corporal provoca reação aversiva com valência negativa. Mas, na última testagem, a imagem da grávida fumando, do primeiro grupo de advertências, foi dada como aversiva por fazer mal ao feto, apesar de não ter lesão corporal. Em nossa interpretação, as ações de controle do tabagismo nesse tema foram muito efetivas, pois a sociedade já aprendeu que fumar na gravidez faz mal, criando uma associação de aversividade. Esse método pode ser usado para outros temas para avaliar o que já foi introjetado pela população”, diz Eliane.

(4)

Quem: Luiz Antônio Santini, ex-diretor do INCA

Quando: 28 de setembro de 2015, 11h30m

Onde: Na sede do ISAGS, na Av. Rio Branco 151, Centro, RJ

Em maio de 2015, Luiz Antônio Santini deixou a direção do INCA após quase dez anos de gestão. Quatro meses depois, nos encontramos na sede do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), organismo intergovernamental de caráter público vinculado ao Conselho de Saúde da União de Nações Sul-Americana. Sob sua coordenação está a Rede de Institutos Nacionais de Câncer (RINC), uma estratégia de articulação e cooperação entre instituições públicas de âmbito nacional nos países da União das Nações Sul-Americanas (Unasul) e nos demais países da América Latina. A referida rede tem como responsabilidade elaborar e/ou executar políticas e programas para o controle de câncer e foi constituída pelo Conselho Sul-Americano de Saúde, formado pelos 12 ministros da Saúde da Unasul, em 25 de julho de 2011, através da Resolução 04/2011.

Foi na sua gestão que se deu a proposta de produzir novas imagens de advertências baseadas em pesquisa científica. Pergunto ao nosso entrevistado sobre a sua atuação nessa produção. Para Santini, a aversividade já existia no segundo grupo de imagens, mas ele ressalta como dado curioso o traço da personalidade para a pesquisa do terceiro grupo. *“Um dos motivos que levou ao chamamento das universidades (PUC, UFRJ, UFF) para pensar novas imagens, positivas talvez, e não somente utilizar aversivas, foi o meu questionamento. Não tinha nenhuma hipótese clara, era intuitivo, um sentimento de ex-fumante que se incomoda com as imagens aversivas. Eu não as sentia como grande estímulo para parar de fumar. Podia ser*

simplesmente uma ameaça, uma reação a uma ameaça. Na verdade, o que queria mesmo era continuar a fumar. Como era o responsável pela política antitabagista naquele momento e o INCA tinha uma grande visibilidade, tive influência na proposição da pesquisa para identificar na população o que de fato aquelas imagens significavam”, conta Santini.

As conclusões da pesquisa, como já mencionamos, foram que essas imagens aversivas tiveram impacto efetivo na redução e que elas deveriam ser até mais aversivas. Assim, o terceiro grupo caminhou para a produção de imagens com maior grau de aversividade e, *“a hipótese que tinha de que a imagem aversiva podia causar culpa no fumante e não uma consciência, não se confirmou”.*

“Minha premissa não se configurou”, é assim que Santini busca justificar a escolha da aversividade para as imagens. Na época, havia a convicção de que a aversividade era o melhor a fazer, resultado da análise realizada pela equipe acadêmica contratada, confirmado pela pesquisa populacional e pelos dados epidemiológicos. *“Éramos obrigados a acreditar naquela pesquisa, pois tinha elementos técnicos incontestáveis, evidências científicas e dados estruturados que sinalizavam para a aversividade como melhor modelo, por isso a adotamos”.*

Nosso entrevistado observa essa mudança com naturalidade, é preciso que haja uma nova discussão nesse processo de comunicação. *“Acredito realmente na estratégia de comunicação para a redução do tabagismo, as demais ações são complementares, inclusive o tratamento que pode ser desenvolvido dentro do espaço restrito da ação do profissional de saúde, já a comunicação social é de grande abrangência e decisiva nesse processo. Aliás, em todos os lugares do mundo onde houve impacto é porque houve uma estratégia de comunicação forte e bem-feita”.* Santini acrescenta que *“a saúde pública nunca está descolada da comunicação: são questões siamesas, não há saúde pública sem comunicação adequada”.*

Com relação ao acompanhamento e à avaliação das advertências sanitárias, segundo Santini cabe à ANVISA trabalhar para o próximo grupo de imagens, o que, por algum motivo, não foi feito. Mas, ele acredita na absoluta necessidade de avaliação desse processo: *“Hoje temos elementos que levam à necessidade de comunicar de forma diferente com os públicos resistentes”.* A ANVISA é a gestora, mas a *expertise* é do INCA. O fato é que não existe diálogo entre a equipe do Controle do Tabagismo e a ANVISA. Santini diz que *“o resultado para a falta de diálogo foi a tensão criada devido a interesses distintos. O INCA com o de reavaliar com profundidade este impacto utilizando métodos qualitativos para pensar os próximos passos; enquanto a equipe da ANVISA, mais resistente, entende que o caminho está definido e não precisava realizar outros esforços nessa direção. Essa tensão não se resolveu, não foi para*

a mesa ser discutida, talvez, por isso, não tenha sido feita ainda essa avaliação”.

As tensões são consequências dos conflitos inerentes ao ser humano, mas, numa organização, esses podem ter resultados positivos gerando potência ou negativo obstaculizando o desempenho das ações e criando hostilidade e tensão. Conforme Berg define:

Conflitos são um estado antagônico de ideias, pessoas ou interesses e não passam, basicamente, da existência de opiniões e de situações divergentes ou incompatíveis. Numa organização é fundamentado no resultado das dinâmicas organizacionais em constante mudança, forçando a organização a adaptar-se às novas realidades (BERG, 2012).

A despeito da relação conflituosa do PNCT com a ANVISA no que diz respeito à produção das advertências sanitárias, Santini traz outra divergência de abordagens que coloca em campos contrários o movimento antitabagista e a área de saúde mental do Ministério da Saúde no que diz respeito à estratégia de atenção ao usuário que faz uso abusivo de drogas. Santini relata que a saúde mental, num determinado momento, blindou os pacientes de doenças mentais da ação do controle do tabaco: *“os pacientes de doenças mentais não deveriam ser abordados com relação à política antitabagista, eles achavam que era uma restrição abusiva, o doente mental tinha que poder fumar”*. Os entendimentos distintos em como abordar o usuário geraram um conflito que dificulta a conversa com a saúde mental em relação às políticas antitabagistas. *“Isso dificultou uma conversa institucional de Tânia Cavalcante com Pedro Gabriel Delgado, coordenador de saúde mental na época, e, por isso, a questão do tabagismo nunca avançou na articulação com a política de álcool e de outras drogas de uma forma geral”*.

Outro fator que gera conflito é a transformação ocorrida no universo do trabalho e, Santini, como diretor do INCA por quase dez anos, pôde acompanhar esses profissionais que atuam na área de controle do tabagismo e lidam com tensões para se adaptarem a esses novos tempos como muita propriedade. São transformações que nem sempre o trabalhador consegue acompanhar, *“têm um componente conservador que é relativamente comum nas áreas de conhecimento, quando conseguem formular um conjunto de intervenções baseada num conhecimento bem estruturado, elas se tornam conservadoras e não querem abrir mão daquilo.*

No caso, o INCA é o órgão assistencial estruturado da saúde pública mais antigo do país. Quando o SUS foi criado (1988), no texto da primeira Lei Orgânica da Saúde, a 8.080 (1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, o INCA é citado como componente estratégico do SUS junto a outros dois órgãos, Fiocruz e Pioneira Sociais, sendo

ele o único assistencial. “Mesmo antes já existia uma trajetória de construção e sustentabilidade entre o INCA e o Ministério da Saúde”.

Por pertencer à estrutura do SUS e ter se antecipado à existência de outros órgãos que vieram *a posteriori*, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo criou metodologia própria para abordar o tema desde a promoção até a assistência. Com isso, afirma Santini, *“não se articulou com os novos integrantes da Rede SUS como elemento propulsor da política. Esse é realmente um problema, déficit do Instituto de proposição, implementação, por temer o desafio do novo”.*

Por exemplo, o Programa Saber Saúde de Prevenção do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Doenças Crônicas, implantado no Brasil desde 1998 e gerenciado pelo INCA, forma profissionais da Educação e da Saúde para trabalharem conteúdos relacionados à promoção da saúde com crianças, adolescentes e jovens dentro das escolas. Na verdade, argumenta Santini, *“esse modelo de implementação por meio das Secretarias Estaduais dá capilaridade, mas não levou em conta a existência ou o avanço da ação da Rede de Escolas Técnicas do SUS, como também mais um protagonista nesse processo. Ficou prisioneiro de um modelo pedagógico desenvolvido pelo próprio INCA e não se articulou com novas possibilidades que o SUS está oferecendo”.*

(5 e 6)

Quem: Rejane Spitz e Nilton Gonçalves Gamba Junior

Quando: 24 de setembro de 2015, 16h30m

Onde: Na padaria *Pain du Lapin*, em frente à PUC, na Gávea, RJ

Retomada da política pública

Pela primeira vez, não seria uma entrevista individual. Em todas, o pedido de individualidade foi respeitado, mas Rejane Spitz fez questão do encontro conjunto, com a presença de Gamba Jr. Fiquei apreensiva, mas a conversa se estendeu pela noite e um não influenciou a fala do outro com concordâncias e discordâncias. Uma complementaridade e um recordar dos fatos ocorridos quando da produção das imagens de advertências sanitárias encadeando ideias de forma fluida.

Empolgados pelo recente trabalho desenvolvido com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais sobre parto humanizado, eles falaram sobre o projeto que resultou na montagem da exposição itinerante interativa “Sentidos do Nascer”. Segundo os entrevistados, uma

estrutura muito parecida com a montada com o INCA, conjunção de instituições de pesquisa, governo e universidade. *“Essas duas trajetórias mostraram o papel do design, da comunicação e da área humana diante das filosofias e metodologias médicas. De novo encontramos o confronto, abismos metodológicos e dialógicos, e eu e Rejane sempre no papel de muito esforço em fazer a ponte. A natureza interdisciplinar da comunicação e do design permite pontes junto às áreas mais duras que, às vezes, não conseguem aproximar metodologias distintas ou se interessar por uma técnica de investigação diferente”*.

Da interdisciplinaridade nasce o diálogo baseado numa razão interativa e no pensamento articulado. Nos dois anos de encontros e desencontros entre as equipes de pesquisadores de saberes distintos ocorreram tensões, conflitos e abordagens conceituais contrárias, mas, em lugar da fragmentação, deu-se a unidade. A interseção de saberes resultou na circulação de nove imagens de advertências, e, para tal, Gamba Jr. e Spitz desenvolveram *“taxonomia baseada na área de estudos culturais, que teve por intuito colocar a noção de aversividade fisiológica em diálogo com a imersão cultural do sujeito. Assim, cada categorização elaborada previa um ponto de partida – a noção de aversividade fisiológica – e um desdobramento cultural subsequente demonstrado pelo grupo de imagens similares selecionadas”*.

A taxonomia por meio dos estudos culturais, segundo os entrevistados, teve o papel de indicar que qualquer fenômeno neurológico pode ser modificado pelo sujeito, pois está relacionado à interpretação cultural que o leva a ter aversão ou apetite. Segundo os entrevistados, *“o trabalho nas reuniões interdisciplinares era de mediação e de desconstrução de visões, pois todos tinham a mesma perspectiva consensual”*.

Rejane explica que eles sistematizaram essa discussão numa apresentação visual, *“de realizar a taxonomia. Criamos modelos, categorizamos e exemplificamos cada campanha e situações possíveis. Foram 12 categorias e para cada uma delas poderíamos trabalhar com o lado perverso ou com humor satírico, mas sempre mostrando que cada campanha pesquisada tem sua especificidade e está relacionada à forma com que as pessoas as interpretavam e as viam culturalmente”*.

Essa apresentação propunha aproximação entre as áreas do conhecimento da comunicação e a neurofisiologia, a metodologia direcionada pelo conceito de aversividade e realismo com a intenção de nortear o debate que envolvia a criação e o desenvolvimento dos protótipos de imagens antitabagistas a partir dos temas sugeridos pelas equipes do INCA e da ANVISA.

Rejane e Gamba Jr. defendiam que, *“a adrenalina que, para muitos, gera uma síndrome do pânico, para outros é a emoção que os move a escalar uma montanha ou andar de montanha-russa”*. Gamba Jr. explica que *“o efeito neurológico pode ser transformado culturalmente e psiquicamente em prazer ou em aversão. Uma imagem que você tem certeza que para os padrões morais, burgueses, são profundamente chocantes, para outras pessoas será um estímulo de excitação ou midríase com eriçamento do pelo”*.

Eliane Volchan, lembrou Gamba Jr., alegava que estávamos falando de perversão e, respondia que nem tinha chegado lá. *“Estou falando de alpinistas, de pilotos de automóveis, de pessoas normais. Mesmo as que têm síndrome do pânico e as que têm algum tipo de excesso também são normais, podemos incluir aí os perversos”*.

A morte, o ataque humano era um elemento de aversão na escala do IAPS, mas Gamba Jr. questiona *“em que escala a morte, que é tão frequente na nossa sociedade, gera aversão? Ou um menino de favela diante de um carro importado, aquilo vai ser um objeto de desejo ou uma aversão?”*.

Essa pesquisa científica intitulada *“Design & campanhas antitabagismo: as novas imagens e advertências a serem impressas nos maços de cigarro no Brasil”*, segundo Rejane estabeleceu um ponto de convencimento. *“Uma coisa é conversar, outra é o rigor científico, o ponto de vista científico da comunicação, do que deveria ser feito, com metodologias que eles desconheciam. Assim conseguimos organizar o grupo de pesquisa de forma intersetorial, com reuniões coletivas, vários backgrounds, diversas visões e sempre conseguíamos chegar a um consenso ao final”*.

O diálogo e os pactos a serem estabelecidos com a equipe era no sentido de ampliar o ângulo de visão para além do olhar de pesquisador e enxergar as categorias como o público em geral. Os entrevistados lembraram o primeiro encontro do grupo. Lá estava o pesquisador Billy Nascimento, que integra a equipe de Eliane Volchan, que trouxe como representação de aversividade a imagem da cobra, que alguns estudos baseados na tabela de classificação no IAPS mostravam que o ataque a um humano atingia alto grau de aversão. *“Ele fez o esforço de trazer a imagem da cobra de boca aberta, ver o índice de aversão na tabela e classificá-la como altamente aversiva”*.

A ampliação dessa noção com a perspectiva cultural apresentou um primeiro problema: o diálogo dessas reações corpóreas com a construção de uma subjetividade. A trajetória cultural dos sujeitos de uma coletividade pode alterar as reações comportamentais dadas a um mesmo tipo de resposta

fisiológica gerada por um determinado estímulo (SPITZ, R. e GAMBA Jr., N., 2007).

Um breve exemplo que demonstra a resistência da cultura. É nesse sentido que se mostra a importância de a análise dar conta de aspectos que ultrapassam os dados estatísticos ou as valências positivas ou negativas do catálogo do IAPS. Trata-se aqui de aproximação com o extrato de público a que se destina a imagem. *“O público principal, em sua maioria, são os jovens de classe C e D. Parte deles deve estar com a figura de cobra tatuada no braço e outra parte deve ter uma camisa com uma cobra de boca aberta. Essa imagem faz parte do cotidiano desse público, a imagem levada por Billy está mais para capa de disco de heavy metal, não é uma figura hostil. Talvez para uma dona de casa, uma senhora que se assusta com uma cobra”*. Rejane e Gamba Jr. começaram a introduzir a comunicação por uma perspectiva que considera os interlocutores como participantes. Ver os padrões culturais dessa aversividade e tratar o fenômeno de modo discursivo e não em polos opostos de emissão e recepção tornando a imagem dialógica.

Além do caráter relacional em busca dos efeitos de sentido, a minha outra pergunta referiu-se às questões éticas e estéticas. Para Rejane, a preocupação era não demonizar, *“Na imagem do feto tentamos caracterizar que não é toda grávida que tem de ficar atenta, apenas as que fumam muito”*.

Gamba Jr. revela que, no tema da escravidão, a mensagem era dirigida ao adicto e o sentido a ser comunicado era o do sujeito que fica escravo do cigarro. *“Produzimos a imagem de uma pessoa presa ao pelourinho, mas, por questões éticas, não podia ser negra e nem morena. Colocamos o louro surfista para não caracterizar racismo e a escravidão.*

Figura 35
Dependência Química (2008)



Fonte: Acervo dos pesquisadores Rejane Spitz e Gamba Jr. Imagens não aprovadas para o terceiro grupo de advertências (2008). (Não publicadas)

Rejane traz outro item importante: a observação da estética na composição das imagens. “Na advertência sanitária que aborda o fumo passivo, o jogo de imagem foi trabalhado de forma que a mãe, ao dar de comer à criança, não percebe que está fazendo um ato nocivo. Até que ponto podemos culpar a mãe de estar envenenando sua filha? A preocupação narrativa é a de mostrar que o vilão não é o sujeito e sim o cigarro”.

Figura 36
Fumo passivo (2009)



Fonte: Brasil. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco. INCA (2009)

Essa é a eficácia estética. Para Gamba Jr., “*tem uma lógica que está na palheta de cor, no enquadramento, tornando-o um sistema orgânico diferente das outras imagens que eram muito irregulares e cumprindo uma função que não é apenas o consumo apetitivo, mas olhar para algo que colida com você mesmo*”.

Para isso, continua Gamba Jr., “*saímos de uma posição de distância e podemos enxergar as possibilidades do projeto, entendê-lo melhor*”. Foi na busca de encontrar uma outra forma de comunicar que os entrevistados utilizaram figuras de linguagens que reelaboram os conteúdos. A metáfora, para Rejane e Gamba Jr., “*é um recurso frequente na publicidade e que serve para criar imagens que rompem com a representação da realidade ao criar uma figura de linguagem com um objetivo particular de mensagem. A utilização de técnicas de estúdio e computação gráfica se alia como mais um instrumental para a finalização dessas imagens*”.

Esse pensamento contraria as convicções de Eliane Volchan, que, em sua pesquisa, afirmou que metáfora e a utilização de técnicas de estúdio e computação gráfica reduzem

bastante a agressividade. Para a pesquisadora, quando uma situação era percebida como não real, como a imagem do cinzeiro na cabeça, a escala de valência negativa diminuía.

Figura 37

Cabeça recortada como um cinzeiro (2008)

Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2008)



Fonte: Acervo dos pesquisadores Rejane Spitz e Gamba Jr. Imagens não aprovadas para o terceiro grupo de advertências (2008). (Não publicadas)

Contrária a essa posição, Rejane reforça que a metáfora é um elemento-chave, “a mensagem está na imagem, mas não de forma óbvia, depende da interpretação do sujeito”. Optamos, por exemplo, por ressignificar o acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame cerebral como consequência do uso do cigarro ao recortar uma cabeça como se fosse um cinzeiro com o cigarro apoiado. O sentido estava dado na interligação do AVC ao uso abusivo do cigarro. “Diferente da imagem que foi aprovada para representar o AVC, não gosto dessa, pois parece um crânio arrebatado em consequência de uma martelada. Isso sim é uma aversão gratuita”.

O que de fato acontece com a elaboração de ficção é o desprendimento do sujeito de um nível de aversão, mas, em contrapartida, ressalta Gamba Jr., “consequimos mostrar que pela quantidade de elementos aversivos incluídos – escatologia, sangue – a aversividade conseguia se manter, tanto que, nos testes realizados, a imagem continuou aversiva”. E, continuou, “na própria situação do feto, a imagem é totalmente metafórica. O sentido dado é a percepção de que uma mãe joga o feto no cinzeiro, uma situação de analogia da morte prematura devido ao

uso abusivo do cigarro. No entanto, a imagem foi testada e dada como a mais aversiva embora não seja a mais realista de todas”.

Figura 38
Vítima desse produto (2009)



Fonte: Brasil. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco. INCA (2009)

Disse Rejane: *“Aceitamos as premissas da equipe e atendemos o pleito de manter a aversividade, mas, ao mesmo tempo, para fins da comunicação e do design busca-se compreender a percepção do outro”.* *“Compreender como sujeitos sociais constroem seus significados através da apreensão, compreensão e expressão narrativa da realidade”* (Motta, 2011).

Rejane cita outro exemplo de realismo metafórico utilizado nas imagens de advertência, categoria que provoca debate entre os pesquisadores. Para representar a impotência, outro tema dado pela equipe do INCA, Rejane conta que não se sentiu confortável com a primeira imagem testada, considerada mais aversiva: *“É como se o cara tivesse explodido!”.*

Figura 39
Impotência sexual (2008)



Fonte: Acervo dos pesquisadores Rejane Spitz e Gamba Jr. Imagem não aprovada para o terceiro grupo de advertências (2008). (Não publicadas)

No nosso entendimento, “*o que importa não é a ausência do órgão sexual e sim o não uso. Negociávamos muitas vezes, pois não achávamos que era a melhor solução, mas o grupo decidia coletivamente. Se as autoridades no assunto concordavam, acatávamos*”. Mas, ao final, a imagem da impotência foi vetada pelo então ministro da Saúde, José Gomes Temporão. A referida imagem teve que ser refeita sem tempo hábil para retestagem, prevalecendo o sentido da disfunção. Gamba complementa que “*a metáfora surge para ampliar os parâmetros de aversividade, que eram limitados, lesões no envelope corporal e ataque humano*”.

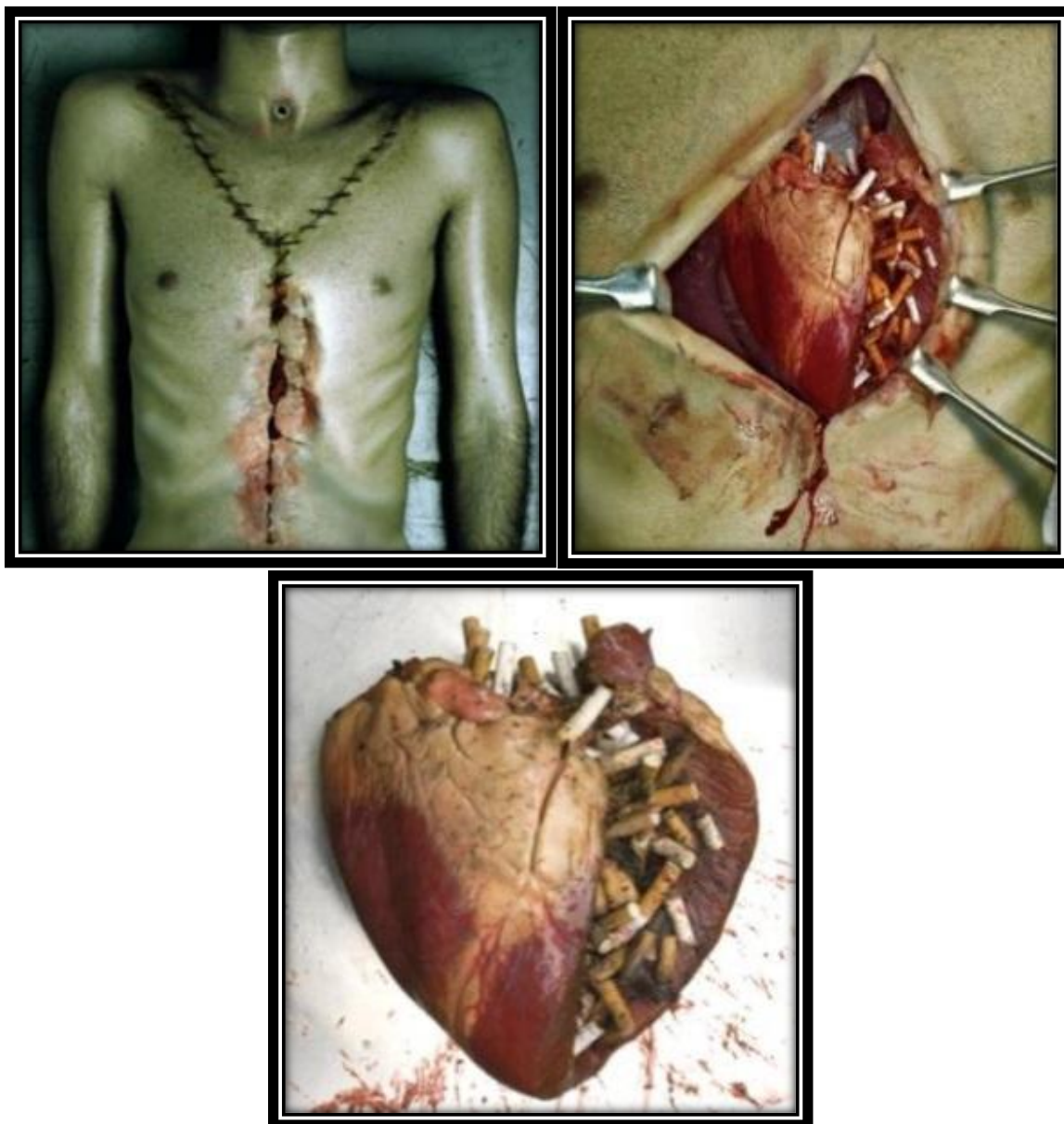
Figura 40
Impotência sexual (2009)



*Fonte: Brasil. Advertências Sanitárias nos
Produtos de Tabaco. INCA (2009)*

Mas algumas imagens aprovadas pela equipe de *design* prevaleceram. Rejane se orgulha da imagem do feto, pelos motivos que já esclarecemos, como também da do pulmão “*por ter o enquadramento com muito pouco de evisceração, e, ao mesmo tempo, passar a humanidade de um corpo que já perdeu a vida. Gosto muito das duas opções de imagens produzidas para significar danos ao coração. Uma cheia de guimbas e outra uma espécie de cartão postal, era a antítese do coração do amor, era o coração do desamor*”.

Figura 41
Melhores imagens para Rejane Spitz (2009)



Fonte: Brasil. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco. INCA (2009)

Estimulado por Rejane, Gamba Jr. também fez um *ranking* das imagens que tem orgulho de ter produzido: “*Gosto muito da gangrena porque, historicamente, o pé é uma representação. A imagem dá uma lição de design associada ao objetivo, a proporção das imagens anteriores não era boa, aparecia quase a perna toda ou o pé ficava pequeno e não se via a ferida, passando uma leitura de lugar pobre. Conseguimos trazer o pé em primeiro plano, com eficácia de leitura, pois fica claro que ali está representada a gravidade da doença*”.

Figura 42
Gangrena, melhor imagem para
Gamba Jr. (2009)



*Fonte: Brasil. Advertências Sanitárias nos
Produtos de Tabaco. INCA (2009)*

Em último lugar no *ranking* na visão de Rejane está a imagem do produto tóxico, que preferiria não ter feito: *“Optaria pela primeira imagem produzida do sujeito no vaso sanitário. Mas a que foi aprovada como mais aversiva e está estampada no maço de cigarros é a dos produtos tóxicos, que não foram bem resolvidos pois eram muitos e a equipe técnica exigia que todos estivessem representados resultando numa composição de vários elementos e, portanto, menos realista”*.

Figura 43

Piores imagens para Rejane Spitz (2008)



Fonte: Acervo dos pesquisadores Rejane Spitz e Gamba Jr. Imagens não aprovadas para o terceiro grupo de advertências (2008). (Não publicadas)

Os estudos de Eliane Volchan da aversividade no maço de cigarros tinham a função de desglamourizar o objeto. Deixava claro que a função didática e informativa não era prioritária, que tal papel caberia às campanhas publicitárias. Rejane e Gamba Jr. explicam que na peça do maço o tempo de leitura é curto e o espaço é pequeno para visualizar informações contundentes, assim, o trabalho foi desenvolvido com *slogan* de impacto publicitário. *Slogans* ou pequenas mensagens e imagens publicitárias não conseguem passar informações científicas. Disse Gamba Jr.: “Ao comparar as frases anteriores e as nossas frases, elas contemplam muito mais a linguagem coloquial de informação nos limites que a peça pode ter. Ela tem uma indicação de telefone para o cidadão buscar as demais informações. Mas ali o limite está dado porque a embalagem é um lugar de sedução e gatilho de compra”.

Como fazer a melhor comunicação com o público destinatário é a incessante busca do profissional. Rejane relembra a pergunta de uma professora durante evento promovido pela PUC-Rio, em 2009, questão muito frequente nos processos jurídicos e na sociedade de uma forma geral: como as campanhas antitabagistas justificavam essas cenas que ferem tanto a dignidade humana?

“Entendemos a partir daí que havia um problema com a divulgação da metodologia. Ao explicarmos a técnica empregada, o objetivo de desglamourizar o objeto, a função que não

é de divulgação e sim da antropologia do consumo, o interlocutor compreende o propósito. O trabalho promovido pelo INCA é de extrema importância, mas falta levar essa explicação à população”.

Nesse mesmo evento, Padre Jesus Hortal, então reitor da PUC, falou que *“é senso comum que a arte e o design trabalham produzindo o belo, mas não há trabalho mais belo que as imagens aversivas. Esse trabalho é uma contribuição social”.*

Gamba Jr. traz um novo elemento a esse debate sobre a perda da dignidade humana, a abordagem da morbidez na sociedade moderna: *“Não se pode considerar que a exposição do mórbido seja ferir a dignidade quando a função é educar, passar uma realidade. Ao contrário do que acontece nos filmes de terror americano, por exemplo, onde a morbidez é vista como mero entretenimento”.*

Essa é a hipótese que Gamba Jr. está considerando em artigo a ser publicado. Segundo ele, a maioria dos teóricos mostra a maneira como nossos jovens foram afastados da experiência da morte: *“Não a morte do cinema, mas a de ver alguém moribundo em casa, como no passado. Um ente próximo hoje ao apresentar algum sintoma já é enviado para o hospital, de lá ao Centro de Terapia Intensiva ou fica na Unidade de Tratamento Intermediário. O último suspiro nunca é dado próximo aos jovens para que eles possam ter a ideia do que é o risco da vida. Os jovens hoje não presenciam mais o velório ou a morte em casa, a morbidez foi retirada de suas vidas de uma forma asséptica e, deixado no lugar, o que é mais perigoso, o consumo do mero entretenimento”.*

Nesse sentido, *“há sim que existir algumas imagens e práticas, como ver o feto dentro do vidro na escola. A criança tem de estar apta e não a traumatiza ver esse nível de lesão, desde que amparado com a narrativa didática, explicativa e informativa, caso contrário é terror gratuito”.* Gamba Jr. finaliza a sua defesa em favor do método com uma pergunta: *“Como se comunica risco ao jovem que não vivenciou exemplos de risco, que não foi exposto ao conceito, que não tem a percepção do risco de vida, só do risco cultural?”.*

Para aclarar a explicação e reforçar a defesa, o pesquisador traz outro discurso incorporado e reproduzido pela sociedade: *“É comum escutar que ninguém para de fumar por causa das imagens. Mas não é o que as estatísticas e pesquisas aqui já citadas mostram. Ao contrário, as imagens de advertências são um dos indutores responsáveis pela redução da prevalência”.*

Gamba Jr. ressalta ainda os dados do “Disque-Pare de Fumar”, que evidenciam a diferença entre o adicto químico e o cultural: *“A nossa geração consumiu publicidade*

glamourosa produzida pelas companhias de cigarro, utilizamos o maço como objeto de identidade, crachá que o identificava com a marca Minister, Carlton ou Free. O nível de comprometimento cultural da nossa geração é absurdamente maior em relação ao que tem só a dependência química. Tal armadilha precisa ser desmontada, pois o cinema e a publicidade já jogaram sobre essa geração anos de glamourização”.

As medidas da política antitabagista têm sido eficazes. Hoje, os testes realizados entre os públicos de vários extratos mostram uma geração sem comprometimento cultural, afirma Gamba Jr.: *“As pessoas não colocam mais no bolso, viram o cigarro na mesa, escondem na bolsa, existe um acordo social de não valorização. O cidadão atualmente fuma em outro contexto. Essa ruptura que o sujeito fez com o objeto é importante, pois anula o laço a que ele estava amarrado, o maço não é mais parceiro. Esse nível de aversão em que as pessoas se incomodam com as imagens, não querem vê-las, escondendo-as em pedaços de cartolina é a construção cultural de uma revolta em relação a esse objeto”.*

Após a defesa do método de produção das imagens de advertências e a mediação do conceito de aversividade por meio dos estudos culturais, pergunto aos meus entrevistados: se fosse dada a eles a oportunidade de realizar as próximas imagens, como fariam?

As imagens aversivas cumpriram a sua eficácia em 2008, mas os efeitos de sentidos vão se alterando conforme os contextos social, ambiental e cultural. A comunicação hoje imprime outra dinâmica, valores, práticas e, a aversividade é um estímulo naturalizado na sociedade. Gamba Jr. alerta sobre o escândalo nacional que seria publicar essas imagens nos idos de 1970: *“Elas só foram possíveis em 2008 por já ter havido duas séries anteriores que já vinham apresentando o tema do aversivo de forma mais branda. Tudo é processual, a campanha criada naquele tempo e a interferência dentro de determinado momento e contexto depois tem de ser lida de outra forma, pois o tempo a transforma em outra campanha, outra inserção”.*

Gamba Jr. comparou o conceito da aversividade das imagens à controversa obra estética do cineasta e escritor italiano Pier Paolo Pasolini, que, utilizando o conceito da semiologia, colocou em cheque a sociedade católica italiana ao produzir um filme totalmente erotizado, com nu frontal e pênis ereto. Um escândalo nos anos de 1960, mas atualmente um filme exibido em circuito comercial. *“Na época, fez o papel que tinha de ser feito. Um escândalo tamanho a ponto de os cinemas proibirem a exibição, levando o Papa a discursar contra a produção. Três anos após, com o início do ciclo da pornografia norte-americana, Pasolini assiste seu filme sendo exibido em circuito comercial, perdendo o seu papel. Para o cineasta, a produção não era para ser consumida dentro do mercado que ele tanto criticava”.*

Rejane traz outro elemento que reforça a comunicação das imagens de advertências: a estratégia de evento de lançamento, que é o momento de a população prestar atenção, ferramentas como a coletiva de imprensa, o envolvimento da mídia reforçando a própria campanha: *“Hoje as pessoas já incorporaram as imagens, o desafio está em repensar as mesmas questões, os mesmos tópicos, de outra maneira, num outro tempo. O que mexe hoje com a sociedade?”*.

Ela acrescenta: *“Fazer diferente, com imagens com dimensões biográfica e narrativa. É outra vertente do realismo exemplarmente usada na campanha antitabagismo do Chile. Propusemos em 2008 a ideia da identificação do indivíduo, mas não foi consensual. O real biográfico é sustentado por uma base documental ou de relatos, mas pode ser potencializado no contexto do autobiográfico pelo aspecto confessional. A constrição e o confessional encontrados no relato do próprio indivíduo são de grande força realista”*.

Fazer diferente é pensar em trazer a hipermídia, conectar as imagens com a narrativa em longa-metragem, curta, site, redes sociais. Rejane fez essa proposta na primeira reunião do grupo de trabalho, que não se convenceu: *“Queria que relacionasse com redes sociais, tivesse o sujeito documentado no seu cotidiano, a imagem do maço estivesse relacionada a uma história de vida. Ampliar envolvendo as redes sociais é dar transparência e aumentar a participação das pessoas. Mostrar a modificação do indivíduo sofrida com o tempo e poder ver que aquela pessoa vai sendo outra, a mudança no corpo trazida pela dependência química. Assim, não seriam cinco anos com a mesma imagem, mas com a mesma temática. Estudar ainda outros caminhos afóra o aversivo, além do viral na rede. O humor é outro exemplo, por meio do ridicularizar, expor pateticamente”*.

Diante das ideias e da característica do objeto em questão é necessário que o INCA e a ANVISA promovam pesquisa qualitativa. Esse é o pensamento de Rejane e Gamba Jr. Ambos concordam que é preciso *“ter depoimentos de indivíduos de distintas gerações em relação às imagens e poder ouvir o sentido da repulsa, do nojo. Por exemplo, a única imagem do fumo que não era gatilho para o fumante, isto é, da qual ele tinha rejeição, é a dos dejetos, da cinza, da guimba. Mesmo o fumante não gostava do cinzeiro sujo, do cheiro, assim representamos o cigarro como guimba, como cinza, nunca apetitivo. Precisamos entender que outros valores dão nojo ao cigarro. Perguntar se, ao ver alguém doente, você já faz associação com o cigarro”*.

Enfim, estudar muito o que aconteceu nestes sete anos de imagens aversivas. Quais as mudanças provocadas nos sentidos da população? O que as pessoas têm a dizer que extrapola

a eficácia? Há o desafio de fazer melhor do que já foi feito. Não podemos mais tratar o cigarro como processo isolado, ele está dentro de tudo, desde as campanhas de TV e cartilhas nas escolas até os movimentos científicos, narrativos e informativos. O maço não é lugar de leitura ou de informação. Como bem diz Tânia Cavalcante, *“a campanha do fumo não é apetitiva, a aversão é contraponto à comunicação de apetite”*.

Rejane e Gamba Jr. finalizam com o argumento de que o próximo grupo de imagens tem de ser lançado visando uma nova busca contemporânea, não tem que ficar explicando cientificamente, até porque o maço não tem espaço de leitura necessário para ser lido, relido e apropriado com informações extensas. É mister identificar os lugares da informação ou mesmo de uma afetação, estímulo ou polêmica para cruzar todas as mídias. Uma imagem que traga a mensagem manifesta, está tudo ali, a identificação do indivíduo que dá sentido às sensações plásticas e poéticas. É mais eficaz do que ficar elaborando discursos.

Antes de concluir a primeira parte desta tese, elenco os avanços da política antitabagista e a avaliação das atuais imagens de advertências extraídas das entrevistas dadas pelo grupo responsável pela política antitabagista, denominado “vozes da produção”. O discurso está sob a forma de itens apenas para facilitar a leitura, não estando em ordem de importância ou de qualquer outro julgamento e/ou valor.

Vozes da produção: avanços adquiridos e sugestões para consolidá-los

Avanços:

- o Devido à negociação na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), o tabagismo hoje está na agenda da saúde e de outros setores fortalecendo em muito o país.
- o Os dados mostram a redução expressiva do tabagismo. A prevalência na população acima de 18 anos hoje é de 14% e a meta é chegar a 9% em 2020.
- o Por força de lei, a partir de janeiro de 2016, mensagens de advertência também serão incluídas na parte da frente da embalagem.
- o O ganho dessa política é a união de vários atores. Deixa de ser uma questão apenas da saúde e passa a ser um problema econômico, de trabalho, desenvolvimento e sustentabilidade. Todos voltados para o objetivo de diminuir o consumo, informar a população, prevenir e estimular a cessação de fumar.

- o As pesquisas mostram que as imagens de advertências são um dos indutores responsáveis pela redução da prevalência, 65% das pessoas que olharam as advertências pensaram em parar de fumar.
- o Os elementos técnicos incontestáveis, as evidências científicas e os dados estruturados sinalizavam para a aversividade como melhor modelo a ser aplicado à imagem de advertência sanitária.
- o As ações de controle do tabagismo foram muito efetivas. Atualmente, a sociedade já aprendeu que fumar na gravidez faz mal, criando uma associação de aversividade. É necessário avaliar se outros temas já foram introjetados pela população.
- o A comunicação é estratégia decisiva nesse processo de redução do tabagismo. As demais ações são complementares, inclusive o tratamento que pode ser desenvolvido dentro do espaço restrito da ação do profissional de saúde. Aliás, em todos os lugares do mundo onde a política antitabagista teve impacto houve uma estratégia de comunicação forte e bem-feita.
- o Foram dois anos de trabalho com a criação de um grupo de pesquisa intersetorial, reuniões coletivas, vários backgrounds envolvidos, diversas visões e um consenso final de dar a noção da aversividade fisiológica e um desdobramento cultural subsequente às imagens. Sempre com a preocupação narrativa de mostrar que o vilão não é o sujeito e sim o cigarro.
- o Hoje as pessoas não colocam mais o cigarro no bolso, mas o escondem na bolsa. Elas têm um acordo social de não valorização do maço. Essa ruptura que o sujeito faz com o objeto de anular o laço que o amarrava, não ser mais o seu parceiro, mostra uma geração sem comprometimento cultural.
- o As pessoas se incomodam com as imagens aversivas, não querem vê-las, as escondem em pedaços de cartolina. Esse nível de aversão é a construção cultural de uma revolta em relação a esse objeto.

Sugestões para consolidar os avanços: fazer diferente é...

- o Realizar novos estudos. Já ocorreram três avaliações populacionais do último grupo de advertências, mas, até o momento, não foi feita qualquer pesquisa ou avaliação qualitativa das advertências sanitárias de 2008, como a realização de grupo focal com jovens.

- o Estudar mais para saber o que vai se comunicar melhor, definir o grupo a ser atingido pelas imagens de advertências – o jovem que não começou a fumar ou aquele que já começou e precisa parar ou mesmo o fumante que tem o hábito já introjetado. Estudar as informações que mais afetam os jovens e aquelas de que a população tem menos conhecimento, como a má formação fetal, a cegueira e o dano ambiental.
- o Avaliar com maior profundidade as imagens que utilizam técnicas de estúdio e computação gráfica para comprovar os efeitos produzidos. Ainda há controvérsia se essas imagens associadas à ficção com uso de metáfora diminuem a aversividade.
- o Trabalhar com banco de imagens e não com modelos.
- o Chamar pesquisadores de outras áreas do conhecimento, como percepção de risco e *marketing*, olhares diferenciados para aprimorar o processo.
- o Avaliar pós-ação de comunicação para apreender mais com elas. Por falta de uma comunicação mais presente e coordenada, o Brasil ainda pisa na bola.
- o Comunicar de forma diferente com os públicos resistentes, como a circulação de embalagens genéricas, imagem menos aversiva ou mesmo as pistas positivas.
- o Articular com os novos integrantes da Rede SUS como elemento propulsor da política.
- o Levar à população explicação sobre a metodologia empregada. O objetivo é desglamourizar o objeto e a função não é de divulgação e sim de antropologia do consumo.
- o Fazer diferente é pensar imagens com dimensão biográfica, narrativa e imagem testemunhal trazendo a ideia da identificação do indivíduo.
- o Pensar em trazer a hipermídia, conectar as imagens com a narrativa em longa-metragem, curta, site, redes sociais, para dar transparência e aumentar a participação das pessoas.
- o Fazer diferente é ter o sujeito documentado em seu cotidiano, a imagem do maço relacionada à sua história de vida.
- o Mostrar a modificação do indivíduo sofrida com o tempo por meio das redes sociais. É poder ver que aquela pessoa vai se tornando outra, a mudança ocorrida pela dependência química. Ela se modifica com o tempo, assim não teríamos cinco anos com a mesma imagem, mas com a mesma temática.
- o Fazer diferente é estudar outros caminhos, afora o aversivo, o viral nas redes sociais, o humor por meio do ridículo, da exposição patética.

- o Fazer diferente é estudar muito o que aconteceu nestes seis a sete anos de exposição das imagens. Quais as mudanças provocadas nos sentidos da população? O que as pessoas têm a dizer que vai para além da eficácia? Há um desafio do fazer melhor do que já foi feito.

Concluindo...

Para encerrar esta primeira parte da tese, me permitam um breve comentário sobre meus entrevistados. Tanto os responsáveis pela produção das imagens de advertências como os responsáveis pela política pública antitabagista.

O extrato da comunicação é o entendimento entre os sujeitos, o diálogo. Para atingir o conhecimento é fundamental que desenvolva uma relação dialógica num processo de aprendizagem. Segundo Freire (1980), não há um sujeito que ensina e um receptor que aprende a respeito de um objeto. O que há são “dois sujeitos que pensam em conjunto, que aprendem um com o outro constituindo um verdadeiro processo comunicacional no qual nenhum deles ensina ao outro, mas ambos aprendem em conjunto a respeito daquele objeto”.

Os dois discursos, tanto o do governo quanto o da ciência, revelam uma incapacidade de perceber que entre uma posição e outra existe uma larga escala de valores. É como se só existisse um lado, uma verdade, e o outro lado, conseqüentemente, é demonizado.

No meio acadêmico, percebi a importância da discussão sobre os tipos e métodos de pesquisa, um tema que sempre provocou divergências e discussões. No grupo de estudos formado para a produção das imagens de advertências sanitárias (2008) não seria diferente. Os pesquisadores PUC-Rio Rejane Spitz e Nilton Gonçalves Gamba Jr. vinculados aos estudos sociais consideram a abordagem da pesquisa qualitativa como método de análise da variabilidade do comportamento, dos estados subjetivos, como pensamentos, sentimentos e atitudes. Os pesquisadores da UFF e da UFRJ, que têm como porta-voz Eliane Volchan, estão voltados para o método quantitativo dos estudos da neurofisiologia das emoções com o objetivo de aplicar esse conhecimento à resolução de problemas voltados às hipóteses científicas testáveis.

Os debates que aconteceram no decorrer dos dois anos de trabalho iluminaram na micropolítica o que acontece na macro, a dificuldade de diálogo entre pesquisadores que exercem pesquisas qualitativas e quantitativas. Fica evidente a correlação de forças na defesa do método, arriscaria a dizer da “crença ideológica”, muito por desconhecimento de causa.

Nesse sentido, a fala de Eliane Volchan é bem ilustrativa: *“Temos preconceito quanto à pesquisa qualitativa, nunca achei que tivesse respaldo científico, desconhecia-a”*. Os dois anos de convívio, para os pesquisadores, não só resultaram na produção das imagens, mas na mudança de paradigmas, no reconhecimento da pesquisa qualitativa voltada para o social e na importância da interação dos pesquisadores para chegar a um bom resultado.

É difícil aproximar-se de um tema de pesquisa a partir de paradigmas distintos, mas, ao final, para Volchan, *“do ponto de vista antropológico e da pesquisa básica foi uma experiência positiva o contato com o social, a argumentação de suas premissas de trabalho e o fato de as pessoas se afinarem”*.

A ampliação dessas noções com a perspectiva cultural apresentou um primeiro problema: o diálogo dessas reações corpóreas com a construção de uma subjetividade. Para atingir essa abordagem mista, o primeiro passo para Spitz e Gamba Jr. *“foi identificar, na noção de aversividade, as suas nuances culturais para uma transposição mais rigorosa entre os campos”*. Como mostra Nascimento *et al*:

Os determinantes de uma sensação aversiva diante de um estímulo para a neurociência são encontrados através de reações fisiológicas como sudorese, frequência cardíaca, midríase, dentre outras, e podem ser estudados através de várias pesquisas de campo, inclusive com o uso de entrevistas (NASCIMENTO *et al*, 2010).

Enquanto participante do processo de construção de conhecimento, Günther (2006) afirma que, idealmente, o pesquisador não deveria escolher entre um método e outro, mas usar as várias abordagens qualitativas e quantitativas que se adequem à sua questão de pesquisa.

Os responsáveis pela política pública antitabagista, o médico Luiz Antônio Santini, gestor do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, por quase dez anos; Tânia Maria Cavalcante, que integra a equipe do Programa Nacional de Controle do Tabagismo desde 1993 e Cristina de Abreu Perez também fortaleceu o conflito de abordagem e a lacuna quanto ao diálogo.

Santini declara que o conflito surge na dificuldade de conversa entre a política antitabagista e a saúde mental: *“Os pacientes de doenças mentais não deveriam ser abordados com relação à política antitabagista”*. Isso gerou conflito e dificultou a conversa institucional, as políticas não avançaram devido à lacuna do diálogo.

Conceitos distintos, políticas diferenciadas, crenças e ideologias que não se entrelaçam. Tais questões, que deveriam estar sendo conduzidas pelos agentes enquanto superação chegou

ao impasse, danoso aos usuários do sistema de saúde. Tânia Cavalcante admite que *“pela primeira vez na história há um racha na saúde pública no que diz respeito ao entendimento do conceito de redução de danos”*.

A redução de danos é uma política atual, fortalecida pela de saúde mental, que estabelece o diálogo e o vínculo entre os executores e os beneficiados das ações. Para a política antitabagista não cabe a estratégia de redução de danos. Tânia explicou que *“no caso do cigarro convencional, diminuir o número de cigarros ou fumar marcas light não resolve, a toxidade é a mesma, não reduz dano”*. A estratégia de redução de danos para Dias:

[...] tende a uma formatação mais humanitária, ou ainda, caracteriza-se como uma medida de baixa exigência em contraposição às estratégias proibicionistas de alta exigência, uma vez que não estabelece como meta inicial para o tratamento a abstinência do uso da droga e pressupõe que a atenção à saúde chegue até o usuário, onde quer que ele se encontre, e não o contrário (DIAS *et al.*, 2003).

O discurso dos agentes políticos deixa clara uma cisão e uma recusa no aceite da estratégia no âmbito da prevenção sob o argumento de falta de cientificidade. Para Tânia, *“a política de saúde mental tem a ideologia como base enquanto a antitabagista está calcada em evidências científicas”*.

Machado *et al* (2013), avalia esse quadro como *“um indicador da mudança dos paradigmas e dos discursos atualmente vigentes, os quais ainda são instáveis e não estão consolidados nas políticas sobre drogas e nos discursos científicos”*. E conclui:

Vivencia-se um período de intensa formulação de políticas públicas... a superação das décadas sem resultados das políticas proibicionistas e uma compreensão ampliada do problema, que contemple a complexidade do fenômeno das drogas (MACHADO *et al* 2013).

PARTE 2

DIÁLOGOS POSSÍVEIS ENTRE AS INSTÂNCIAS E OS CONCEITOS DO SUS

Trabalho de Campo: A busca de diálogos e interfaces possíveis entre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e a Atenção Primária em Saúde

Observei até aqui que os embates entre a política pública e a prática comunicativa tendo como objeto as campanhas antitabagistas e as advertências sanitárias geram percepções distintas dos segmentos que deles participam e levam à dicotomia discursiva no bojo do SUS. Esse processo pode variar de sujeito para sujeito, de região para região ou de órgão para órgão. Para tentar compreender como esses sentidos foram apropriados pelos sujeitos e de que forma eles foram afetados por essas práticas comunicativas, optei por entrevistar profissionais de atenção básica do SUS para chegar cada vez mais perto das respostas às perguntas desta pesquisa.

A opção que faço nesta segunda parte da tese consiste em olhar para esses sujeitos em suas relações, em suas vidas e em seu próprio mundo. Como afirma Petuco (2011, p.65), “discursos são práticas e produzem efeitos na materialidade da vida cotidiana, incidem sobre políticas públicas, as instituem. Constituem racionalidades e afetos que embasam práticas cotidianas no miúdo da vida vivida”.

A opção pela modalidade de entrevistas semiestruturadas justifica-se pela importância de haver um roteiro base para estabelecer um comparativo com as respostas dos entrevistados responsáveis pela produção das advertências sanitárias apresentadas na primeira parte desta tese. Mas, desta feita, não serei tão rígida a ponto de perder a riqueza do imaginário dos entrevistados, suas afetações, reações físicas, impasses, conflitos e emoções.

Dessa forma, a ênfase na escuta será de grande valia para perceber a intertextualidade que acentua a historicidade dos textos, sempre elos das “cadeias de comunicação verbal” (Bakhtin, 1998). As entrevistas semiestruturadas deverão ainda ser um instrumento relacional,

fala e escuta, que permitirá estabelecer um vínculo com o sujeito, apropriar dos sentidos dados em seus discursos como prática política e ideológica.

Entre tantas faces que constituem a atenção básica, a escolha dos entrevistados desta etapa ocorreu devido às pistas deixadas pelos documentos analisados e pelos atores que participaram na construção da política antitabagista e da produção das imagens de advertências de 2008. A chave-mestra foi localizada em documento do Banco Mundial (2007) que avalia a política antitabagista. Nele consta como expectativa a capilaridade das ações antitabagistas na atenção básica, mais precisamente “que os canais usuais como o Programa Agente Comunitário de Saúde e o de Saúde da Família promovam o controle do tabagismo no nível local”.

Entre os diversos profissionais que atuam nessa área, os agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem estão na ponta do sistema de saúde. São os responsáveis por percorrer os territórios, se relacionar diretamente com os usuários do SUS em suas casas, conhecendo as suas vidas e estabelecendo vínculos. Esses atores são a base da Atenção Primária à Saúde (APS), melhor dizendo, o centro de comunicação entre as unidades de assistência e a população na concepção de redes hierarquizadas e regionalizadas em consonância com o movimento internacional de Cuidados Primários em Saúde, na Declaração de Alma-Ata de 1978.

Mendes (2011) defende que a população é o elemento central à rede, portanto, suas necessidades sociais e de saúde devem ser compreendidas pelas equipes que atuam na APS na forma de responsabilização sobre os territórios-processo, ou melhor, o processo de territorialização como define o autor,

[...] tem por base a construção de territórios-processos que são definidos por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais, com uma visão dinâmica que acompanha as mudanças permanentes no território. São territórios de vida que se reconstróem todo o tempo, em suas diversas dimensões (MENDES, 1995).

Pensamos que as figuras do agente comunitário de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem são estratégicas no desenvolvimento e sustentação da construção de uma política de controle do tabaco. São mais de 300 mil profissionais de saúde em contato direto com o usuário que, uma vez instrumentalizado, será capaz de disseminar a produção do cuidado.

A formação dos trabalhadores precisa ser potente para contextualizar e apresentar novas perspectivas técnico-políticas do cuidado em saúde, bem como produzir estratégias e ações de

interface entre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e a Atenção Básica capazes de criar novas dinâmicas de trabalho.

O olhar do cuidado ao sujeito e sua condição de saúde deve estar presente nos diferentes espaços da rede do SUS, em especial nos serviços de APS, os quais devem estar sensibilizados para acolher as pessoas nas suas diferentes demandas e garantir formas de cuidado mais humanizadas, que respeitem os direitos humanos.

Como mostra a primeira parte desta tese, os sujeitos envolvidos com a política antitabagista criaram estruturas próprias de educação e saúde, o que dificulta a capilarização na rede do SUS, principalmente da rede de APS. Minha estratégia como pesquisadora foi planejar minha aproximação desses sujeitos, localizá-los no emaranhado das estruturas descentralizadas da APS e sensibilizá-los a serem entrevistados no campo, em seu mundo de trabalho, nas redes de relações em que estão inseridos.

Na premência de encontrá-los, eu me deparei com mais um órgão do sistema de saúde pública, até então por mim desconhecido: as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS). Essa rede de educação em saúde pública foi avocada em 1998 pelo Ministério da Saúde, que tinha o desafio de formar, em escala nacional, agentes comunitários de saúde para integrarem o Programa Saúde da Família. Desse modo, foram criados os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família e as Escolas Técnicas do SUS, aparelhos formadores com capacidade de promover nesse público a conscientização e a capacitação no interior do SUS.

Atualmente são 40 escolas técnicas, centros formadores de recursos humanos e escolas de Saúde Pública do SUS em todos os estados do Brasil. As ETSUS, em sua integralidade, estão voltadas para a formação dos trabalhadores de nível médio do sistema de saúde. Dessas 40, 33 são estaduais, seis são municipais e uma é federal. A maioria está vinculada diretamente à gestão do SUS, e as que pertencem a outras secretarias têm gestão compartilhada com a Saúde (RETSUS, 2015).

As Escolas Técnicas do SUS são o lugar reconhecido pelo Estado como espaço nacional com representatividade em capacitar os Agentes Comunitários de Saúde, bem como os outros trabalhadores do SUS que integram a equipe de atenção básica. Elos fundamentais para o cuidado e a ampliação da difusão das informações sobre os malefícios causados pelo uso abusivo do cigarro.

Pelos motivos expostos, eis porque os diretores das ETSUS são figuras fundamentais para integrar a nossa mostra. São sujeitos com a competência de instrumentalizar agentes

comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem com novos conhecimentos sobre problemas de saúde e tecnologias de atenção, e também sobre processos de ensino-aprendizagem-avaliação, apoio à gestão e de mediação de relações entre membros de equipe entre si e com a comunidade.

As ETSUS estão estruturadas na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), que completou 15 anos em 2015. A coordenação dessa rede fica a cargo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), que desenvolve uma estratégia de articulação, troca de experiência, debate e construção do conhecimento em educação profissional em saúde (RETSUS, 2015).

O conceito de rede é muito utilizado nas ciências políticas. Ele coloca em questão as estruturas e os contextos das relações entre Estado e sociedade. Esse conceito, como mecanismo de coordenação de políticas públicas, tem se ampliado no Brasil desde a década de 1990.

Nesta tese compartilhamos o conceito de Santos (2008), que aponta duas matrizes para a definição de rede. Uma considera o aspecto de sua realidade material e a outra inclui o social. Essa rede vai além do social, perpassa o político, mas, principalmente, é composta por “pessoas, mensagens, valores” sem os quais ela seria uma “abstração”.

São muitos os autores que reconhecem a importância das redes. Pontuo Levy (1993), que as define como tecnologias da inteligência na sociedade sustentadas em reflexões da filosofia e da psicologia. Para o autor, é preciso entender a ecologia cognitiva, que se contrapõe à ideia sistêmica de emissor, mensagem, receptor e inclui um sentido, o psicossocial. “O conjunto das mensagens e das representações que circulam em uma sociedade pode ser considerado como um grande hipertexto móvel, labiríntico, com cem formatos, mil vias e canais” (Levy, 1993, p.185).

Apesar dos diferentes olhares, o entendimento é o mesmo: a rede permite conectar organizações em seus contextos institucionais. Dessa maneira, cada pessoa age no circuito de comunicação, porém, é preciso entender o contexto em que isso se dá tendo em vista a complexidade dos processos sociais e a multiplicidade de instituições envolvidas. O Estado vem se utilizando das redes para identificar conexão de atores (públicos ou privados), arranjos interorganizacionais, interlocutores estabelecidos num dado contexto situacional.

No Brasil, esse fenômeno, que é recente e está em expansão, tem transformado a estrutura estatal. Empregaremos esse conceito nesta tese abordando a experiência evidenciada no circuito das RETSUS. O exercício será averiguar nessa matriz com características de rede a

disponibilidade da direção das Escolas ou de outros atores representantes da gestão educacional em todo o país para as entrevistas semiestruturadas desta pesquisa.

Quais discursos da política de controle do tabaco são produzidos pelas e nas ETSUS? Como esses discursos são repassados na forma de conhecimento aos profissionais do SUS? Qual o acúmulo de produção social e a compreensão dos sentidos do elaborado por essas instâncias?

Discurso estabelecido por Fairclough (2001) como aquele que mantém e transforma as relações de poder e as entidades coletivas em que existem tais relações. Como prática ideológica, o discurso constitui, naturaliza, mantém e também transforma os significados de mundo nas mais diversas posições das relações de poder.

Reconheci nas ETSUS mais do que um canal de aproximação com os profissionais do sistema público de saúde, mas como um *locus* por onde os discursos de educação, comunicação e saúde são apropriados. Espaço interpretativo capaz de nos dizer o sentido relacional entre os profissionais da atenção básica e a política antitabagista.

Encontrei a nossa rede capilar integrada por atores-chaves para a pesquisa e já formulei as questões norteadoras a serem feitas. Mas ainda há de ser acrescentada outra informação relevante nesse contexto. No ano de 2015, as ETSUS foram protagonistas da qualificação profissional, destinada aos agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem que atuam na Atenção Básica, contemplada pelo Plano Crack: *É Possível Vencer*. O curso de Formação em Saúde Mental (Crack, Álcool e outras Drogas) foi denominado de Projeto Caminhos do Cuidado. O objetivo era discutir a abordagem de problemas encontrados no processo de trabalho dos profissionais acima citados e relacionados ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas na tentativa de ampliar as possibilidades das práticas de cuidado, acolhimento e escuta.

Nesse sentido, tal formação coincide com a temática de minha pesquisa. Os riscos associados ao consumo prejudicial de drogas ofertavam aos ACS e Atenfs práticas de saúde de acordo com as demandas de cada situação, de cada usuário, sempre estimulando sua participação e seu engajamento.

Para coordenar tal projeto nas ETSUS foram selecionados, através de edital, coordenadores estaduais. Como pré-requisito era necessária a formação superior na área de Saúde Mental, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Atenção Básica, Educação ou Ciências Sociais com comprovação de experiência profissional mínima de dois anos na área de Saúde Mental e/ou de Atenção Básica em ensino, gestão ou serviço da rede do Sistema Único de Saúde.

Assim, além dos diretores das Escolas Técnica do SUS, decidi, junto com a orientadora desta tese, Ana Paula Goulart, pela inclusão de coordenadores estaduais do Projeto Caminhos do Cuidado nesta apresentação. Foram eles os responsáveis pela condução da capacitação de 297 mil ACS e Atenfs, testemunhas do processo de regionalização no território. Esse curso foi único, não só pela dimensão, mas também pela temática das drogas. Esses atores – diretores das ETSUS e coordenadores estaduais do Projeto Caminhos do Cuidado – foram entrevistados a partir do olhar que recorta os pressupostos teóricos desta pesquisa.

A viabilidade para tal desafio foi dada pelo Laboratório de Informação Científica e Tecnológica em Saúde (LICTS), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, por meio da pesquisadora e professora de doutorado Maria Cristina Soares Guimarães. Além de integrar o LICTS, Cristina participava do grupo condutor responsável pela infraestrutura e comunicação do referido Projeto Caminhos do Cuidado.

Definida a amostra e a viabilidade logística, o próximo passo foi desenvolver a estratégia de abordagem do objeto. Para o desenvolvimento das entrevistas semiestruturadas escrevi o roteiro básico de questões a serem consideradas com os entrevistados. As perguntas foram revisadas pela orientadora Ana Paula Goulart Ribeiro. São dois blocos: um trata do perfil do entrevistado e o outro é voltado para a pesquisa “As Advertências Sanitárias no Maço de Cigarros: Política Pública e Prática Comunicativa do Sistema Único de Saúde”.

Perguntas Introdutórias

1. Nome, data e local de nascimento, atividades dos pais, formação, início das atividades profissionais. É fumante? Lida com muitos fumantes no serviço?
2. O que sente ao ver esta imagem? (Mostrar a do feto)
3. Ela é suficiente a levar você, fumante, a parar de fumar? (Fumante). Se você sentisse desejo de fumar, esta imagem evitaria que você pegasse o maço de cigarros? (Não fumante)
4. Que vantagens ou desvantagens você vê no fato de a política antitabagista estar apoiada em uma destas duas imagens? Tem proposta diferente? (Mostrar a imagem da perda ao fumar e do ganho em parar de fumar)
5. O Programa Nacional do Controle do Tabaco está ligado ao câncer. Que vantagens ou desvantagens você vê na ligação com o câncer e não com a política antidrogas do SUS?
6. Você acha que os trabalhadores do SUS, em especial aqueles do Programa Saúde da Família, estão capacitados a lidar com o fumante? Em que consistiria essa capacitação?

Reforço que o fato de a entrevista ter uma estruturação prévia não significa perder a riqueza de questões trazidas pelos entrevistados. Meu papel de pesquisadora é o de promover nos entrevistados o fluxo de ideias em relação à sua competência e ao tema. Nesse sentido, pretendo intervir o mínimo possível e buscar não os induzir às respostas. Evitei colocar as minhas premissas em torno do assunto, estimulando os entrevistados a desvelarem as deles.

Como jornalista, pela prática diária de entrevista, conduzir o entrevistado é levá-lo para onde ele quer ou mudar o rumo da entrevista ao perceber que há assunto mais interessante em outro viés da fala do entrevistado. Como pesquisadora pretendo trabalhar com as experiências socialmente vivenciadas, ouvi-las e conhecê-las com um olhar crítico sobre os depoimentos.

Toda prática social articula diferentes elementos da vida – ação e interação, relações sociais, pessoas (e suas crenças, valores, atitudes, histórias etc.), mundo material e discurso. (Fairclough, 2003, p.205). Diante disso, a intenção é que as entrevistas semiestruturadas reúnam esses elementos.

Afora o roteiro, outro instrumento fundamental é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética. Todos os termos assinados por cada entrevistado estão digitalizados e à disposição do Comitê de Ética e da banca (Anexo 01).

Perseguindo o caminho da escuta e de interação com o entrevistado incluí mais um elemento à pesquisa ao convidar a jornalista Stephanie Saramago, especializada em cinema, para filmar as entrevistas na perspectiva da inclusão de suas histórias. Trabalhei com a referência da etnografia fílmica da antropóloga e bioeticista Diniz (2013) seguindo os passos da pesquisadora em “A Casa dos Mortos: do Poema ao Filme”. Descrevo a seguir as fases do trabalho para a realização do campo após a elaboração do roteiro.

Além do TCLE, tive que providenciar documento de Direito de Uso de Imagem. O uso do gravador e o da câmera de vídeo devem ser autorizados pelo entrevistado. Em anexo, a documentação digitalizada assinada por cada um deles (Anexo 02).

As entrevistas com os diretores das ETSUS e com os coordenadores estaduais do Projeto Caminhos do Cuidado foram feitas nos 26 Estados brasileiros mais o Distrito Federal e constituirão um acervo de depoimentos a ser publicado na plataforma YouTube. A captação em vídeo das entrevistas foi em Full HD (1920 x 1080) e a do áudio direto com gravador zoom profissional.

O processo das entrevistas no campo aconteceu da seguinte forma. Enquanto Stephanie Saramago montava os banners, câmera, microfone de lapela e luz, eu conversava com o entrevistado sobre a proposta da pesquisa e a temática das advertências sanitárias e solicitava a

assinatura dos documentos de autorização e a aquiescência para realização de algumas perguntas. Uma vez tudo autorizado, eu começava uma conversa sobre a trajetória de vida e profissional de cada um e, logo após, as perguntas roteirizadas ocorriam com o mínimo de intervenção possível para correção de rumos.

A perspectiva da introdução do vídeo era dar visibilidade às reações e percepções dos entrevistados ao verem as imagens utilizadas na prática comunicativa do controle do tabaco. Queria acompanhar os enunciados inscritos nas campanhas de prevenção ao uso do cigarro e nas advertências sanitárias em seus efeitos, em seus ditos e interditos, em suas visibilidades e ocultações como cita Petuco:

E mais, queria fazê-lo sem buscar elementos pretensamente ocultos nas entrelinhas dos enunciados, ou mesmo fora deles, em espúrios e insondáveis interesses escondidos por trás de uma fachada humanista. Assim, busquei manter o foco tão somente naquilo que podia ser apreendido na observação cuidadosa dos enunciados os quais me propus percorrer (PETUCO, 2011, p. 65).

Duas cenas separadas por pouco mais de três anos foram as imagens por mim escolhidas para provocar os sentidos nos entrevistados. A primeira foi a advertência produzida pelo Programa Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) considerada pelos pesquisadores como a de maior índice de aversividade. Esta foi a primeira imagem a ser mostrada ao entrevistado:

Figura 44
Vítima deste produto (2009)



Fonte: Brasil. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco. INCA (2009)

Antes de apresentar a segunda imagem, permitam-me fazer uma leitura desta advertência. São muitos os olhares metodológicos e percepções construídas até aqui com base na observação do *corpus* escolhido. Pretendo apontar mais um plano de análise possível. No capítulo anterior usei o modelo semiótico de Floch (1995, 1997). Lanço mão agora da autora Joly (2009) com a intenção de extrair de forma plural os recursos linguísticos, semiológicos e estéticos materializados na referida imagem de advertência.

O modelo de análise da semioticista Joly (2009), permite conciliar a complexidade do termo “imagem” como sinônimo de representação visual bem como compreender melhor a maneira como ela se comunica e transmite mensagens.

Na sequência, o exercício é salientar o discurso implícito proposto por essa imagem “fabricada”, isto é, segundo a autora, um modelo de imagem científica que é uma imitação perfeita provocando ilusão da realidade, melhor dizendo, uma imagem virtual.

Corroborando sua afirmação de que “não existe um método absoluto para análise, mas opções a serem feitas ou inventadas em função dos objetivos” (Joly, 2009, p.50), arriscaremos formalizar, antes de ir a campo, a leitura simbólica da primeira imagem virtual escolhida.

Leitura da Imagem (1)

Contexto: Trata-se de uma imagem publicada, a partir de 2008, em maços de cigarros pela indústria do tabaco por força de lei do governo brasileiro. O suporte da imagem é a embalagem do maço de cigarros, que não é descartada pelo fumante depois de aberta, mas mantida próxima a ele. A embalagem tem alto grau de visibilidade social e funciona como “produto-crachá”, além de ser constantemente manuseada e deixada exposta ao público durante o seu uso. Por fim, mas não menos importante, os maços funcionam como uma ferramenta de comunicação.

Descrição: A advertência sanitária é uma contrapropaganda do governo às mensagens e imagens divulgadas pela indústria e que ocupam um lado inteiro do maço de cigarros. Na parte superior da advertência foi colocada uma palavra ou frase de destaque que resume o conteúdo da imagem. O título acima da foto é “VÍTIMA DESTE PRODUTO”, num corpo de texto grande e com letras de forma. Logo abaixo aparece a imagem propriamente dita e, em seguida, está a advertência do Ministério da Saúde com uma informação mais didática e aprofundada: “O Ministério da Saúde adverte: Este produto intoxica a mãe e o bebê, causando

parto prematuro e morte”. E, mais abaixo, a afirmativa: “Pare de fumar”. Fechando o quadro, o canal para mais informações: Disque-Saúde – 0800 61 1997.

Mensagem plástica: Para Joly (2009), são signos plenos as cores, formas, composição, textura, suporte, enquadramento, portadores de significações. O espaço é quase totalmente ocupado pela fotografia – em tons de azul, sobre um fundo acinzentado – de um feto abortado dentro de um cinzeiro cheio de “bingas” de cigarros. Essa fotografia constitui uma grande massa escura delimitada por um fio branco.

Enquadramento: impressão de grande proximidade com profundidade de campo (tudo está nítido do primeiro plano até o fundo).

Composição da diagramação ou geografia interior da mensagem visual: o layout das advertências foi também modificado para melhorar o impacto visual e semântico dos temas que seriam abordados.

Suporte: papel semiacetinado envolvido em plástico. As dimensões, sua diagramação e o tipo de caracteres empregados assinalam que essa mensagem visual é um tipo de propaganda. Certo respeito à uma tradição publicitária.

Quadro: a imagem tem limite físico materializado por uma moldura. A fotografia e os caracteres são circunscritos por um fio *bold* branco em contraste com o fundo preto, demarcando o campo fora/dentro, procedimento que remete ao universo cinematográfico.

Formas: a forma aparece com dados da natureza, a figuratividade das imagens, o feto, restos de cigarros e a indução de estar sobre parte de um cinzeiro de louça branco. Uma massa humana envolta em formas circulares num maciço cinzento.

Cores e iluminação: As cores escuras, cinzentas e azuladas formam um cenário escuro e sem luz. O destaque de cor e luz está no cigarro branco e marrom, o que o traz para primeiro plano, mas já consumidos para não haver atração. O “calor” do marrom se opõe à “frieza” do cinza. A coloração escura e a luz difusa têm efeito sociocultural trazendo a memória de morte, tristeza e dor. A percepção visual é considerada fria porque supõe um distanciamento do consumidor.

Textura: Lisa, mas, ao mesmo tempo, a fotografia tem uma suposta rugosidade com grãos que lembram cinzas do cigarro e que levam à percepção de sujeira.

Mensagens icônicas ou figurativas: Segundo a autora, são vistas como parte de elementos que estão para designar o todo por contiguidade. Ele ressalta que a interpretação dos motivos ocorre por meio de conotação de diversas ordens como socioculturais e posturas, dentre outras.

Significantes icônicos / Significados de primeiro nível / Conotações de segundo nível

Louça branca	cinzeiro	fumante
“Bingas”	maço de cigarros	consumo, vício
Feto	aborto	abandono, morte

Os processos de associações são desencadeados por representações de objetos ou de seus fragmentos. Apesar de poucos elementos, a existência de um feto prematuro na imagem basta para atribuir isso a um aborto imaginário. O fato de o feto estar envolvido em cinzas e “bingas” leva à associação do cigarro como causa dessa morte.

No realismo extremado, um feto dentro de um cinzeiro, as representações socioculturais trazem essa composição *nonsense* para o campo do realismo. A sociedade midiática convive com cenas de abandono de recém-nascidos e natimortos em lixeiras, ruas, rios. Por que não no cinzeiro? A força da figura está no subentendido, não no dito.

Mensagem linguística: É determinante na interpretação de uma imagem em seu conjunto. Joly explica que a descrição de uma imagem exige a construção de enunciados longos, complexos e portadores de muitas informações, portanto, polissêmico.

No caso da imagem em estudo, o feto é um fumante passivo. E o título que ancora a imagem é “Vítima deste Produto”. Roland Barthes (1970), isolou no espaço de uma análise a mensagem linguística para, em seguida, estudar o tipo de relação que ela poderia manter com a imagem e como ela orientava a sua leitura. Para ele, apresentam-se dois casos principais de figura e, “com relação à imagem, o texto tem uma função de ancoragem”. Para a autora,

A função de ancoragem consiste em deter essa cadeia flutuante do sentido que a polissemia necessária da imagem geraria, designando o nível correto de leitura, qual dentre as diferentes interpretações solicitada por uma única imagem privilegiar (JOLY, 2009).

A mensagem linguística aqui tem a função de uma legenda que vem reforçar a informação de implicação interpessoal. Essa ideia permite dois níveis de leitura: o mais fácil e rápido, “Vítima deste produto”, e, um segundo nível, mais complexo e informativo, “O Ministério da Saúde adverte: Este produto intoxica a mãe e o bebê, causando parto prematuro e morte”.

A “imagem das palavras” é de fato assinalada pela tipografia, depois por sua cor e disposição na página. Caracteres grandes em negrito para o título, maiúsculas e finas para a legenda, numa hierarquia tipográfica.

E, mais abaixo, afirmativa: “Pare de fumar”, tendo ao lado o apelo visual constituído pela logomarca vermelha com o traço cortando um cigarro ao meio. Essa logomarca remete à memória do não permitido, do proibido.

Ao final personaliza a relação de enunciador e enunciatário ao dar informações e criar canal de comunicação de interesse do destinatário (Disque-Saúde: 0800 61 1997), a quem oferece seu serviço de atendimento personalizado.

A significação global de uma mensagem visual é construída por diferentes tipos de signos e pelo conhecimento sociocultural do consumidor, que faz associações e juízos de valor. São figuras de metáforas e hipérbolos visuais que reforçam interdiscursos.

A categoria interdiscursividade é bastante explorada pela Análise Crítica do Discurso, pois ela analisa as relações de discurso considerando outros que lhe são recorrentes. É apropriado lembrar aqui o posicionamento de Bakhtin (2000) de que os enunciados “respondem” a enunciados anteriores e também antecipam os posteriores.

Cada forma de olhar e cada conceito formulado pelos diversos estudiosos da semiologia e da semiótica tornam as imagens reveladoras por meio de sujeitos, histórias, contextos e efeitos de sentidos produzidos, que extrapolam em muito as embalagens do maço de cigarros.

Após argumentar sobre a primeira imagem de advertência, apresento a segunda imagem, que será exibida em sequência: o cartaz produzido para campanha antitabagista do Ministério da Saúde (2011), “Viver bem é viver com saúde, fique longe do cigarro”, que se contrapõe à aversão e exibe uma família com qualidade de vida num ambiente saudável.

Figura 45
Viver bem é viver com saúde (2011)



Fonte: Ministério da Saúde (2011). Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2358:ministerio-saude-inca-reafirmam-combate-ao-tabagismo-no-dia-nacional-combate-ao-fumo&Itemid=777

Leitura da Imagem (2)

A escolha desta imagem justifica-se pelo seu simbolismo, dimensão figurativa que se articula com o enunciado linguístico.

Contexto: a imagem faz parte da campanha do Ministério da Saúde lançada em agosto de 2011 para lembrar o Dia Nacional de Combate ao Fumo, comemorado em 29 de agosto. A data foi criada em 1986 por força da Lei Federal nº. 7.488, primeira legislação em âmbito federal relacionada à regulamentação do tabagismo no Brasil. Teixeira e Jaques (2011) detalham o surgimento da referida lei:

O então deputado Ítalo Conti, eleito pelo PSD do Paraná, apresentou um PL propondo que, a cada ano, no dia 29 de agosto, passasse a ser comemorado o “Dia Nacional de Combate ao Fumo” e, prevendo que na semana que antecede à data deveria ser organizada uma campanha educativa no intuito de divulgar

os malefícios provocados pelo tabagismo. No ano seguinte, seu projeto foi aprovado pela Câmara e encaminhado ao Senado. Naquela casa, permaneceria até 1986, quando, após longas discussões, foi votado e aprovado quase unanimemente, registrando-se apenas dois votos contra e uma abstenção para, em seguida, ser sancionado pelo Presidente José Sarney em 11 de junho daquele ano (TEIXEIRA e JAQUES, 2011).

Além do Dia Nacional de Combate ao Fumo existe outra data que envolve campanha antitabagista, o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio). A perspectiva comum entre essas datas é o intuito de sensibilizar e informar a comunidade e as lideranças em geral sobre o assunto, bem como a divulgação através da mídia e a realização de eventos, como congressos, seminários e outros, para chamar a atenção de profissionais de saúde sobre o tema. No site do INCA, link: <http://goo.gl/w3dVBD>, podem ser visualizadas as campanhas do Dia Nacional de Combate ao Fumo, lançadas a partir de 2010.

A escolhida é a de 2011, quando o então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, reforçou a importância de medidas para frear o consumo de cigarros no país, tais como a Medida Provisória 540/2011, regulamentada pelo Decreto 7555/2011, que prevê aumento na carga tributária dos cigarros além de fixação de preço mínimo de venda do produto no varejo.

Essas campanhas estão envoltas numa força normativa, que traz em seu bojo prescrições morais em relação a que comportamento deveria ser dominante. Schudson (2001), traz quatro condições que estimulam a articulação de normas. Duas delas são Durkheimianas, referentes à solidariedade horizontal ou à identidade de grupo; e duas são Weberianas, referentes ao controle social hierárquico estabelecido por uma organização em um momento pontual ou através de gerações ao longo do tempo.

A força prescritiva na política nacional de controle do tabagismo se enquadra na condição weberiana, pois essas normas são apoiadas pelo Estado e expressas em leis. A tese de Weber é que uma das condições para a articulação das normas surge em qualquer parâmetro institucional tão amplo que a sociabilização ou o acultramento não pode ocorrer informalmente. E a sua violação é considerada indelicadeza ou falta de traquejo social (Schudson, 2001).

O objetivo do Estado com essas normas e prescrições em relação ao fumo é reforçar as ações nacionais de sensibilização e mobilização da população brasileira para os danos sociais, políticos, econômicos e ambientais provocados pelo tabaco.

Schudson *ibid.* (2001) compartilha com a maioria dos cientistas sociais de que as normas são prescrições morais para o comportamento social. Desse ponto de vista, novas normas foram

formalizadas para exercer o controle político. A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, em seu Art. 220, § 4º, estabelece que “a propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estará sujeita à restrição legal”. E, desde 1987, é comemorado em 31 de maio no Brasil o “Dia Mundial sem Tabaco”. Em 1989, a Organização Mundial da Saúde estendeu a comemoração a todo o mundo para desencorajar o consumo de tabaco, conscientizando governos, comunidades, instituições, empresas, grupos e indivíduos sobre os danos causados.

Descrição: Cartaz produzido para celebrar o “Dia Nacional de Combate ao Fumo” em 29 de agosto de 2011. Na parte superior foi posta uma frase de destaque que resume o conteúdo da imagem: “Viver bem é viver com saúde, fique longe do cigarro”. Em corpo de texto grande e letras de forma. Logo abaixo aparece a imagem propriamente dita. O espaço é quase totalmente ocupado pela imagem fotográfica – em tons de azul, claro e bege com quatro jovens saudáveis e felizes numa praia ensolarada. Essa fotografia constitui uma grande imagem clara sendo ancorada pelas seguintes informações em segundo nível: “Com ou sem aditivos que dão sabor ao cigarro, a nicotina causa dependência química. As demais substâncias provocam várias doenças. Não fume”. Fechando o quadro, um selo emblemático do “Dia Nacional de Combate ao Fumo”.

Mensagem Linguística: A linguagem torna a força da prescrição mais contundente quando se lê no cartaz a frase título “Fique Longe do Cigarro” ou “Não Fume”. O tom afirmativo e imperativo não promove uma negociação com o sujeito na linha de conscientizá-lo sobre os próprios padrões de comportamento e articulá-los sob nova ótica. Estão no discurso normas implícitas. Tal frase mostra uma contradição com a outra acima “Viver bem é viver com saúde”. Uma codificação discursiva que representa a expressão um aspecto fundamental da cultura tardo-moderna “estilo de vida” saudável (Giddens, 1991).

Será que o uso dessa frase não representa uma tentativa oficial do governo de mostrar à população que está enfrentando o desafio de promover desenvolvimento saudável, e, para isso, vem elaborando políticas públicas capazes de prover a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade?

Esse é um recurso utilizado pela narratologia, que envolve uma imagem de emoção dramática, geralmente apelativa e ligada aos afetos essenciais, como família, relacionamentos amorosos e amizade.

Um imaginário muito distante da maioria dos brasileiros. Como pode essa imagem de representação do saudável afetá-los se não é vivida por eles? Esperamos que essa e outras

questões aqui levantadas possam ser respondidas na pesquisa de campo.

Mensagem plástica: As imagens trazem uma forte marca publicitária. Os modelos são jovens, bonitos, politicamente distribuídos em brancos e pardos, numa praia paradisíaca.

Enquadramento: Impressão de grande proximidade com profundidade de campo (tudo está nítido do primeiro plano até o fundo).

Composição da diagramação ou geografia interior da mensagem visual: O layout do cartaz traz o padrão das agências de publicidade contratadas pelo Ministério da Saúde, figuras de banco de imagens distanciadas da realidade da população brasileira.

Suporte: Papel semiacetinado. As dimensões, sua diagramação e o tipo de caracteres empregados assinalam que esta mensagem visual tem tradição publicitária.

Quadro: A imagem não tem limite físico. A fotografia transborda, sem fio nas bordas, e os caracteres são de cores que contrastam com o fundo para melhor leitura.

Formas: A forma aparece com dados da natureza, a beleza da areia em suspensão nos pés de jovens que exibem corpos saudáveis tendo ao fundo a imensidão do mar sob um sol de verão.

Cores e iluminação: As cores claras, tons de amarelo e azul sob um sol praiano, formam um cenário saudável e de frescor. A percepção visual do “calor” humano de amigos felizes em clima de afeto pressupõe a aproximação do consumidor com a cena.

Textura: Lisa, fotografia *clean*.

CAPÍTULO 3

DIÁRIO DE CAMPO

Com as duas imagens que acabo de descrever, impressas em tamanho A4 e plastificadas, para mostrá-las aos entrevistados, tendo à mão ainda as perguntas introdutórias e os documentos de direito de uso de imagem mais o TCLE, eu estava munida para ir a campo para o registro de enunciados.

Weber (2009), evidencia que o diário de campo é constitutivo do ofício do etnógrafo, reconhecido na academia como uma técnica que tem por base o exercício da observação direta dos comportamentos de um grupo social. Esse método, que se caracteriza por uma investigação, teve Malinowski como pioneiro. O autor distingue em três os tipos de diários:

[...] um diário de campo específico da etnografia; um diário de pesquisa, tal como poderia desenvolver um historiador ou um filósofo; e um diário íntimo, conforme o modelo dos diários autobiográficos em que são depositados os humores e as emoções de seu autor (MALINOWSKI, 1967).

Aqui vamos tratar do diário de pesquisa associado à experiência de jornalista. Não mais o velho bloco de notas, como nos tempos idos, mas as anotações no computador, o que não altera o conjunto disseminado de notas heterogêneas digitadas em todo o trabalho de campo.

Quase tudo arrumado para colocar o “pé na estrada”. Câmera e computador prontos para o registro de enunciados orais e escritos nas várias instâncias socioculturais por vir numa comunhão desses componentes indissociáveis no campo desta pesquisa.

Mas antes, como orienta o protocolo de pesquisa, foi necessário fazer um estudo piloto, “um teste, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para determinada pesquisa” (Mackey e Gass, 2005).

E, na hora de fazer esta versão compactada do estudo completo, que envolve a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia de modo a possibilitar o aprimoramento ou mudança dos instrumentos, indicadores, procedimentos e estratégias na fase que antecede a investigação em si, optei por fazê-lo no próprio Estado do Rio de Janeiro, onde resido, pela proximidade geográfica.

De acordo com Canhota (2008) e Mackey e Gass (2005), a importância de conduzir um estudo piloto está na possibilidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa. Segundo Canhota, para a sua realização, a quantidade de participantes não precisaria ser superior a 10% da amostra almejada. Assim, como pretendíamos percorrer 27 estados, bastaria um ou dois deles para o estudo piloto.

Apesar de ainda não ter finalizado o curso de formação dos ACS e Atenfs, o Rio de Janeiro tinha passado por mudanças na sua coordenação estadual. Assim, para que a entrevista desse certo e o coordenador não se perdesse, este estado foi o nosso piloto. Imediatamente marquei a entrevista com o enfermeiro José Carlos Campos, que estava se desvinculando do Projeto Caminhos do Cuidado. Para a entrevista, levei todos os instrumentos para teste (equipamentos de áudio e imagem, perguntas semiestruturadas, imagens de advertência sanitária e da campanha impressas e plastificadas etc.).

O estudo piloto permite testar os instrumentos, garantir que cada um renderá resultados próprios para responder às perguntas de pesquisa, antever resultados, avaliar a viabilidade e utilidade dos métodos de coleta em cada fase de execução, revisar e aprimorar os pontos necessários (Bailer *et al.*, 2009).

Ele se mostrou um instrumento valioso, já que me permitiu chegar ao contexto da minha pesquisa mais experiente e com escolhas metodológicas mais afinadas. O projeto piloto é decisivo, uma vez que pode revelar falhas sutis na estruturação do projeto ou na implementação do estudo que, muitas vezes, não estão aparentes no plano da pesquisa (Bailer *et al.*, 2011).

Pude fazer algumas correções técnicas na sincronia da claquete ao som de lapela e câmera, por exemplo, bem como um ajuste da luz. Fui preparada para cronometrar o tempo de entrevista ajustando-a ao cartão de memória, que é de meia hora. Mas o piloto mostrou a importância de deixar extrapolar esse tempo. O não cronometrar deixa o entrevistado mais à vontade, e, no final, tudo poderá ser editado. Havia perguntas semiestruturadas e mais fechadas que, no decorrer da entrevista, logo foram alteradas para um tom de conversa mais informal. A cada pergunta, a próxima era formulada cada vez mais sintetizada. Quanto menor a minha participação, mais se sentia livre o entrevistado.

Decidi por não utilizar cenário, o que tornou possível a realização da entrevista em qualquer espaço. Éramos apenas pesquisadora e entrevistado numa conversa mais intimista. Não era necessário olhar para a câmera, justamente para não ocorrer nenhum tipo de intimidação. A regionalidade seria dada com as imagens externas, feitas no estado, que

serviriam de apoio. Motivo que me levou a realizar em parte do dia a gravação interna e em outra parte, a externa.

O campo agora estava pronto para eu percorrer as Escolas Técnicas do SUS. Consegui os contatos e endereços das ETSUS, fornecidos pela Secretaria de Comunicação da RETSUS que funciona na Escola Politécnica da Fiocruz. Já os contatos dos coordenadores estaduais do Projeto Caminhos do Cuidado foram fornecidos pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fiocruz¹, no mês de março de 2015, quando iniciei a troca de e-mails com os coordenadores daqueles estados que já tinham atingido a meta de capacitação dos agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem.

Tão logo era confirmada a data, eu me preparava para a entrada no território tendo em mãos o relatório elaborado pela equipe estadual para leitura, pesquisa sobre o perfil profissional de cada entrevistado e uma conversa prévia por telefone a fim de entender o contexto situacional. Providenciava então a compra da passagem, reserva de hotel e uma lembrança de agradecimento (brownie da Confeitaria Colombo, chocolate em forma de flor ou perfume). O ato de presentear o interlocutor estabelecia vínculos de afeto que me aproximava dele. Ao final de cada entrevista, ao entregar a referida lembrança, era surpreendida com um sorriso, um abraço apertado, um retorno afetivo ao gesto de carinho. Essa condição do afeto, como citado por Fischer (2012), é necessária: aproximar para captar. Aproximação que cria vínculos e afetos entendidos na concepção de Deleuze & Guattari:

Afetos não são sentimentos pessoais de ordem interior, mas sim forças que nos atravessam, que cruzam nossos corpos produzindo assim uma espécie de entrelaçamento entre o corpo e o mundo. O afeto é um lugar de fusão, indeterminado e impessoal, que ultrapassa a distinção entre sujeito e objeto (DELEUZE & GUATTARI, 1997, p. 213).

Um gesto inesperado por todos os entrevistados, uma gentileza que hoje é descrita como uma estratégia de *marketing*. Damasceno (2015), no livro “*Marketing de gentileza*”, ensina como praticá-la e a sua importância para a saúde da sociedade. Um novo conceito que teve sua origem com a frase do falecido José Dadrino (1917-1996), o Profeta Gentileza, que era enfático ao afirmar que “gentileza gera gentileza”.

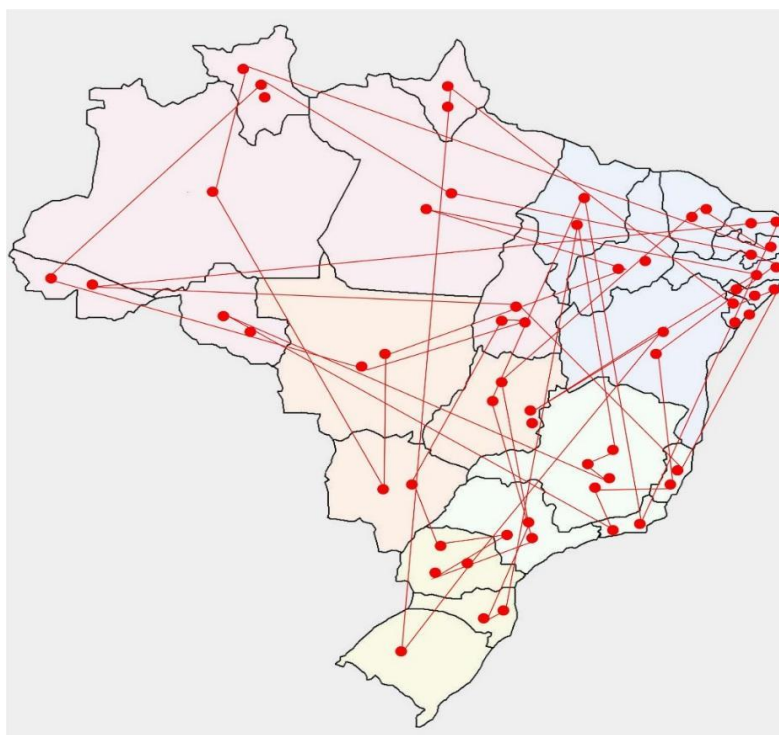
¹ Por atuar no Projeto Caminhos do Cuidado, gestado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fiocruz, fazendo entrevistas com os diretores das Escolas Técnicas do SUS, por meio da pesquisadora Maria Cristina Guimarães foi possível viabilizar a pesquisa de campo para esta tese.

Mapei como proposta inicial visitar de três a quatro estados por mês. Eu levaria oito meses em trabalho de campo, conforme o cronograma abaixo:

- o Março: RN/PI/CE/PB
- o Abril: RO/TO/MA/AM
- o Maio: AC/AM/RO/PA
- o Junho: PR/RS/SC
- o Julho: MG/MS/GO/DF
- o Agosto: ES/RJ/MG
- o Setembro: PE/AL/SE
- o Outubro: SP/AP/RR

Mas, ao começar as viagens, as marcações, de fato, se deram muito mais pela disponibilidade dos entrevistados. Resultado, um zigue-zague pelo Brasil cruzando os 26 Estados e mais o Distrito Federal, no período de 17 semanas, perfazendo um total de 56 voos e 61 entrevistas realizadas. A mudança no cronograma das entrevistas teceu nova malha aeroviária:

MAPA DO TRABALHO DE CAMPO



*Fonte: Amostragem do cronograma de viagens para entrevistas.
Idealizado pela autora Cristina Ruas*

A cada viagem eu escrevia um diário de pesquisa com perguntas básicas do jornalismo (quando, onde, quem, por que, o que e como) e as minhas impressões do campo. Além do registro fotográfico dos atores e do território.

O diário era complementado com as transcrições das entrevistas que eram realizadas na noite do mesmo dia no hotel ou nas longas horas de espera em salas dos aeroportos para que as informações e as percepções estivessem ainda vivas em minha memória. Transcrevo abaixo a sequência dos estados e o número de entrevistas realizadas em cada Escola Técnica do SUS:

- o RJ (Piloto-1)
- o RN (2)
- o AC (2)
- o TO (3)
- o ES (2)
- o AL (3)
- o SE (3)
- o AP (2)
- o RS (1)
- o PR (3)
- o BA (2)
- o DF (2)
- o PE (2)
- o PA (2)
- o PI (2)
- o MT (2)
- o MS (2)
- o AM (1)
- o RR (3)
- o PB (2)
- o CE (2)
- o GO (2)
- o SP (3)
- o SC (1) e Blumenau (2)
- o MA (2)

- o MG BH (2) e Montes Claros (2)
- o RO (2)
- o RJ (1)

Ao término das viagens, fiz uma primeira leitura das entrevistas e o reconhecimento dos grandes eixos discursivos. Logo entendi que os regimes oral e escrito impregnaram o trabalho de campo, e, conforme dito por Williams (1977, p.21-44), deram o sentido relacional desse processo constitutivo do homem. A oralidade e a escrita aqui foram “componentes indissociáveis de desejo, valor, expressão e composição da esfera pública” (Neto, 2014).

A partir daí, fiz várias leituras para proceder aos recortes e classificações. A primeira classificação aplicada começa na própria lógica das perguntas, as três primeiras voltadas para a percepção das advertências sanitárias e as últimas dirigidas à política do controle do tabagismo no SUS.

Numa segunda etapa, agrupei todas as respostas de cada pergunta de todos os entrevistados. Esse novo grupamento foi manuseado e retomado quantas vezes necessárias até se tornar uma “linguagem apreendida” (Neto, 2014). Ver o vídeo, ouvir e transcrever a fala é um processo de transformação de linguagens que gera múltiplas interpretações.

Na análise dos discursos, busquei não ficar amarrada à estrutura dos textos transcritos. Eu me apoiei em Araujo e Cardoso (2007), que compreendem a comunicação como processo dinâmico e que “cada fala, enunciado ou discurso integra uma rede de significações, que é parte de suas condições de produção”. Assim, acrescentei outros potentes elementos trazidos pelas imagens, como expressões, gestos, intertextos, conversa de pano de fundo e subtextos. Estava atenta a essas conversações, expressões, falas e sotaques produzidos pelos entrevistados, discursos pessoais e discursos oriundos de suas posições enquanto representantes institucionais, processos próprios dessa nova prática comunicativa.

Considerando os diferentes sentidos produzidos pelos entrevistados para esta tese, a intenção foi poder transitar entre essas manifestações de expressões oral, escrita, imagética e, nesse percurso, relacioná-las para que, ao fim e ao cabo, essas partes se integrassem numa totalidade capaz de desvendar as suas apreensões.

Também deve ser considerada a teoria dos gêneros do discurso produzida por Bakhtin (2003). Na reinterpretação de Sacramento & Cruz (2014), os gêneros contam com três elementos indissolúveis relacionados ao todo do enunciado e determinados pelo campo da comunicação discursiva: o conteúdo temático, o estilo e a construção composicional. Os

enunciados não se bastam em si mesmos: uns conhecem os outros e se refletem uns nos outros. Para Bakhtin, esse “dialogismo” faz com que as “marcas enunciativas sejam partes específicas da tessitura social mediadas pela linguagem de certo gênero discursivo, ao mesmo tempo em que são construídas por ela”.

O conceito de dialogismo quer enfatizar que a lógica do discurso não é nem gramatical nem emprestada à realidade, mas sim uma lógica de interações sociais num sentido metafórico, na lógica do diálogo. De fato, o meu foco estará no sujeito do discurso e na sua intencionalidade de comunicação, já que toda enunciação constitui num “trabalho vivo de comunicação”.

Conforme cita Bakhtin:

Não tomo consciência de mim mesmo a não ser através dos outros, é deles que recebo as palavras, as formas, a tonalidade que formam a primeira imagem de mim mesmo. Só me torno consciente de mim mesmo revelando-me para outro, através do outro e com a ajuda do outro (BAKHTIN, 1988, p.121).

Enfim, foram 17 semanas num percurso sensível a mudanças de cores, cheiros, cultura, temperatura, arquitetura e acolhimento dos sujeitos. Elementos iam se agregando e conformando as marcas de cada entrevistado, uma plástica de expressões e sentidos que possibilitavam uma apreensão significativa. Oliveira e Teixeira (2009) assim explica essa dinâmica: “o sujeito da enunciação assume não só posicionamentos, mas também posturas e posições em relação ao outro na sua experiência em que prova (e põe à prova) o sentido que constrói”.

Fiorin (1996), define essas manifestações como “marcadores dos atores”, manifestos nas escolhas figurativas que vão construir um ponto de vista edificando no modo de presença do ator, que é concretizado em sua postura e movimento. Esses atores tomam forma de sujeitos em suas faces e posturas, que podem ser conhecidos e visitados no Diário de Campo (Anexo 03), bem como na Planilha (Anexo 04) construída no programa *Excel*. O objetivo foi mapear o perfil da mostra ou os “marcadores dos atores” como gênero, formação, cargo e idade, se era fumante ou não e, a escola e a região do país a que pertencia.

Na planilha, além dos dados de cada entrevistado, tabulei as respostas de todas as perguntas restantes, como a primeira palavra proferida pelos entrevistados ao ver as imagens. E, ainda, sim ou não para a pergunta subsequente, se a imagem era suficiente para parar de fumar. Marcação de (x) para qual imagem optaria, a do feto ou a da praia. Marcação de (x) também para com qual campo a política antitabagista poderia estar ligada, se ao INCA ou à Saúde Mental. E, por fim, sim ou não para a questão de a Escola já ter capacitado trabalhadores

do SUS em lidar com o fumante. A construção desse mapeamento mostrou uma visão global das respostas dos entrevistados num desenho síntese que apoiou meu olhar mais abrangente.

Tal estatística foi mais um elemento de pesquisa a ser incluído nos regimes oral e escrito criando uma composição partilhada. Essa ideia de acumulação de instrumentos e caminhos objetiva “contemplar a totalidade dos textos manifestados em qualquer materialidade e, por outro lado, definir as estratégias enunciativas particulares dos textos concretos” (Oliveira e Teixeira, 2009).

Os diretores das Escolas Técnicas são predominantemente mulheres. O mesmo acontece entre os coordenadores estaduais do Projeto Caminhos do Cuidado. Dos 62 entrevistados, 54 eram mulheres e apenas oito, homens. Do total, 38 têm mais de 40 anos e 24 estão abaixo dessa faixa etária. As escolhas profissionais estão relacionadas aqui com o conteúdo temático – saúde e educação. Como dissemos acima, Bakhtin define como marca enunciativa aquilo que pode ser dito em determinado gênero, os temas típicos que irão refletir lá na frente na produção discursiva do sujeito. O maior número é de enfermeiras (18), pedagogas (11) e psicólogas (8). Na sequência, assistentes sociais (5), odontólogas (4), fisioterapeutas com especialização em saúde (3), farmacêuticos (3), administradores (3) e professores de educação física (2). Os restantes com apenas um representante: jornalista, historiador, sanitarista, médico, nutricionista, economista e advogado. Os “marcadores dos atores” revelaram a predominância do gênero feminino, de meia-idade, profissionais do campo da saúde com especialização e/ou mestrado, em sua maioria profissionais da rede de saúde pública, poucos com passagem na rede privada.

A posição funcional no mundo do trabalho é outro marcador. Foram 29 diretores de Escola, 26 coordenadores estaduais do Curso de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em crack, álcool e outras drogas, e dois tutores e cinco orientadores do referido curso. Destacamos a posição, pois nela emergem relações de poder que dão suporte a diferentes ideologias construídas por meio do discurso e das práticas sociais. Numa visão “foucaultiana”, todo uso da linguagem é político, pois posiciona os atores sociais de forma específica e engendra hierarquias. Segundo o autor,

É somente nessas relações de luta e de poder — na maneira como as coisas entre si, os homens entre si se odeiam, lutam, procuram dominar uns aos outros, querem exercer, uns sobre os outros, relações de poder, que compreendemos em que consiste o conhecimento (FOUCAULT, 2001).

O cargo de direção das Escolas Técnicas é ocupado por meio de indicações políticas por estar vinculado, em sua maioria, às Secretarias Estaduais de Saúde. Isso gera dificuldades nesse processo pois os atores responsáveis pela educação permanente dos profissionais de nível técnico do SUS ocupam cargos de confiança de grande rotatividade e instabilidade.

Essa fragilidade estrutural pôde ser claramente percebida durante as minhas viagens. Nos meses das entrevistas ocorriam mudanças dos governos estaduais e, conseqüentemente, as escolas também estavam passando por alteração de direção. Era nítido o poder do discurso daqueles diretores recém-chegados em relação aos que permaneceram em seus cargos voltados para a educação permanente no Estado. A apropriação na fala, gestos e domínio dos espaços territoriais faz valer a afirmação de Foucault em evidenciar a existência do discurso não só como um lugar, mas sim estabelecer suas ligações com o poder, tornando-o um lugar de poder. Como define Costa,

O discurso, dessa forma, não seria só o meio através do qual se exerce o poder, mas também o lugar pelo qual se luta para exercê-lo. Luta-se por meio do discurso, no discurso, pelo discurso. O poder dentro desse lugar é uma questão de inscrição na Ordem do Discurso, de legitimação como pessoa que tem o direito de fala (COSTA, 2009).

A expressão do poder também pode ser vista na própria potência da Escola como aparelho formador da metodologia pedagógica e estruturação de rede no território à autonomia financeira.

Já em relação aos denominados coordenadores estaduais, responsáveis pelo desenvolvimento do curso no estado, a forma de ingresso ocorreu por meio de edital, mas a escolha dos profissionais selecionados foi contagiada também por interesses políticos. Muitas indicações ocorreram por mérito; no currículo, a experiência com o tema da atenção básica e saúde mental; mas outras aconteceram por indicações políticas ou pela proximidade com a direção da Escola.

Uma particularidade: os sujeitos que se denominavam militantes do SUS mostraram maior crença e compromisso com o trabalho enfrentando as dificuldades e não deixando esmorecer. Trago a teoria do poder simbólico de Bourdieu (2002), do “poder de fazer ver e fazer crer”, que se refere ao poder da palavra de constituir a realidade. A palavra-chave aqui é legitimidade. Sem ela, o poder de comunicação esvaeceria nos discursos dos coordenadores e diretores de Escola. O que faz o poder das palavras, poder manter a ordem ou subvertê-la, é a crença na legitimidade delas e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é de

competência das palavras. E os capitais econômicos, culturais e sociais, quando reconhecidos como legítimos, convertiam-se claramente em capital simbólico.

Resultados

A primeira pergunta dava conta da condição do entrevistado frente ao vício do cigarro. Do total da mostra, apenas cinco eram fumantes. Doze eram ex-fumantes e os 45 restantes, não fumantes. Essa mostra é representativa da redução da incidência do número de fumantes no país e da transformação cultural que vem ocorrendo no hábito de fumar.

Apesar de ser objetiva, a pergunta provocou muitos comentários, como se o entrevistado sentisse necessidade de justificar a sua condição. Lívia (PE) diz ser fumante apenas quando bebe, de alguma forma justifica que não é uma viciada ou dependente química. Verifica-se ainda a presença da explicação “comecei a fumar no ambiente de trabalho, o *break* para o cigarro nas rodinhas de conversa”. Há ainda a fala de José Carlos (RJ), que fuma desde os 18 anos. Ele disse ser fumante por prazer, mas que decidiu parar de fumar: “Foram dois anos sem cigarro, voltei a fumar recentemente, me senti em recaída. E estar em recaída é aquele que pode voltar a parar de fumar”.

Além dos casos acima citados, existe o argumento da Neile (RO). Primeiro, ela conta a sua história como justificativa para o ato de fumar: “Faz muito tempo, foi na casa de minha mãe, onde funcionava uma boate. Para mim, o mais bacana era quando acabava a festa e encontrava muitas carteiras de cigarros cheias, com modelos variados. Eu acendia os cigarros e dava tonteira, vômito. Mas, a cada fim de noite, encontrava outras carteiras com modelos mais bonitos... e assim fumo até hoje”. Por fim, a própria Neile termina o seu discurso emitindo um juízo de valor: “Hoje sou a parte excluída no trabalho e na vida social, me sinto incomodando... ontem mesmo foi aniversário da minha mãe, e, para fumar, tive que ir para o meio da rua, chovia e me senti excluída”.

No grupo de ex-fumantes, os argumentos justificam-se por certos fatos ou razões que os levaram a fumar. Uma parte desse grupo traz o discurso cultural relatado na parte teórica desta pesquisa, que impregnava a juventude dos anos 70 como razão para a iniciação ao cigarro. Aqui a teoria é confirmada pela prática.

Maria Auri (TO) afirma ter fumado dos 12 aos 27 anos por “onda da juventude. Era bacana acender cigarro nos anos 70, você era um jovem diferente”. Foi o mesmo argumento de Waleska (RS), que começou a fumar na adolescência. Segundo ela, fumar fazia parte da vida

social, “que nem hoje tomar chimarrão agrega, na adolescência o cigarro agregava, tinha situações em que ele podia te ajudar, não está fazendo nada, fuma um cigarro, ajuda a lidar com situações”. Maria José (BA) também começou a fumar na juventude, durante o curso universitário: “Fumava por curtição, influência de todos, e unia o cigarro à bebida, mas nunca fui fumante inveterada”. As mesmas razões levaram Eliana Maura (AP) a fumar: “achava legal, gostava de sentir o cheiro e, entre uma cerveja e um diálogo, o tabaco se aproximou”. Marta (MT) disse que, por modismo, começou a fumar na adolescência, aos 16 anos: “era símbolo de status”. Mesmo termo utilizado por Nelson (GO), que fumou na adolescência por inserção social, desejo de pertencimento: “na época, fazia parte do charme adolescente fumar, era um dos rituais de passagem para a fase adulta”.

Para esse grupo de ex-fumantes, o cigarro tornou-se a evidência irrefutável da brevidade da vida com o aniquilamento da saúde do corpo. O cigarro vem a representar a expressão antagônica de “estilo de vida” saudável, um aspecto fundamental da cultura tardo-moderna (Giddens, 1991).

Waleska, Maria José, Eliana Maura e Maria Auri tiveram que lidar com os riscos resultantes de “escolhas” comportamentais pessoais colocadas sobre a rubrica estilo de vida (Castiel, 1999) conferindo a elas a responsabilização individual. Tal fato só reforça a abordagem de Vaz (2006:92), que coloca o sujeito como vítima de seus atos deixando de lado os aspectos macrosociais que estimulam a conduta de risco.

Waleska (RS) diz que tentou parar algumas vezes, sem sucesso, até que contraiu pneumonia: “Tu sentes que o cigarro te atrapalha um pouco, aí tive uma crise de bronquite no meio do nada, no interior, sem acesso à rede de saúde. Foi quando parei de beber, fumar, mudei o hábito alimentar, alimentação e remédio era só à base de chás e plantas para problemas respiratórios. Foi na área rural que resolvi melhorar a qualidade de vida”. É como se o indivíduo tivesse que resolver sozinho os próprios problemas de saúde, como Ricardo (SP) assinala: “Parei de fumar por questão de saúde, tive hérnia de umbigo e a médica disse que, se não fosse fumante, me operaria imediatamente. Saí naquele dia do consultório e parei de fumar”.

Dentro dessa nova ordem social de promoção de hábito saudável se insere Maria José (BA). Ela conta que, num belo dia, seu sobrinho lhe disse: “Você que gosta das coisas tão saudáveis, não faz sentido fumar. Desse dia em diante, nunca mais fumei”.

Essa dimensão individualizante se faz presente nas estratégias discursivas da política de controle do tabagismo reforçando a ideia que abandonar o vício só depende de você. Maria Auri (TO) apelou para a religião, como nos relatou: “Naquela época, eu não acreditava em nada e as

peessoas diziam que ‘Deus iria ajudar se pedisse a ele’. Fiz um desafio a Ele: Se Você existe mesmo, então, me ajuda, não quero mais usar isso. Foi muita força de vontade. O organismo é químico mesmo, eu sonhava que estava fumando, acordava e achava que tinha voltado a fumar, mas ao acordar, via que era um sonho. Isso estava na química, no físico”.

Força de vontade também se apossou de Eliana Maura (AP): “Parei, pois passei a ter consciência de que era prejudicial, o cheiro começou a me incomodar, tentei de várias maneiras até que um dia disse: vou parar com isso. Embolei a carteira, joguei fora e parei”.

O maior grupo, o de não fumante, perfaz um total de 41 pessoas e em seus comentários pode-se notar que, apesar de dado estímulo social, cultural e ambiental para condutas de riscos, a reação orgânica, isto é, a não aceitação natural pelo organismo da ingestão da fumaça do cigarro impede a adesão ao fumo. Maria de Nazaré (AC), quando era adolescente, achava bonito o jeito de sua mãe fumar. Experimentou, mas não gostou. Elzimar (ES) até tentou na infância, no interior de Minas, em Barão de Cocas: “Roubava cigarro do irmão de uma colega, subia na árvore mais alta do quintal para fumar, mas engasgava sempre, tinha o caráter de uma grande aventura”. Claudia (BA), quando criança, roubava as bingas da avó: “Pegava os restinhos de minha avó e tentava acender no banheiro, mas minha mãe me pegava”. Ou mesmo a Francisca (PI), que, na curiosidade infantil, “pegava folha seca de mamão, quebrava e colocava num papel, enrolava e acendia para ver a sensação de como seria colocar a fumaça para fora”.

Todos esses entrevistados tiveram o desejo de fumar. Eles fazem parte de uma geração que era exposta a persuasivas e sedutoras campanhas publicitárias a favor do prazer de fumar. A indústria cinematográfica e a mídia exibiam propagandas do tabaco que atribuíam o prazer individual de fumar exibindo a fumaça, artistas glamourosos soprando-a para fora do corpo. Como afirmou Gamba Jr. na entrevista com os produtores das imagens de advertências, “o nível de comprometimento cultural da nossa geração é absurdamente maior em relação à juventude de hoje, que tem só a dependência química”.

Com o passar dos anos, ocorreram mudanças importantes e o cigarro tornou-se um passaporte para a doença, migrando do prazer para a aversão, da inclusão para a exclusão social, obrigando esses indivíduos a mudar seus conceitos de entendimento de vida reforçado pelo discurso da sociedade contemporânea da adoção de hábitos saudáveis, do ser politicamente correto.

Esse percurso migratório foi vivenciado por Carolina (PR), filha de pais fumantes e mãe de dois fumantes: “Vivenciei muitas etapas: na infância, achava charmoso a minha mãe fumar de piteira, era muito chique; na faculdade era permitido fumar dentro de sala de aula; depois,

no mundo do trabalho, podia fumar nos ambientes fechados das grandes empresas. Lembro ainda quando da criação de fumódromos, e, por fim, a proibição de fumar em ambientes fechados. Sempre trabalhei coordenando programas de uso de drogas, a abordagem de tabaco perpassou por minha vida toda. Mas nunca senti vontade, e, por ironia, meus dois filhos fumam”.

É sabido que os meios de comunicação e a mídia jornalística contribuem para criar um ambiente social que enfatiza a dimensão prescritiva com legislação que limita o hábito de fumar. Mas existem outros discursos que ajudam a conformar esse imaginário social. O religioso, como demonstra o depoimento de Regina Célia (ES): “Tenho formação evangélica, e, na minha família, tínhamos entendimento que cigarro não fazia bem à saúde, é princípio de conduta”. O da evidência científica de que fumar pode causar câncer, como relata Meire (GO): “Minha história é traumática, perdi meu pai com câncer de pulmão aos 47 anos de idade, muito cedo e com muito sofrimento. A perda por consequência do cigarro foi um trauma, por isso nunca fumei e nem a minha família”. Márcia Valéria (TO) conta que nunca teve vontade e que “depois que me formei na área de saúde bucal, pude ver nas aulas o estrago que o cigarro pode causar na boca e nos demais órgãos do indivíduo”.

Na perspectiva de Oliveira (2014), a decisão do indivíduo costuma se basear nesses discursos “ainda que conflitantes ou mutáveis no tempo e no espaço – a certeza de ontem se torna a incerteza de hoje”. Ele continua:

É certo que a ciência, a mídia jornalística, as instituições e os especialistas da saúde, entrelaçados, são as principais fontes de construção dos nossos imaginários em relação a um conjunto de questões que afetam ou interferem cada vez mais em nossas vidas cotidianas, em que a certeza e a incerteza parecem caminhar juntas (OLIVEIRA, 2014; 40).

A segunda pergunta parte da percepção do sujeito ao olhar a imagem de advertência sanitária “Vítima deste produto”. Posiciono-me frente ao entrevistado e apresento a ele, inesperadamente, esta imagem ampliada no formato A4, colorida:

Silencio-me na expectativa de alguma reação, registrada em vídeo e texto. Analiso a seguir as reações mais diversas por mim presenciadas. Em realidade, essas observações constituem um teste de campo, fato que até então só tinha ocorrido em laboratório por meio do catálogo de imagens do Sistema Internacional de Fotografias Afetivas (IAPS - *International Affective Picture System*), feito por pesquisadores da UFRJ. Eventualmente, esse teste poderá confirmar a visão dos autores das advertências sanitárias de que a imagem aversiva focada na doença e na negação do objeto é o caminho para a política de controle do tabagismo ou não, isto é, o teste no campo poderá mostrar que existem outros caminhos possíveis, afora a aversão, capazes de permitir maior aproximação com o sujeito numa comunicação dialógica que se aproprie da cultura e do saber popular de uma sociedade.

Essa sociedade imaginada é uma figura conceitual de extrema relevância para a compreensão das advertências sanitárias como política pública de controle do tabagismo. O modelo desenhado para as advertências (2008) destinou-se ao público jovem não fumante. A dinâmica interacional utilizada pelos autores para o discurso - imagem + texto - foi a aversão, representada na figura da doença e reforçada por lesões corporais.

Essa interação linguística é dada, segundo Charaudeau (2007), por meio de um “contrato de comunicação” que é, antes de qualquer coisa, regra de funcionamento do discurso, isto é, “quem diz e para quem diz”. Quem diz, na estrutura discursiva, são os autores institucionais aqui envolvidos no processo comunicacional da produção das imagens de advertências sanitárias (INCA/UFRJ/PUC/UFF). Além de incluir “quem diz” nesse contrato, tenho que levar em consideração o ambiente discursivo – o meio –, fundamental na política de comunicação. Mas o imaginário social, a percepção, o que será compreendido dessa ou daquela forma, tem papel significativo nesse processo de negociação dos sentidos. A narrativa construída no trabalho de campo evidencia não o que a leitura pretendia suscitar, esse ou aquele sentido, mas de fato o que ela afetou no entrevistado.

Até o momento, eu trouxe conceitos diversos da semiologia da Análise de Discurso que me apoiaram a discorrer sobre as referidas imagens, bem como os estudos da neurofisiologia e do *design* desenvolvido pelos pesquisadores. Daqui por diante vou poder registrar as afetações e sentidos despertados nos entrevistados.

O movimento de “fechar os olhos” ocorreu em cinco entrevistados. Tal reação aconteceu seguida dos seguintes comentários:

- o *Não acredito na psicologia do terror.*

- o *Não ajuda, não educa, não aproxima, só afasta.*
- o *Faço uma analogia com a aranha, eu não gosto de aranha, então, não vou querer olhar para a aranha, essa imagem é horrorosa.*
- o *Prefiro não ver.*
- o *Repulsa aversiva, assustadora.*
- o *A ideia é não ver esta imagem na nossa frente, não quero encarar isso.*
- o *Agressiva e pouco informativa.*

Essas observações parecem apontar para o fato de que há, segundo os entrevistados, uma interação reducionista da imagem com o público, pois afeta o sujeito, mas não o informa sobre os malefícios provocados pelo cigarro. A provocação da imagem traz um limite à informação ao estabelecer um distanciamento entre objeto e sujeito causando ruptura de alguns dos sentidos pretendidos. A aversão apenas como reação neurofisiológica reduz o compartilhamento da mensagem. A comunicação não deixa de ser um fenômeno de intersecção entre estado e sociedade.

Segundo manual publicado pelo INCA (2008), o grupo de estudos que desenvolveu as novas advertências sanitárias objetivou “informar a dimensão dos riscos, desconstruir a imagem e o apelo das embalagens e estimular a cessação do tabagismo”. Vimos acima que a imagem de advertência sanitária “Vítima deste produto” provocou a aversão, mas não atingiu o objetivo de informar sobre os riscos do cigarro.

Assim, as reações confirmam a hipótese deste estudo de que o apelo às sensações aversivas nas imagens de advertências sanitárias se distancia dos princípios da comunicação em saúde pública como dialógica, informativa e participativa.

A outra intenção do grupo de estudos é “estimular a cessação do tabagismo”. A mostra pesquisada revela-se absolutamente adequada para o teste em campo, já que, dos 69 entrevistados apenas cinco eram fumantes. A seguir, descrevo os outros sentidos provocados nos entrevistados.

Do total da mostra, 19 pessoas utilizaram a expressão “chocante”, e, em sequência, a palavra “tristeza” foi dita por 12 dos entrevistados. As demais expressões foram: *impactante, dor, sofrimento, desespero, angústia, desolação, pena, medo, traumática, dura, estarrecedor, degradante, forte, violenta, destruidor, inacreditável, pesada, incômodo, mal-estar, terrível, horrível, horripilante.*

Todas as palavras emitidas pelos entrevistados e a reação ao olhar a imagem mobilizam uma série de representações. Trago a seguir algumas delas. A primeira a ser destacada é a noção de doença provocada pelo tabagismo. Elas são faladas e percebidas de diversas maneiras dependendo da forma como os indivíduos e grupos se inserem na sociedade. As doenças são uma maneira de representar a própria ordem social em toda a sua diversidade.

- *Às vezes, a pessoa não se dá conta de que, quando você fuma, o prejuízo não é só para ti.*
- *É uma sensação muito difícil e acho que esta foi uma proposta interessante do MS quando usou estas imagens para sensibilizar estas pessoas para que realmente o cigarro têm muitos efeitos que são deletérios.*
- *Incomoda-me muito, me lembra das abordagens de gestante fumando, o bebê está fumando, mãe pensa que o bebê está fumando, é isso que você quer para o seu bebê, mas a decisão é dela.*
- *O que destaca é a mutilação, e o cigarro?*
- *O cigarro tem inúmeras facetas. Principais fatores de câncer pelos seus milhares de agentes nocivos e cancerígenos, o cigarro hoje destrói a sociedade, fumantes ativos e passivos, a criança, o feto, no ventre da mãe sendo atingida pelo uso do cigarro.*

Mas, além do olhar da doença, chama atenção duas expressões que destaco abaixo. Um segundo olhar sobre o tabagista é o religioso. Ele não o vê como doença, mas como um pecado, portanto, o tratamento é a conversão!

- *Nossa Deus!*
- *Ave Maria! É um crime.*

E mais, quem usa drogas, além de doente e pecador, é delinquente. A droga é um delito, um crime! Para isso não há tratamento e sim punição.

- *Sou mãe, não consigo entender este tipo de coisa. É uma vida, não consigo nem ficar olhando essa imagem.*
- *Colocamo-nos na realidade desta pessoinha que está aí. É outra pessoa que não teve oportunidade de vir ao mundo.*
- *Impossibilidade de vida provocada pela consequência do cigarro, assim como tive a perda do meu pai que interrompeu precocemente a sua vida, isso é impedir a possibilidade de viver, é traumatizante.*
- *Mas, infelizmente, nem sempre choca o fumante.*
- *Ainda mais eu que sou louca por criança, quero ser mãe, ver uma imagem desta para mim é chocante.*

- *Nos sentimos impotentes e percebemos que temos um papel muito grande na sensibilização e mobilização das pessoas que ainda fumam.*
- *Caso que vi ontem: uma gestante usuária de crack estava passando mal no albergue. Vejo que há muito o que fazer em relação à educação. Existem vítimas relacionadas ao uso do fumo, ao uso de substâncias tóxicas.*
- *Uma mãe viciada.... Faz-me lembrar, que a primeira coisa, quando fiquei grávida, foi parar de fumar. Respeitei a nova vida que trazia no meu ventre. Não acredito que possa ter mães fumantes que venham trazer uma consequência tão grande para os filhos que estão sendo gerados dentro delas, fazem de vítima os próprios filhos.*
- *Perceber que uma criança teve uma má-formação por uso do cigarro... quando vê uma figura como essa, vê que falhou, os meios de combater esta infelicidade não foram eficientes.*
- *A vida é o bem mais precioso que temos, e saber que podemos comprometê-la dá a sensação de que o cigarro acaba com vidas inocentes.*

A imagem provoca a reação de choque, almejada pelo grupo de estudo, mas os comentários aflorados em sequência à expressão preocupam pela redução do olhar dado ao tabagista: só doença, só delito ou só pecado:

- *Nossa, eu não estava preparada para este tipo de entrevista, é uma responsabilidade em nossos ombros, fumar não prejudica só a quem fuma, tem todo um cerco de enfrentamento e problemas que precisamos discutir.*
- *É duro, acho que fica aquela coisa de que culpa tem da minha escolha.*
- *Mas, para uma criança ficar assim, a pessoa teve que fumar muito, o uso prejudicial que é complicado.*
- *E é isso que acontece, é uma pena que as pessoas não dão atenção ao que chega de informação. Meu sogro fuma como a caipora. Isso vem nas carteiras de cigarro como uma tentativa ao apelo. Uma política pensada neste sentido. E ele cobre para não ver esta imagem.*

O jogo de expectativas, isto é, do que o que digo será compreendido desta ou daquela forma, de que o que leio pretendia suscitar este e não aquele sentido é justamente a dinâmica do processo de negociação de sentidos entre o público imaginário (não fumantes) e as imagens de advertências sanitárias. A referida dinâmica é que conforma o contrato de comunicação, aderindo ou recusando.

Chama atenção ainda o fato de que àqueles entrevistados que nunca fumaram, a imagem “Vítima deste produto” choca, mas não afeta, pois aquilo não acontecerá com eles. Não são eles os responsáveis pelo ato repulsivo e sim aquele que fuma e é culpabilizado ou lamentado. Lembrando que o objetivo dessa política de imagens aversivas é provocar repulsa ao não

fumante, afetá-lo a ponto de não tocar no maço de cigarros, mas o campo mostrou o inverso: os entrevistados não fumantes não foram afetados, a imagem não faz sentido para esse grupo.

A lógica dos fatos corrobora mais uma das premissas desta pesquisa de que, ao optar pelas sensações aversivas e não por um discurso racional explicativo, entre outros motivos, as campanhas se distanciam dos pressupostos do SUS. Isso porque marcam distanciamento em relação ao saber popular, não incorporam o outro de forma dialógica estabelecendo uma comunicação mais verticalizada.

Mas percebe-se a imagem ativa a afetação em um grupo específico, a segmentação feminina. O termo afeto aqui é a liga que ajuda o sujeito a construir o sentido de pertencimento legitimando a imagem produzida como sendo dele, tendo a ver com ele, criando adesão, fidelizando-a. Afetar, como bem define Deleuze & Guattari (1997, p. 217) “é arrancar o afeto das afecções como passagem de um estado para o outro. Extrair um bloco de sensações, um puro ser de sensações”. O afeto ultrapassa a distinção entre sujeito e objeto:

O afeto não é a passagem de um estado vivido a outro, mas o devir não humano do homem. Ahab não imita Moby Dick, e Pentésiléia não “se comporta como a cadela: não é uma imitação, uma simpatia vivida, nem mesmo uma identificação imaginária. Não é a semelhança, embora haja semelhança. Mas, justamente, é apenas uma semelhança produzida. É antes uma extrema contiguidade, num enlaçamento entre duas sensações sem semelhança ou, ao contrário, no distanciamento de uma luz que capta as duas num mesmo reflexo (DELEUZE & GUATTARI, 1997, p. 218).

Destaco dois comentários de mulheres não fumantes entrevistadas que reforçam essa linha de raciocínio:

- *Dependendo da minha idade, pensaria, mas eu nem penso mais em ter filho, isso não é comigo não.*
- *Ela é chocante, mas não impacta em relação aos efeitos negativos. Na realidade, eu me incomodo que as pessoas e empresas ainda achem que com uma imagem como esta as pessoas vão deixar de fumar, sou radicalmente contra essa mídia que utiliza este tipo de artifício para orientar contra os malefícios do cigarro. Tem trabalho do Denis Petuco que fala que essas mídias não têm impacto nenhum quanto ao uso ou não uso destas substâncias, inclusive o tabaco.*

Petuco (2011), citado pela entrevistada, tentou buscar em seu artigo as discursividades preventivas em sua dispersão, especificamente no que diz respeito ao crack, ao longo de diversas campanhas de prevenção ao uso desta substância no Brasil. E indagou sobre o que está sendo dito nessas campanhas. Segundo o autor, nas imagens retratadas...

Os usuários de crack são monstros perigosos que habitam as sombras, a escuridão, os becos sujos, as escadarias, calçadas. Desumanizados, são capazes de fazer sofrer às pessoas que os amam, roubando-lhes dinheiro, agredindo-as, negligenciando cuidados e carinho, destruindo sonhos, desejos, anseios, desfazendo relações, traindo a confiança. Tudo por causa do crack (PETUCO, 2011, p. 117).

A terceira pergunta, ainda voltada para a imagem de advertência sanitária “Vítima deste produto”, indaga se o conteúdo aversivo da imagem provocaria mudança de atitude frente ao cigarro. Apenas cinco, por serem não fumantes, responderam que não tinham uma posição clara. Destes destacamos dois por terem, ao final, se posicionado:

- *(RS) - Não sei te dizer. Se a pessoa está grávida, talvez se chocasse. O que me levou a parar de fumar foi quando vi que estava fazendo mal e talvez não tivesse chance de recuperar. Quando é mais dramática para algumas pessoas, cai a ficha e toma atitude.*
- *(PA) - Não sei te dizer porque já vi muitos deles pegando o cigarro, não observando a imagem e permanecendo na utilização deles. Pode provocar um impacto, mas existe uma questão da dependência produzida pelo tabaco. Não sei o que pesa mais: a questão da dependência ou o impacto da imagem, mas acredito pelo que tenho visto é a necessidade do uso.*

Dezoito dos entrevistados responderam positivamente. A imagem “Vítima deste produto” provocaria reflexão ou mesmo faria a pessoa evitar pegar o maço de cigarros e até pensar duas vezes nas consequências do hábito ao longo da vida. Segundo relato, “é impossível ver uma imagem como esta e não ser tocado, não se sensibilizar ou mesmo largar o cigarro”. E alguns responderam enfaticamente, com certeza absoluta!

Mais uma vez, a questão do gênero veio à tona. Mulheres são mais afetadas com a imagem do feto morto: “me faria pensar duas vezes antes de pegar o cigarro, até porque eu sou mãe. Talvez não fosse forte o bastante para não fumar, mas diminuiria a quantidade” ou mesmo “sim, evitaria, pois se faz este estrago ‘num’ ser tão pequeno, deve fazer em você também”. Destaco aqui as respostas dos dois entrevistados de Minas Gerais:

- *Para quem é fumante não, mas evitaria novos adictos.*
- *Estas campanhas do Ministério da Saúde têm ajudado e precisam ser cada vez mais contundentes, entretanto, nem sempre conseguem atingir o objetivo, dada a uma série de características e variáveis que acabam levando as pessoas a continuar com o vício do cigarro.*

Evitar novos adictos é o objetivo do governo com a implantação da estratégia de advertências sanitárias que, junto às outras ações de caráter educativo, assistencial, legislativo e econômico foram capazes de prevenir a iniciação.

Mas essa discussão perpassa as ações de governo, pois está vinculada à construção de subjetividades do indivíduo e da sociedade ocidental contemporânea. Argumento revelado pelos 30 entrevistados que responderam negativamente. Duas respostas reforçaram o papel da imagem de advertência na construção da subjetividade contemporânea:

- o (PR) - *Não. Para mim, o que funciona está no subjetivo e não no objetivo. O conhecimento objetivo é pouco eficaz para mudança de comportamento. Uma imagem objetiva como essa de terror, ela não agrega.*
- o (MG) - *Claro que não (risos), porque o que leva as pessoas a fazer uso abusivo de drogas não passa pelo nível da informação, não basta a informação, está na ordem da subjetividade, na ordem da posição na vida que faça com que determinadas pessoas não abram mão das drogas na vida delas, vai para além da informação, a mesma lógica das DSTs, saúde reprodutiva. Tem de ter informação, mas ela não basta para mudar o comportamento.*

A mudança de comportamento é um processo que demanda estratégias multifacetadas para estimular os indivíduos e a sociedade a adotarem novas práticas de saúde. A informação é um importante canal na comunicação para melhor compreensão do tabagismo, tanto no aspecto biomédico como no psicossocial. O incremento de conhecimentos para afetar atitudes e potencialidades para a mudança tem de fazer sentido para o sujeito. Promover acesso aos serviços de prevenção, assistência e apoio a populações vulneráveis e estimular o diálogo com a população é fundamental para o seu engajamento no processo da apropriação do conhecimento. Como diz Freire:

A assunção e a decisão que vem ligada à assunção são ligadas ao problema do conhecimento... O cara tem que conhecer o discurso do conhecimento, o discurso médico no caso, e a partir daí tem que assumir esse conhecimento, fazê-lo seu, tornar-se sujeito do discurso (FREIRE, P. 1999).

Tal pensamento corrobora a minha hipótese de que as imagens de advertências, ao apelarem para o realismo grotesco escatológico – e não o realismo grotesco ambivalente e regenerador, tal como definido por Bakhtin –, produzem aversão, mas não conhecimento e informação a respeito dos malefícios do tabaco.

Quando indagamos sobre mudança de comportamento, por tratar-se de droga, muitos dos entrevistados levantaram o tema da dependência química como fator impeditivo para

mudança de atitude. O vício se sobrepõe ao desejo de parar de fumar mesmo com o estímulo comunicacional.

- o (TO) - *Eu tinha uma percepção que imagem chocante seria suficiente para barrar uma vontade química. Depois que me aprofundei mais no estudo de que o desejo químico, o que faz no organismo não consegue se controlar mesmo diante de imagens como esta.*
- o (AL) - *O ato de fumar está atravessado por processos consciente e inconsciente. Conscientemente, apesar de ser uma imagem chocante, mas o que move as pessoas a pegar o cigarro, um suporte não vai dar conta porque há a questão física da própria dependência do organismo, como também a psicológica.*
- o (SE) - *Não. Agora, se fosse fumante olhava cinco minutos e depois vinha a minha fissura e voltaria a fumar. Talvez pensasse depois do cigarro que podia ser aquele bebê e pegaria outro cigarro, pois aumentaria minha ansiedade.*
- o (CE) - *Não. Quem fuma, com certeza não. É muito parecida com a história da pessoa usuária de crack e colocá-la como doente por usar droga. O cigarro é uma droga, mas como tem a ver com a ordem do desejo das pessoas ela ia fumar.*
- o (SP) - *O meu vício é maior, minha compulsão por cigarro é maior. Tentei participar do programa no Hospital das Clínicas, usei o Tampix, mas não consegui.*

Nesse processo, alguns fumantes conseguem tornar-se ex-fumantes apenas com os estímulos educativos e do conhecimento, porém, considerando a elevada capacidade do tabaco em causar dependência química, a grande maioria dos fumantes precisa de apoio para deixar de fumar. A abstinência do cigarro, considerada pelos antitabagistas o único caminho para se livrar dos malefícios causados à saúde, também causa sofrimento. Assim, a abstinência não pode ser o único objetivo na linha do cuidado dos antitabagistas. Tratar do sofrimento da abstinência se insere na linha de cuidado do governo, segundo documento oficial:

Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade (BRASIL, 2004, p.10).

Vaz (2006) define o sofrimento aparentemente involuntário que nos acomete, visto como castigo. Como o sofrimento da abstinência imputado ao sujeito ao deixar de fumar. O autor provoca o seguinte questionamento: O que se torna a vida se ela se reduz ao desejo de evitar a morte?

Atribuir para si a responsabilidade pelo sofrimento que se experimenta é acreditar que ele pode ser redimido através da ascese, através de algum

sofrimento voluntário. Sofremos por que não teríamos agido como se deve; se bem agirmos a partir de agora, (isto é, se ativamente damos a nós o sofrimento, agora na forma de restrição dos prazeres do corpo e da obrigação do exercício) poderemos não sofrer no futuro (VAZ, 2006).

Para o autor, essa é uma lógica perversa na interpretação cristã de entender as catástrofes e doenças como pecado. “É necessário sofrer para não sofrer”.

E, por fim, trago o último grupamento de comentários dessa terceira pergunta. Um número considerável de pessoas, 39 para ser mais exata, é cética em relação às advertências sanitárias aversivas, e ser esse o caminho escolhido por uma política pública de controle do tabagismo. A imagem apresentada, bem como as imagens aversivas citadas pelos entrevistados não os mobilizam como sujeitos sociais. Esse tipo de abordagem para alguns, de fato é irrelevante, levando à descrença e à ironia com perda do efeito aversivo e do impacto.

- *(RJ) - Imagens como pessoa morta, impotente só apavora e potencializa o sentimento de culpa. As empresas de tabaco fizeram isso, criaram uma forma de tapar essa imagem para não vê-la.*
- *(TO) - Não, sempre questiono estas imagens. Eles viram o maço, vi vários falando que é só virar, isso não modifica.*
- *(BA) - Para quem fuma, não. A tentativa é fazer com que as pessoas diminuam o uso. Mas quem fuma nem olha essa imagem, já ouvi até piadas de quem fuma de todas estas imagens. Quem fuma não olha.*
- *(PB) - Não. Já vi relatos de amigos meus que até brincam com as imagens. As imagens são impactantes, fazem com que as pessoas que fumam reflitam sobre o que estão fazendo com o próprio corpo, mas não deixam de fumar.*
- *(PA) - Talvez não. Observa mesmo a propaganda tendo sido agressiva, uma ofensiva do MS, o fumante de longo tempo encontra alternativa de burlar estas imagens, compra uma capa para encobrir o box do cigarro, os vendedores escondem o lado da propaganda do governo. O cigarro é tratamento psicológico, médico e decisão própria. O cigarro é mais complicado de deixar que o álcool e o crack, provocam fortes destruições no cérebro e rapidamente.*
- *(RO) - Sinceramente não faz diferença, prefiro virar e ignorar.*
- *(SP) - Talvez não, às vezes, já presenciei o povo chegando para comprar o cigarro e dizer troca esse que causa impotência. Está faltando a compreensão de que não é aquele maço, e sim o cigarro que vai causar problemas de saúde. As pessoas acabam satirizando, esse causa impotência, então, me dá o outro que é melhor ter câncer do que impotência.*

Mas, na percepção dos entrevistados da produção, essa reação de tapar as advertências aversivas é esperada e bem-vinda. Evitar as imagens significa que elas provocaram incômodo. A perda do conceito de aversividade conforme concebido provoca outros sentidos que não a

sensação do medo. Vimos alguns desses sentidos nas falas do campo como ironia, dissimulação e indiferença, que levam à perda do efeito.

Outro fator que resulta em perda do efeito das imagens aversivas é o tempo de circulação que foi extrapolado. Como já ressaltamos, é preconizada a alternância de 12-36 meses, segundo documento oficial da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco:

O efeito novidade de novas advertências e mensagens sanitárias é importante, pois as evidências sugerem que o impacto das advertências e mensagens sanitárias que são repetidas tende a diminuir ao longo do tempo, considerando que a troca das advertências e mensagens sanitárias está associada com maior eficácia (INCA, 2011).

Como a última campanha foi produzida em 2008 e lançada em 2009, esse prazo já se expirou em muito, sete anos já se passaram e as imagens são as mesmas. Apenas duas alterações foram feitas pela ANVISA quando da renovação do contrato com os modelos por mais cinco anos, relativo ao direito de uso, ocorrido em 2015: a retirada da imagem de envelhecimento precoce e da mulher que representa a mãe na foto do sofrimento, por não terem autorizado a renovação.

Figura 46
Horror e Sofrimento (2009)



Fonte: Brasil. *Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco*. INCA (2009)

Além da alternância de imagens, a mudança no *layout* e no *design* é também importante para manter o impacto e aumentar o destaque. Tal fato foi registrado nas falas dos entrevistados em Sergipe e Distrito Federal:

- o (SE) - *Não. Porque estas imagens já circulam por muito e muito tempo. Meu público de usuário não compra carteira, compra de pacotinho por não ter condições. Pode vir sensibilizar as pessoas, mas não acredito que deixem de fumar por causa da imagem, pois o acesso não é de todos e nem para todos.*
- o (DF) - *Não para a pessoa que fuma. Isso parece que vai acontecer com outro, por exemplo, eu não estou gestante e isso não tem a ver comigo e, se eu engravidar, vou parar de fumar. Além disso, a imagem fica bem escondida, nos cantos, é pequena, a gente olha assim e vira as costas.*

Outro fator a ser frisado no contrato de comunicação é para quem diz, a quem estão endereçadas as imagens de advertência. Já vimos que o público feminino foi o mais afetado quando o tema envolveu maternidade, o mal que o fumo faz ao feto. O gênero na imagem “Vítima deste produto” foi discursivamente construído por um “tipo de linguagem usados por uma categoria particular de pessoas, relacionado com sua identidade” (Fairclough, 1991). Ou seja, o enunciado está sempre direcionado a algum destinatário.

Várias são as disciplinas, teorias e autores que estabelecem pressupostos metodológicos para tentarem compreender a relação entre os efeitos produzidos e sentidos apropriados entre o enunciador e o enunciatário. Oliveira e Teixeira (2009), coloca que:

Nos traços de expressões distintas articuladas tem-se um modo de caracterizar as escolhas do enunciador e saber mais de suas opções para interagir com o enunciatário... no contexto situacional de sua ocorrência sócio-histórico-político-cultural (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 2009, p.85).

Constata-se nas entrevistas que grande número dos sujeitos não foi afetado ou mesmo é cético, como se a ele não fosse endereçada essa mensagem. Sobre os modos de endereçamento entre o enunciador e o enunciatário, Gomes (2011) explica que é o “modo como determinado produto, de um gênero específico, tenta estabelecer uma forma de relação particular com o seu público”. Sacramento e Cruz (2014) correlacionam “o modo de endereçamento” ao processo de interpelação denominado por Louis Althusser (1985) como “um processo de recrutamento de um indivíduo para a posição de sujeito, fazendo com que haja investimento discursivo que amalgama os sentidos de identidade e subjetividade”.

Constataremos isso nas narrativas subsequentes, que englobam várias regiões do país, onde não há a interpelação direta do receptor:

- o (RN) - *Não é comigo é com outro.*
- o (ES) - *Não, ela é muito distante.*
- o (ES) - *Eu olhando para essa imagem e vejo que está mais ligada a aborto que a tabaco.*
- o (SE) - *Essa imagem não está ligada ao fumante e nem ao não fumante. Isto está mais relacionado à mulher. A gestante ia se sensibilizar, não é todo sujeito que seria afetado. Está mais na vivência da mulher.*
- o (MA) - *Depende do público-alvo, homens nenhum impacto, talvez mulheres e mulheres que já tenham tido filhos. Eu até brinco que uma enfermeira antes de ter filho entrava numa enfermaria infantil, fazia punção... Depois de ter filho, não passa na porta de enfermaria infantil nem vê choro de criança sem se abalar. Muito específico, nem para todos.*

Convocamos mais uma vez o autor Bakhtin (1998) e o conceito do “dialogismo” como amálgama na interação entre enunciador e enunciatário. A perspectiva dialógica não considera a significação de uma realidade estática de um sujeito solitário, mas sim uma intervenção discursiva ativa condicionada por circunstâncias sociais e históricas:

O discurso vive fora de si mesmo, na sua orientação viva sobre seu objeto: se nos desviarmos completamente desta orientação, então, sobrarão em nossos braços seu cadáver nu a partir do qual nada saberemos nem de sua posição social, nem de seu destino (BAKHTIN, 1998: 99).

Nas narrativas que se seguem, o que veremos é o sentido oposto a amálgama dialógica. Há uma resistência à absorção das advertências sanitárias aversivas, provocando uma tensão que neutraliza os sentidos esperados sem estabelecer um diálogo entre enunciador e enunciatário:

- o (MG) - *Claro que não (risos), porque o que leva as pessoas a fazerem uso abusivo de drogas não passa pelo nível da informação, não basta a informação, está na ordem da subjetividade, na ordem da posição na vida que faça com que determinadas pessoas não abram mão das drogas na vida delas, vai para além da informação, a mesma lógica das DSTs, saúde reprodutiva. Tem de ter informação, mas ela não basta para mudar o comportamento.*
- o (MT) - *Ela dá um impacto, mas por conhecer os fumantes, a maioria olha e fala que isso não vai chegar a acontecer com ela. É chocante, mas isso não vai chegar a mim, não vou ficar grávida, coloco no contexto onde ele está.*

- (MS) - *Na minha visão de quem usa o cigarro acho que não, mesmo sendo chocante. A pessoa não se detém muito, é questão de foco, mal olha, e se olha não é para ver.*
- (PE) - *Não. Apesar de ver sempre nas carteiras de cigarro, não é bem o que deixa de fumar. Porque não faz a ligação direta, automática, na hora. Eu olhando e você perguntando eu remeto à minha filha. Mas na hora que está fumando, está em outro clima, no momento de lazer eu não vou prestar atenção nestas imagens, estarei focada no momento que eu estou vivendo.*
- (AM) - *Não. Existem estas imagens e a incidência não tem diminuído do uso desta substância.*
- (PB) - *Mas, ao mesmo tempo, questiono, como psicóloga, até que ponto isto é eficaz. Os fumantes por mais que vissem essas imagens na carteira de cigarros não conseguem ver o quanto isso produzia o efeito de não fumar. Ela é assustadora, ela choca, reforça os malefícios do tabaco, mas não sei em que sentido faria uma pessoa não fumar.*
- (CE) - *Não. Quem fuma, com certeza não. É muito parecida com a história da pessoa usuária de crack e colocá-la como doente por usar droga. O cigarro é uma droga, mas como tem a ver com a ordem do desejo das pessoas ela ia fumar independentemente disso. Além disso, a imagem fica bem escondida, nos cantos, é pequena, a gente olha assim e vira as costas.*
- (CE) - *Podia até provocar, mas não superaria só vendo o cigarro. Pois se fosse assim com as carteiras de cigarro que trazem a imagem provocando a morte. Isso é uma criança filha de fumante.*
- (SP) - *Não, se fosse fumante, o que mais vê nos bares, mesmo assim as pessoas olham e continuam comprando, ela tem um primeiro impacto, mas depois de um tempo ela naturaliza ou passa a não enxergar mais, ela perde o efeito.*

Na quarta pergunta trago a imagem da Campanha do Ministério da Saúde, lançada em agosto de 2011 para lembrar o Dia Nacional de Combate ao Fumo, comemorado em 29 de agosto. A referida imagem, já descrita acima, traz o sentido do ganho ao parar de fumar alicerçado no conceito do hábito saudável. Mantendo a imagem “Vítima deste produto” na outra mão, pergunto: Que vantagens ou desvantagens você vê de a política antitabagista estar apoiada em uma destas duas imagens? Tem proposta diferente?

Do total da mostra, 43 entrevistados optaram pela imagem positiva. Todas as falas trazem o sentido da qualidade de vida e da promoção da saúde como elo de aproximação. Segundo os entrevistados, a captação do usuário não se dá pelo choque. O que os toca mais, o que os mobiliza e os atrai é a “perspectiva das práticas de promoção da saúde e não da doença, pois traz a noção de longevidade e felicidade correlacionada ao não uso”. Existe o entendimento de que essa imagem “comunica mais por trazer o universo na promoção da qualidade de vida, como estar mais próximo da pessoa poder respirar, correr”.

Explico, que essas imagens integram linguagens comunicacionais distintas, cartaz de campanha governamental e advertência no maço de cigarros. Mas, o que mostro aos entrevistados no campo são duas imagens (mesma linguagem) num mesmo contexto. O intuito foi de provocar a discussão entre os sentidos aversivos e de qualidade de vida. As reações foram quase todas favoráveis à temática da qualidade de vida, que, segundo os entrevistados, comunica mais, tem maior poder de convencimento mostrar a ausência do cigarro, traduz o desejo atual de uma sociedade de ser saudável, o papel educador de reforçar o positivo e não o negativo; e a morte de um feto põe fim, acabou, parou o processo de comunicação, de interação com a vida. Essas falas esclarecem uma das questões norteadoras deste estudo sobre que efeitos relativos ao sentido mais amplo da ideia de saudável essas campanhas produzem?

- (ES) - *Esta comunica mais, traz o universo na promoção da qualidade de vida. O mundo reflete sobre a qualidade de vida, hábitos saudáveis, com esporte; o cigarro, o álcool, uma consciência de beber e não dirigir traz conscientização do ser saudável.*
- (RN) - *É o que queremos para promover saúde. Você pode chegar à imagem que não tenha o cigarro e ter estas condições que são muito mais atrativas.*
- (TO) - *A imagem do feto é agressiva, mas, para quem é fumante dependente, ela não faz você retroceder. Mas a imagem do bem-estar, da coisa saudável, de estar junto, de poder correr, pois fumante não corre, ela tem mais a ver, ela toca mais. Os anos de vida perdidos que você está se propondo e não de uma possibilidade, apesar de ser agressiva.*
- (DF) - *Ah... Basta olhar a cara feliz, as pessoas brincando, rindo, vivendo, curtindo, traria uma imagem que mostrasse vida, alegria, pois o cigarro leva à morte. Se eu fosse fazer, traria uma imagem que trouxesse a ideia de vida e alegria.*
- (PA) - *A imagem positiva ajuda mais a convencer as pessoas. Trabalhar a vida saudável. É mais por aí do que mostrando os aspectos negativos do câncer. Temos que investir na qualidade de vida das pessoas, que as pessoas adquiram hábitos saudáveis de vida na qualidade de vida e isso tem de começar no pré-natal, com a mãe, com o aleitamento materno, que, com certeza, vai ter um desenvolvimento mais saudável e vai ajudar na vida inteira.*
- (AP) - *Na alegria de viver, na ausência de fumo, pulmão ventilado, a imagem colorida é vida. Na ausência do tabaco essa alegria que nos traz.*
- (PI) - *Viver bem, temos que nos apegar com as coisas boas da vida. Viver bem, noção do que seja saúde, de bem-estar e de respirar ar puro, você não vai se interessar por cigarro ou droga. Você consegue raciocinar melhor estando em paz em um ambiente agradável do que estar vendo uma imagem tão negativa.*
- (RO) - *Com certeza nesta aqui. Mostra pessoas felizes, alegres e de bem com a vida. Ali significa a morte, acabou, parou.*

- o (PI) - *Imagem feliz, mostrar o lado bom é melhor que mostrar o lado ruim. O que você pode ter de potencial em relação a um uso, a um hábito, deve ser mais feliz.*
- o (SP) - *Ficaria com a segunda. Enquanto educador tenho que reforçar o positivo e não o negativo. Subo de escada no meu prédio de três andares, pois chego bufando, quando parei de fumar e realmente foi melhorando, é muito mais agradável olhar esta figura do que a outra.*
- o (SP) - *Viver bem é viver com saúde, fique longe do cigarro. O cigarro não traz saúde, sei que faz mal, tenho neto agora e eu não posso mais fumar. Ele chega em casa, eu me lavo toda e não quero que ele sinta o cheiro do cigarro em mim. Às cinco horas, tomo banho que não consigo sentir meu cheiro. Na escola desço quatro vezes para fumar...*
- o (SP) - *Mais positiva, o público sempre tem que ser convidado a fazer coisas melhores, atrai mais ser convidado para isso aqui, vai melhorar, a gente não gosta de ouvir coisas erradas, ficaria com a mais positiva.*
- o (MA) - *Talvez a da praia, dificilmente se vê pessoas fumando no calor e na praia...*
- o (MA) - *Eu me apoiaria na segunda imagem. Existe uma coisa que é o desejo de todos que é viver bem, a questão de um feto ou de outra imagem acho que pode distanciar de você, câncer de pulmão, enfisema pode achar que não vai acontecer comigo. E a coisa do desejo de viver bem todos têm em si, não vai subjetivar ou tirar da vida dela nunca. Eu acho mais interessante a segunda imagem, produz mais efeito.*
- o (RO) - *Hábitos saudáveis, mais leve, mais suave e mais agradável de ver.*
- o (PI) - *Prefiro o hábito saudável, ficar longe do cigarro, discutir, mas sem mostrar esta imagem cruel e perversa.*

Alguns entrevistados mostraram consciência de que a imagem está ancorada em outro suporte, mas, mesmo assim, reforçam que a afetação é maior pelo fato de estarem próximas de pessoas saudáveis, “realmente é isso que quero, então, não vou me aproximar do cigarro para poder ter esta alegria que eles estão tendo, trabalharia mais com a alegria das pessoas saudáveis”.

Essa proximidade é uma manifestação de linguagem denominada metonímia, que usa como base as relações de contiguidade. Esse processo persuasivo é muito utilizado hoje na publicidade, além da metáfora, é claro. Esse recurso busca “estabelecer relações entre estas duas figuras realizando uma aproximação entre as estratégias analíticas semióticas e as abordagens investigativas das ciências cognitivas” (Pinheiro, 2010).

A orientação das imagens pela metonímia pode vir a ser um desafio teórico para a construção das próximas imagens de advertências. Essa é uma questão norteadora colocada neste estudo para uma reflexão mais ampla sobre as práticas comunicativas da saúde pública?

Além disso, a capacidade de ativação metonímica se revela na própria escolha da metáfora visual como estratégia discursiva, definida por Barthes (2002) como um processo semântico de contágio. Os entrevistados responsáveis pela produção das imagens de advertências de 2008 nomearam de pista positiva o recurso que vem sendo estudado para a construção de novos caminhos para as imagens de advertências. Para o autor, o poder da metonímia dá ao “desejo o meio de acesso ao sentido”, como se vê nas falas abaixo:

- (TO) - *Não sei se mudando a imagem faria algum efeito. Mas, de repente, em cartazes, banner e folder, que é outra maneira de trabalhar, essa imagem do bem-estar traria mais vantagens. Eu tenho intolerância ao cheiro do cigarro, essa imagem traz pessoas próximas, não ser fumante e estar mais próximas das pessoas, eles estão juntos, o contato até da respiração, você ser não fumante e estar mais próximo da pessoa, isso tocaria. Este lugar bonito que parece uma praia. Inclusive de saúde, estar dando conta de carregar uma pessoa, de estar correndo, se divertindo. Eu penso muito no meu irmão, pois se ele estivesse fumando até hoje, provavelmente não seria esse atleta e essa figura não me remeteria a ele em nenhum momento.*
- (SC) - *A do feto é muito forte, acredito que atualmente as pessoas estão querendo ter mais qualidade de vida, a imagem da família, por querermos viver bem e melhor e eles estão demonstrando muita alegria; a outra é impactante, mas esta traz um prazer maior, realmente é isso que quero, então, não vou me aproximar do cigarro para ter esta alegria que eles estão tendo, trabalharia mais com a alegria das pessoas.*
- (MT) - *Muito mais chamativa. Quem não quer viver bem? A outra, nunca vou ser esse outro. Viver bem todos nós queremos. Procuramos qualidade de vida, viver mais e melhor, e ficar longe de cigarro, com a família envolvida, com um olhar mais forte para si, me coloca muito mais dentro dela. E para o fumante também, ele quer este momento maravilhoso de felicidade.*
- (RO) - *A de cá é melhor, é mais agradável de ver e mais fácil de trabalhar, pois vai mostrar o que é bom, a qualidade de vida que vai ter se não fumar, e a outra é muito feia.*
- (RJ) - *Fala do prazer, ela é mais convidativa.*
- (BA) - *As duas são focos diferentes. A imagem da vida saudável, praia e sol, que a vida vale a pena, me afeta mais e me atrai mais.*
- (AM) - *Com certeza. Viver bem é viver com saúde. Fique longe do cigarro. Não consigo nem sentir o cheiro, quando estou próxima me dá mal-estar e me afasto. Esta seria a ideal.*
- (RO) - *Sendo escola, a de hábitos saudáveis. A imagem traduz muita coisa, apesar de tão horripilante, as pessoas têm medo de vê-la, talvez elas não se detivessem a esta imagem, você incentivando promovendo a saúde e não a doença.*
- (GO) - *Eu acho que não é pelo trauma. Eu acho que as pessoas têm que enxergar que há outras formas de viver, outros prazeres na vida que não o vício, usaria a da*

qualidade de vida.

Mas o governo brasileiro buscou na metáfora, no grotesco, no terror, a contrapropaganda. A aversividade marcada pelas mensagens proibitivas foi a forma de aversão criada para afastar o consumidor do produto. Sensações salientadas pelos entrevistados do Nordeste:

- o (BA) - *A imagem de hábitos saudáveis surtiria mais efeito, mas a frase “fique longe do cigarro”, eu não usaria esta frase, pois inibe dando uma ordem.*
- o (CE) - *Esta nova. Viver bem com saúde, aqui é importante, pois tem a história da promoção e não tem aquele peso de culpabilizar o usuário pelo uso qualquer que for a droga, mas dele saber lidar com o uso. Mesmo a pessoa fumando na outra imagem passa a ideia de uso recreativo, momentâneo. A outra passa o terrorismo. A outra imagem é bem mais forte, apesar da outra ser mais chocante.*

Apenas 12 entrevistados optaram pela imagem aversiva em consonância com o movimento antitabagista, compreendendo que imagens “do viver saudável ou ser másculo até pouco tempo eram produzidas pelas empresas de tabaco”. Nessa minoria observo, apesar de correr o risco da falta de neutralidade do pesquisador, mas entendendo que não existe neutralidade absoluta, o forte marcador religioso nos discursos. Valores que reforçam o argumento da culpa, da vitimização, da construção da moralidade predominante de nossa cultura. Vaz *et al.* (2007) argumenta que é exatamente a partir dessa demanda de intervenção que reaparece o Estado autoritário:

O Estado diminui o seu poder sobre cada indivíduo que o papel de pastor lhe conferia, mas, em compensação, aumenta sua autoridade de policial, de intervir em nome das vítimas virtuais, como contentor daqueles que representam um risco à liberdade delas (VAZ, P. *et al.*, 2007, pp. 145-153).

- o (AC) - *Me apoiaria na imagem do feto, pois a imagem “Viver bem é viver com saúde longe do cigarro” não me convenceria, e, conseqüentemente, não me traria impacto. As empresas de tabaco, até pouco tempo, vendiam esta imagem do viver saudável ou ser másculo era quem fumava Marlboro.*
- o (AC) - *Optaria pelo feto por impactar mais. Vejo pessoas que compram cigarro pela imagem. Pedem pela imagem e escolhem aquela que talvez provoque menos danos.*
- o (ES) - *Esta causa mais impacto, a vítima deste produto. O bem-estar me passa saudável, mas não do cigarro, pode ser esporte, lazer, alimentação. A outra me chama mais atenção ao malefício do produto do que a que está dizendo que vou ter uma vida mais saudável se não fumar.*

- (SE) - *A mensagem de ficar longe do cigarro não é boa. Tudo que taxamos não é bom. Se for para escolher, seria a do feto por estar vendo de fato o que acontece com o uso do tabaco. O taxativo afasta a pessoa, mas não do cigarro. A imagem do feto afetaria mais.*
- (PA) - *No feto, porque quando liga a imagem dos casais está associando com momento de alegria e prazer e pode levar o usuário a sensação ao mesmo tempo em que está fumando, diferente da imagem do feto.*
- (MT) - *Feto. Ela toca, mexe mais com o sentimento da pessoa. A outra, para Mato Grosso, não temos praia, parece que não passou por uma situação, não encara uma realidade. A outra faz a pessoa parar e refletir mais.*
- (CE) - *Eu gosto do impacto e apoiaria esta (feto).*
- (SC) - *Acho que sim, quem fuma pelo menos pensa em deixar ou reduzir, pode não parar.*

Ao favorecerem a imagem que exhibe os ganhos adquiridos com a cessação do hábito de fumar, os entrevistados desfavorecem a imagem negativa. “Os sentidos eram recorrentes e os argumentos conhecidos como ‘não me dá vontade de olhar’, ‘bloqueia na hora’, ‘desvio o olho na hora’”. Para o movimento antitabagista, esse é exatamente o resultado esperado, a aversão ao objeto. Mas, segundo os entrevistados, a apropriação de imagem e mensagem fenece com o desvio do olhar.

- (MS) - *Não sei se só imagem por si, mas, por incrível que pareça, aquela é que mais choca, mas esta é mais simpática e acaba chamando seu olhar e a outra você nem olha, é tão chocante que você desvia o olhar, e rapidamente não quero lembrar este assunto. A outra não, as pessoas estão sorrindo, de repente o seu olhar se volta e você até lê. Ali você nem olha, bloqueia na hora, não quero pensar em mais tristeza. Talvez você até pare para pensar mais, olhar com mais carinho, com mais calma.*
- (TO) - *Imagem do prazer. Cada pessoa se afeta de uma forma. Preferi fazer reflexão em cima do bem-estar. Quando olho para a imagem do feto fico tentando desviar o olhar o máximo que posso, você chega a qualquer lugar, no caixa de uma panificadora que tem esta imagem grande e desvia o olho na hora porque não quer olhar isso, tem outras muito ruins. Eu faria uma reflexão em cima da imagem do viver bem, o que isso poderia me proporcionar.*
- (ES) - *A do bem-estar me toca muito mais. A ideia para ser feliz, saudável, ter uma relação bacana, o cigarro estaria excluído. Ser saudável para correr na praia, para brincar me toca mais que a outra. A outra me traz afastamento, eu olho dor, sofrimento e esqueço. A outra não, me dá vontade de olhar, pensar, nossa isso eu quero.*
- (RS) - *Aquela ali vai mostrar pessoa saudável que tem caminho de vida; e ali mostra que nasceu e nem teve oportunidade. Esta aqui como tem outras que tem na carteira de cigarros que nem olho, a imagem é deprimente.*

A propósito, existe um segmento que merece especial atenção: o dos fumantes de longa data. Viciados e resistentes às imagens, eles ignoram as advertências sanitárias. Para eles, novos caminhos de imagens merecem ser testados, como as perspectivas das pistas positivas ou biográficas que reforcem o sentido comportamental.

A expressão comportamento aqui pode ser associada ao de risco. O ato de fumar é um comportamento de risco. E, para reversão desse ato, a influência do meio em que vive é uma pista positiva, a aproximação com a família tem grande influência também. A exemplo da campanha realizada pelo canal de televisão SBT ao recriar advertências dos maços de cigarro para incentivar fumantes a largarem o vício. Por meio da plataforma “SBT do Bem”, a emissora lançou, em maio de 2015, campanha que incentiva personalização de maços de cigarros com pedido pessoal de amigos e parentes do fumante: “Quem mais te ama adverte: Por favor, não fume”. Como vimos, essa proximidade é uma manifestação de metonímia com uso das relações de aproximação criando laços e identidade.

Para Priscila Stoliar, gerente de marketing do SBT, “apesar dos esforços de conscientização por meio de imagens chocantes nas embalagens, muitos fumantes parecem não se comover e até banalizam os riscos”. Então, no Dia Mundial Sem Tabaco, a agência *Publicis Brasil* criou, a pedido do “SBT do Bem”, a campanha “Advertências Impossíveis de Ignorar”. Por meio do *hotsite*: www.sbt.com.br/semtabaco; qualquer pessoa pôde criar sua própria advertência, com foto e mensagem direta ao fumante. Depois, foi só imprimir a arte e colocar no maço de quem fuma para surpreender a pessoa. “Imagine comprar um maço de cigarros, e, no lugar da tradicional advertência no verso, encontrar uma mensagem de alguém próximo pedindo que você não fume”.

Por meio de suas narrativas é possível estabelecer uma correlação com o questionamento de Eco (1987):

Desejamos uma coisa porque a isso fomos persuadidos comunicacionalmente, ou aceitamos as persuasões comunicacionais que concernem a coisas que já desejávamos? O fato de que sejamos persuadidos por argumentos já conhecidos orienta-nos para a segunda alternativa. (ECO, 1987, p.184)

O grupo a seguir, em número de quatro, apesar de favorecer a pista positiva, propõe uma terceira via, nem proibitiva e aversiva e nem voltada para a qualidade de vida, mas com imagens e mensagens que se aproximem mais de nossa realidade e cultura. “Aproximar mais da minha realidade para atingir este bem-estar”, Paulo Freire, citado por um dos nossos entrevistados.

Apoio-me no referencial teórico dos estudos culturais para refletir sobre a proposta dessa terceira via, pois ajudam a compreender que as subjetividades são social e culturalmente construídas por vários discursos e artefatos. Para Spitz e Gamba Jr., a leitura das imagens tem de ser realizada sob uma ótica cultural:

O homem e a sua cultura se colocam de forma diferente diante de um mesmo aparato técnico de comunicação, justamente porque há um código cultural que se organizou em torno dessas experiências. Esse código classifica as narrativas através de uma convenção que as tenta diferenciar pela necessidade ou não do acesso às provas que constituem os fatos narrados (SPITZ, GAMBIA Jr., 2007).

Desse ponto de vista, outros olhares podem contribuir para esse percurso da terceira via, experimentar outro tipo de abordagem visando a redução do tabagismo com intenção de alcançar a meta de apenas 9%:

- (RN) - *Queremos uma vida com qualidade. Mas o bem-estar não aconteceria comigo, pois a imagem não me afeta, pois na minha realidade não terei este belo companheiro, praia, isso é para rico, é para quem pode. Cito Paulo Freire para me aproximar mais da minha realidade para atingir este bem-estar. Que possa me identificar nem com pobre e nem com rico.*
- (SE) - *Nem sei te dizer. Antigamente, propaganda de cigarro era neste sentido, subindo rio, aventura. Poderia dizer que é complexo lidar com imagem e lidar com subjetividade e desejos. Quando olhei, achei que era propaganda de cigarro. Pode significar para mim, mas para a maioria pode não significar. Deveria fazer uma pesquisa para levantar opiniões. A do bebê é forte, mas gera violência e gera a tendência de bloquear a imagem.*
- (PR) - *Não dá para ser uma tão terrorista e nem outra tão Polyana, tão idealizadora. As imagens que melhor funcionam são aquelas que estimulam a pensar e não as tão diretas. Aquela família está forçada e a outra, a psicologia do terror, ela afasta da discussão. Trabalharia uma terceira ideia na perspectiva de deixar a pessoa participar na construção, precisaria entrar na emoção da pessoa, o que significa, e no julgamento pura e simplesmente.*
- (PR) - *Me tocava mais esta, mas está tudo muito bonito, enfeitado, sadias, não é real, também acharia que não é comigo. Talvez uma cena de uma pessoa numa situação mais comum, usual, talvez num ponto de ônibus.*
- (AL) - *Não seria também ideal a do bem-estar, ainda que mobilize sentimentos mais positivos de saúde e de alegria, mas não dá conta que o aspecto de saúde seja esse.*
- (PE) - *Apoio na imagem que traz o contexto de saúde, que traz uma vida saudável. Acho que os fumantes são de diferentes classes, não é a realidade de pessoas de baixa renda, para que elas se identifiquem não chamaria tanto a atenção. Apenas pessoas mais esclarecidas se identificariam melhor. Teria que ter outra imagem que atenderia a todos os públicos, que teria que trazer o contexto do cuidado e do dano*

que o cigarro traz e de viver bem e ter uma vida saudável e como impede de tê-la ao fazer uso do cigarro.

- (AM) - *Eu acho que a segunda imagem é mais próxima do que imagino. Mas esta coisa do real, destas pessoas sempre felizes, não é o que imaginaria. Mas não tenho conhecimento para propor uma terceira imagem, mas a outra de jeito nenhum.*
- (MG) - *Eu acho que a imagem da qualidade de vida é muito interessante, mais inovadora e diferente. A outra cumpriu um papel importante ao longo da história, mas quem sabe não pode experimentar outro tipo de abordagem para ter maior redução. Tem havido diminuição, vejo como professor em sala de aula que antes tinha mais de 80% dos alunos fumantes, e hoje é difícil encontrar alguém fumando, é um exemplo interessante. Mas de qualquer modo precisamos reduzir ainda mais o número de pessoas que aderem ao vício do cigarro.*
- (MG) - *Me apoiaria na de qualidade de vida, trabalha com perspectiva das práticas de promoção da saúde e não da doença, mais agradável, traz noção de longevidade e felicidade correlacionada ao não uso.*

A compensação é o outro argumento na fala dos entrevistados. Melhor dizendo, para deixar o vício e/ou largar o cigarro, o que dá prazer, qual será a minha compensação? “Eu largo esse prazer, mas o que coloco no lugar?”. “Eu não vou ter esse prazer, o que vou buscar?”. Alguns entrevistados veem a vida saudável, o esporte, o respirar melhor como forma de compensação.

Os princípios de compensação e recompensa governam as nossas vidas, o caminho proposto de algumas falas é utilizá-los nas imagens e mensagens: “Eu fujo disto aqui, mas o que eu ganho exatamente?” ou “Quando vou consumir algo, o que estou ganhando com isso, o que me traz de benefício?”.

- (RS) - *Na verdade, a outra imagem trabalha mais com o que tu ganha com o cigarro, isto mobiliza mais as pessoas. Ali independe se tem alguma doença ou se está grávida, você ganha com qualidade de vida se parar de fumar. Tu ganha em qualidade quando não fuma. As relações mudam, as pessoas que fumam estão impregnadas de cigarro. Meu pai era fumante, os dentes e os dedos eram amarelos de cigarro, fora os prejuízos respiratórios. Optaria por trabalhar a questão de resgatar o que tem de positivo, o que tu ganha sem o cigarro e não o que tu perde com o cigarro, que é outra abordagem.*
- (DF) - *A imagem que trabalha a qualidade de vida longe do cigarro seria uma primeira aproximação para fazer uma campanha. O cigarro acaba sendo uma grande válvula de escape. Eu largo esse prazer, mas o que coloco no lugar? Ou eu não vou ter esse prazer o que vou buscar? O esporte ou poder estar envelhecendo com a pele melhor. Eu chamaria a atenção em vez de colocar cenas que causam repulsa. Trabalharia a construção de um hábito saudável e não a negação de um hábito que você já tem construído.*
- (GO) - *Com certeza, prefiro imagens mais positivas. Você associar o comportamento*

ou adoção de determinado hábito ao ganho da qualidade de vida. Esta imagem aqui, sobretudo que é uma imagem do feto, choca muito mais, ela é mais forte visualmente, ela tem um impacto mais forte, do ponto de vista de estratégia a médio e longo prazo. Continuar explorando só isso é suficiente, de repente, fazer este tipo de associação é interessante, a pessoa pode estar se perguntando, eu fujo disto aqui, mas o que eu ganho exatamente? A manutenção do hábito pode ter este tipo de impacto, a não adoção do hábito pode ter este ganho aqui com melhor qualidade de vida. Meu amigo relatava ainda bem que parei de fumar, era nadador e o desempenho estava pior e, quando parou de fumar, o desempenho melhorou, ele fez associação imediata com ganho de qualidade de vida e é este tipo de percepção que as pessoas devem ter. É a pergunta que as pessoas fazem ao longo da vida quando você faz a adoção de comportamento ou quando vai consumir algo, o que estou ganhando com isso, o que me traz de benefício. É esta mensagem que precisa trabalhar melhor.

- o (PB) - *Certamente a segunda imagem, que não foca na droga, foca na possibilidade de qualidade de vida, de coisas boas, já aprendemos isso com as drogas em geral, droga mata, cadê caixão, essa linha não funciona tão bem. Essa sim, trazer mais prazer, ele tem uma dependência física e psicológica, tirá-lo da condição de prazer e, muitas vezes, de uma companhia. Vejo relato que cigarro é uma companhia, tô eu e meu cigarrinho, mostrar que é possível ter esta companhia e ter este prazer independentemente do uso da substância é mais atrativo.*

E, por fim, três entrevistados valorizam a percepção do sujeito entendendo o processo de comunicação transbordando os limites de troca de mensagens entre emissor e receptor. Como cita Rangel (2007) considerando o universo simbólico e os sentidos possíveis para o que se comunica. Dois entrevistados ressaltaram “que dá para trabalhar as duas em linhas diferentes porque as pessoas enxergam as pessoas de formas diferentes, o que é mais atrativo para um, não afeta mais o outro” ou mesmo “cada pessoa apreende de uma forma, pessoas pelo lado positivo se estimulam e outras precisam de maior sensibilização e contundência para mostrar as consequências”.

Rangel (2007) reforça que fazer comunicação é mais importante que ficar construindo modelos de intervenção. Para a autora, a comunicação tem de ser compreendida como diálogo considerando “a complexidade do processo de mediação e da interação intersubjetiva que os envolve”. Ela continua:

Mais do que construir um modelo de intervenção, é importante entender a comunicação em sua complexidade, para pensar estratégias de comunicação condizentes com as especificidades socioculturais, de modo a produzir e fazer circular discursos sociais competentes para a disputa de sentidos na sociedade em geral e no território em particular (RANGEL, 2007, p.1384).

Embora muito se tenha avançado na política do tabagismo, existe uma distância entre a informação científica e a competência comunicativa. Como podemos testemunhar nas falas dos entrevistados que optaram por entrelaçar as duas propostas:

- (AL) - *Me apoiaria em ambas, cada pessoa apreende de uma forma, pessoas pelo lado positivo se estimulam e outras precisam de maior sensibilização e contundência de mostrar as consequências, a relação causa e efeito do cigarro.*
- (PE) - *As duas. Vale uma imagem que traz a perspectiva do medo e de aversão e esta convida mais para um hábito saudável. Olha mais para uma imagem positiva de um viver bem com saúde. O cigarro não me chama atenção num primeiro momento, e sim para o bem-estar que é positivo num momento de lazer, mas não me remete ao cigarro.*
- (MS) - *Em ambas. A primeira mostra as consequências e a segunda é o não fumar, a saúde, o viver bem.*
- (GO) - *Ambas. Esta levaria pela questão do que ele pode causar; esta, se você não fumar, você poderia ter momentos assim, as duas são interessantes.*
- (MG) - *Se tiver que escolher uma.... Eu acho que dá para trabalhar as duas em linhas diferentes porque as pessoas enxergam as pessoas de formas diferentes, esta é mais atrativa para um e esta alerta mais o outro.*
- (PB) - *Olha, é um dilema. Esta imagem da esquerda talvez atraia mais a atenção pelo fato da expressão das pessoas, pois elas estão vivendo bem. O texto é viver bem é viver com saúde, fique longe do cigarro. Mas a outra traz um impacto diferente. Mas a da qualidade de vida talvez chame mais atenção.*

A quinta pergunta trata da conexão entre as políticas de comunicação e o controle do tabagismo inserido nos pressupostos do SUS. Que vantagens ou desvantagens você vê da ligação com o câncer e não com a política de saúde mental do SUS?

Mantenho as duas imagens, a da campanha antitabagista e a advertência sanitária, sob o olhar do entrevistado e o provoco a se perguntar: Em que política essa imagem está ancorada? A intenção é abrir outra perspectiva, uma releitura do objeto na perspectiva das políticas públicas do Sistema Único de Saúde.

Do total de entrevistados, apenas sete não se posicionaram por acharem que não tinham propriedade para falar sobre o tema. Destacamos quatro falas representativas desse grupo:

- (RS) - *Não sei se existe pesquisa de que o cigarro tenha afetado mentalmente, desconheço, não poderia opinar. Que ele é causador de câncer, sim. Perdi amigas de câncer de garganta pelo uso do cigarro.*
- (DF) - *Eu não sei, estou em dúvida com esta resposta, não está muito claro... talvez o INCA seja o espaço de cuidar destas pessoas, não tenho clareza, por ser um espaço*

que promoveu tecnologia, provocou a descoberta de medicamentos e cuidados, talvez... não tenho claro...

- o (PR) - *Não tenho propriedade no sentido da política para dizer das vantagens e desvantagens de estar ligada. Como está hoje já está dizendo a consequência do cigarro. Para o usuário comum não faria diferença onde está e para o profissional, desde que o material para que a área técnica possa trabalhar com esta política, talvez não importe estar na saúde mental ou no INCA. Se ela está numa área mais restrita talvez tenha possibilidade de fazer melhor trabalho.*
- o (RO) - *Pergunta difícil, não sei responder por não ter o conhecimento apropriado.*

Vinte e dois entrevistados optaram pela aproximação das políticas do SUS que lidam com as drogas lícitas e ilícitas associando as práticas, estreitando estratégias, parcerias e o diálogo entre a área de Saúde Mental, a Secretaria Nacional Antidrogas e o Instituto Nacional de Câncer. Já 20 dos entrevistados acreditam que o tema deva estar vinculado à saúde mental, e 12 se posicionaram a favor da política de controle do tabagismo estar vinculada ao INCA.

Na sequência, tecerei comentário sobre cada grupo de respostas, a começar pelos que se posicionaram pela continuidade da vinculação com o INCA, um caminho natural já que, historicamente, assim foi construído no Brasil. Se formos fazer a genealogia dessa construção, remontaremos ao ano de 1980, quando, segundo o ex-diretor do INCA Luiz Antônio Santini a política de controle do tabagismo começou. Ele se lembra da criação do Programa de Oncologia (Pro-Onco) em 1986, uma estrutura técnico-administrativa da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer. O Pro-Onco passou a ser, em março de 1990, uma coordenadoria do Instituto Nacional de Câncer denominada Coordenação de Programas de Controle de Câncer. O objetivo sempre foi, desde o início, estruturar um serviço de abrangência nacional voltado para as ações de prevenção e controle do câncer.

O controle do tabagismo sempre mereceu um destaque entre os trabalhos desenvolvidos pelo serviço, principalmente após sua incorporação pelo Instituto Nacional de Câncer. Inúmeras campanhas foram desenvolvidas e diversos eventos foram realizados, entre eles o Congresso Brasileiro de Tabagismo. O trabalho se desenvolveu e cresceu de tal forma que, em 1996, a direção do INCA optou pela criação de coordenadoria voltada especialmente para o assunto, a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer - CONTAPP, atualmente Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

O PNCT, desde então, atua sob a ótica da promoção da saúde, gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil, hierarquicamente ligada ao Ministério da Saúde por meio do INCA. No site do Instituto está publicado:

O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seguindo um modelo no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco (INCA, 2015).

Assim, como podemos constatar, a construção do PNCT é anterior à organização do Sistema Único de Saúde, traçado na Constituição Brasileira de 1988, resultado da VIII Conferência Nacional de Saúde, que fixou as diretrizes de uma nova política de saúde.

Como lembrou Santini quando entrevistado, “o INCA é o órgão assistencial estruturado da saúde pública mais antigo do país e está citado na Lei 8080, quando da criação do SUS, em 1988”. São apenas três os órgãos citados como componentes estratégicos do SUS: INCA, Fiocruz e Pioneiras Sociais.

A percepção dessa evolução histórica vinculando diretamente o uso do tabaco ao surgimento do câncer está mais arraigada na região Norte do país, “quando pensa no INCA, a sociedade já associa a tal doença” ou “É porque existe relação direta entre o uso do tabaco e o aparecimento do câncer”:

- (AP) - *Inclusive hoje, ao vir para cá, estava no hospital com minha irmã com câncer de pulmão provocado pelo cigarro, que foi o grande vilão. Não vejo problema de ser o INCA a coordenar.*
- (AM) - *É porque existe relação direta entre o uso do tabaco e o aparecimento do câncer, é importante estar ligada a uma instituição que vai pensar na forma de tratamento para estes malefícios.*
- (MA) - *Acredito estar ligado ao INCA e positivo traz uma força do embasamento específico necessário para isso. Porque a sociedade em geral ela frisa muito isso, a política já não tem mais esta força no impacto pessoal, quando pensa no INCA, a sociedade já associa a tal doença, estar ligado ao INCA é muito bom.*
- (RO) - *Não acho que está direitinho o problema que é difícil largar o vício ele por si só já dá muito trabalho.*
- (AM) - *São as consequências que são as piores e chegam ao câncer e nada mais correto que o INCA para trabalhar a prevenção para que a consequência não chegue ao ponto mais crítico.*
- (GO) - *Vantagem porque o tabagismo está relacionado a alguns tipos de câncer, então era para poder ter mais informação e controle sobre a doença.*
- (ES) - *Talvez estando ligada ao câncer, que ainda é sinônimo de morte, causa mais impacto do que a questão da droga. Quando fala de droga pensa na ilícita, como é lícita ela acaba não sendo associada a drogas, como o álcool, então está mais ligada*

ao adoecimento pelo uso dela, o câncer vem sendo mais propagado e midiático e o impacto é maior.

Seguindo ainda essa linha de raciocínio, o PNCT, apesar de ser um programa compartimentalizado, tem em seus objetivos um modo de ser e fazer política pública que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Segundo o que está estabelecido em suas diretrizes, o “olhar transversal” contribuiu para consolidar a integração entre as áreas no desenvolvimento da política. Nessa linha, tem como propostas estabelecer pactos e parcerias com setores acadêmicos, movimentos sociais, gestores, trabalhadores de saúde e cidadãos.

Essa ótica, além de estar expressa na política do Programa, concretizou-se em ações. Aqui destaco a criação, em 1999, pelo decreto 3.136, da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONIQ), responsável pelo cumprimento do primeiro tratado internacional de saúde pública, ratificado pelo Brasil em 2014 e por mais 178 países. A CONIQ é presidida pelo Ministério da Saúde e nela têm assento 18 órgãos e ministérios do governo. À frente da secretaria executiva encontra-se uma de nossas entrevistadas, Tânia Cavalcante, referência no controle do tabaco no país.

Mas, apesar do traço transversal mais recente instituído na política de controle do tabagismo, vê-se nas falas de alguns entrevistados que, mesmo favorável à vinculação ao INCA, fazem ressalvas sobre a necessidade de ampliar a “integração destes vários olhares, o olhar do INCA associado à saúde mental, a promoção da saúde, conteúdos e estratégias e formas de abordagem, o ganho será muito maior”. Notem que os únicos entrevistados que não pertencem à região Norte, Goiás e Espírito Santo, reforçaram a tese da transversalidade, que não está na estrutura organizacional e sim na política voltada para a doença em lugar da saúde:

- o *(GO) - A grande vantagem é a expertise que o INCA tem, o conhecimento acerca de quais são as consequências e de como pode ser tratado, este olhar técnico da assistência de quem lida no dia a dia é fundamental. Temos que fazer ponte maior com a promoção da saúde, associar isso não à prevenção ao problema específico, mas associar este hábito a um ganho da qualidade de vida. Você não está deixando de fumar para evitar um câncer de boca, você está deixando de fumar para viver melhor, com mais saúde, melhor qualidade de vida. Não sei se tirar o locus da coordenação de um ou outro setor, mas pensar estratégia de integração dentro destes vários olhares das várias perspectivas dentro de um mesmo processo de intervenção. Não faria restrição de a coordenação estar com o INCA, a restrição é se o olhar prevalente sobre o problema for do INCA a gente tem problema, vamos ter dificuldade. Mas se tenho o olhar do INCA associado à saúde mental, à promoção da saúde, faço a integração destes vários olhares, conteúdos e estratégias e formas de abordagem, o ganho será muito maior.*

- (ES) - *Quando começa o combate pôr as pessoas adoecerem por causa do cigarro. Não tem como desvincular, mas não é suficiente para que mude um comportamento. Se descobrir que tenho câncer, vou ficar mais atenta, mas hoje não tenho essa relação com a doença e sim com uma vida alegre, saudável e feliz, o que me toca mais. Mas não podemos excluir que a consequência do uso do tabaco, além de não ter energia, é também uma doença. Não tem que excluir, mas não é o foco principal para mudança de comportamento.*

As respostas seguintes referem-se às 20 pessoas que optaram pelo controle do tabagismo estar vinculado à política de saúde mental. Cabe lembrar aqui que o público entrevistado estava envolvido à época com a formação em saúde mental com foco em álcool, crack e outras drogas, o que pode ter influenciado a manifestação pela área. A seguir, dividirei as 17 respostas a favor da ligação com a saúde mental em quatro correntes de justificativas para organização do pensamento.

A primeira corrente está pautada no binômio: saúde e doença. Para eles, a busca por prevenção a essa patologia não poderia se limitar a ações voltadas apenas para o modelo biológico:

- (PA) - *Deveria ser ligada à atenção psicossocial do que ao câncer. O câncer é doença crônica que é uma evolução de que nos descuidamos, não nos prevenimos dos nossos hábitos, dos nossos fatores genéticos, e um dos fatores é o cigarro. Acho que precisa estar mais na política social, ligado às drogas e não ao câncer, que está ligado a uma doença que já está instalada.*
- (PB) - *Estar ligado ao INCA o viés do combate está sendo o tratamento e não o uso, é mais desvantajoso. Se estiver ligado ao INCA, estará às pessoas que já usaram o cigarro boa parte de sua vida e tiveram o câncer ou doenças relacionadas ao tabaco. Estando ligado a uma política de atenção psicossocial talvez seja mais eficaz. Não deve se desvincular, mas o INCA deve estar atento a todas as causas, mas a política deve estar ligada a uma estratégia de diminuir o uso e não de tratar quem já usou. O cigarro deve ser combatido e não tratado o problema depois do uso do cigarro.*
- (TO) - *Eu acho que teria mais resultado. O câncer é resultado, você está fumando e a consequência é ter câncer, mas se você trata esta doença como dependência igual a qualquer outra droga teria mais resultado do que vincular. Você vê pessoas que fumam a vida inteira e não têm câncer. Pode ser que venham a desenvolver. Você não vincula a questão se fumar vai ter câncer. Tem que buscar nas pessoas o desejo de não chegar ao ponto de ter um câncer, mas descobrir que você é dependente químico, dependente da nicotina e que você pode vencer este vício construindo outros caminhos, outras formas. Durante a vida toda você vai reconstruindo caminhos e você faz a opção quando você resolve acender um cigarro está fazendo uma opção, consciente ou por forma de dependência é um caminho e você precisa depois voltar para caminho diferente e para reconstruir este novo caminho você precisa ter um foco e esta questão de vincular a doença não é o melhor caminho. Vai ser tratado como doença e doente.*

- o (MT) - *Se estivesse na saúde mental, estaria trabalhando mais a promoção da saúde. Vinculado ao câncer, já fica a imposição de não fumar para não ter câncer, vinculando à doença e não à promoção e à qualidade de vida. Na saúde mental teria mais resolutividade.*

Segundo Cavalcante (2001), o modelo biológico fez com que o tabaco fosse a única droga sujeita a uma política no país. Tal decisão certamente foi reforçada após o tabagismo ser considerado uma doença, culminando em sua inserção no Código Internacional de Doenças (CID), no grupo de transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas.

O fato é que os dados epidemiológicos indicam a redução do consumo. Renovato faz ressalvas à ótica da doença, discussão trazida pelos entrevistados:

Ao reforçar a biomedicina, as instituições de saúde reproduzem uma visão unidimensional e unirracional, que desconsidera a complexidade do problema, o qual abrange componentes econômicos, sociais, políticos, éticos, legais, históricos e culturais (RENOVATO *et al.*, 2009).

A despeito da incurabilidade do câncer provocado pelo tabagismo, a proposta do cuidado encontra fundamento no entendimento de que é possível produzir saúde. A obra de Canguilhem (1990), *“O Normal e o Patológico”*, já mostrava a representação da ruptura desse pensamento médico. Doença e saúde são pensadas a partir de binômio “normal e patológico” no espaço do corpo com leis e regras unificadas, com modos de funcionar e existir articulados. Demonstrando como o campo da fisiologia e da patologia se organizam, apesar de surgirem por diferentes caminhos, aparecem articuladas de forma interdisciplinar. No entendimento do autor, basta estar funcionando e obedecendo às normas para infringi-las, basta estar vivo para adoecer. A rigor, o organismo nunca está normal, basta estar trocando com o meio externo e interno para fazer funcionar as regras fisiológicas, ganhando e perdendo batalhas. Parafraseando o autor, “saúde e doença não são fenômenos opostos perfeitos se compreendemos a saúde como uma produção cotidiana de mais saúde e por melhores formas de vida”.

- o (AC) - *O fato de o cigarro causar câncer, leva a crer que posso fumar um pouco e depois parar que não vou ter a doença. Mas quando digo que fumar causa problema de saúde mental é mais forte.... As pessoas com câncer são acolhidas e aquelas que usam drogas nem sempre. Quem está com câncer tem benefícios, tratamento, e quem usa droga é marginalizada pelo sistema.*
- o (PE) - *Acho quando traz o contexto da saúde mental tem como trabalhar a saúde, respeitar a questão singular do uso da droga de cada um, isso a saúde mental permite, olhar enquanto pessoa, o seu histórico, trabalhar o mau uso do cigarro, e como fazer a adesão dela deixar de usar com maior consciência, trabalhando*

dentro do olhar integral e não dissociado do contexto de cada indivíduo. Quem usa cigarro o contexto de saúde é um, diferente do outro que faz uso, e cada um tem de se reconhecer o quanto o cigarro dentro do contexto de saúde pode comprometer a sua saúde, além do que já traz o uso.

- *(MG) - Poderia sim estar mais articulada com a política de saúde mental. É um vício que precisa ter mais campanhas educativas estimulando as pessoas a abandonarem para reduzir o consumo, como existem campanhas estimulando o vício de drogas que podem causar danos às pessoas.*
- *(RO) - Não sei se tem estudos na saúde mental, como atuei no CAPS, ele tem papel importante nesta logística. A pessoa que inicia precocemente o uso do cigarro ele vai provavelmente em busca de outros. Os estudos também apontam que essas pessoas acabam desenvolvendo transtorno mental, não é necessariamente um determinante, mas pode ser um condicionante.*
- *(SC) - Nunca tinha pensado nisso, acho que faria diferença até pela abrangência que a saúde mental está tomando, seria interessante para fazer o trabalho de promoção.*
- *(PR) - Eu creio que pelo INCA, tirando a capacitação científica, você fala o que não é verdade, pois atribui uma linha direta como fumo-câncer, e não é verdade, também tem de deixar mais aberto. O fumo pode dar câncer, fumo pode dar enfisema ou outra doença. Mas o fumo precisa ser trabalhado como opção que a pessoas têm de lidar com outras questões emocionais que ela vê, e o fumo pode ser um caminho. Nenhuma droga não pode ser trabalhada como uma relação direta. O INCA, no que pese toda a qualidade técnica, está vinculando diretamente uma coisa que não é verdadeira. E quando você faz isso e vai ter uma abordagem com jovem, por exemplo, vai reagir, pois ele se lembra do avô que fumou uma vida e não morreu, ele se lembra das pessoas maravilhosas que fumam. Particularmente gostaria que as pessoas que fumam, não fumassem, mas sei que não é por aí a abordagem para ajudar alguém e com a saúde mental seria mais ampla.*

Outra corrente defende a saúde mental pela capilaridade, pois ela é desenvolvida com alto grau de descentralização, sendo assim, mais próxima da vida dos usuários do sistema público de saúde criando oportunidade para ações de promoção à saúde e a inserção em outras redes. Vejam que apesar de optaram pela inserção na política de saúde mental, sempre é ressaltada a qualificação técnica e científica do INCA como sendo ilibada nesse processo.

- *(PI) - Tudo na vida da gente passa por educação em termos de políticas públicas e a Saúde Mental e Atenção Básica têm mais experiência e mais poder de projetar, fazer uma ação mais abrangente, por estar na ponta. Nada contra ao trabalho do INCA.*
- *(SP) - Se é uma questão subjetiva, que implica em necessidade de desejos, deveria estar ligada à política de saúde mental. É óbvio que uma instituição com a potência que tem o INCA pode contribuir para logística e apoio, mas a capilaridade vem das outras redes e temos que potencializar isso.*

- o (RJ) - *A falta de acesso para o cuidado com o tabagista é o maior entrave. As reuniões ofertadas são totalmente fora da realidade para quem trabalha, os horários são impossíveis de serem frequentados. Imagino que se este trabalho fosse oferecido após às 18h, na Central do Brasil teria muito mais adesão. Está faltando “a vida como ela é”.*

Desde a primeira metade do século XX, muitos conhecimentos estatísticos foram produzidos a partir de análises e cálculos de risco epidemiológico que contribuem para prevenir doenças e proteger vidas. No entanto, estudiosos do tema apontam para o conceito de risco como uma construção social do nosso tempo observando que seu uso excessivo pode originar distorções. No caso do tabagismo, após a vinculação do ato de fumar à causa do câncer, a política de controle optou pela vertente do proibicionismo como meio de evitar o risco da doença. Através de advertências sanitárias, como já vimos, foi erigida a pedagogia do medo para coibir o prazer de fumar. Essa é uma discussão atual trazida por muitos autores como Castiel, Guilam e Ferreira (2010), que aprofundam, entre outras coisas, o papel do risco no discurso da promoção da saúde e sua relação com a noção de estilo de vida.

Castiel em entrevista para a Revista Radis (2011), ressalta o fato da forma com que as informações são repassadas ao público:

A epidemiologia não diz que fumar causa câncer, e sim que fumar é um fator de risco importante para o câncer. Quando a promoção da saúde começa a dizer que fumar causa câncer, cria-se uma significação menos baseada em evidências, com finalidade pedagógica, e cai-se numa retórica de convencimento em nome da saúde (CASTIEL, 2011).

Esse modelo da sociedade do risco observado por Beck (2010, p.59) como uma “solidariedade por medo” emerge e torna-se uma força política, também salientada pelos entrevistados. Leia na sequência:

No que tange ao cuidado de pessoas que usam drogas, o trabalho segue na linha de atenuar os agravos relacionados ao uso de drogas e buscar construir conjuntamente um modo de viver mais saudável.... As ferramentas que podem ser utilizadas são: a escuta, o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento ao longo do tempo, pensando o usuário de uma maneira integral (BRASIL, 2013).

Destaco quatro falas representativas desse grupo que se apoia no conceito de Redução de Danos:

- *(TO) - Não é bacana, não é legal, talvez essa não fosse a linha mesmo. Tem que ser abordado na saúde mental sim. Tive vários relatos de agentes comunitários que trouxeram muitas experiências de fumantes e tivemos a oportunidade de trabalhar muito em fazer redução de danos contra o cigarro, para os fumantes também. E redução de danos a gente não está falando de câncer e nem de uma doença crônica e sim de uma dependência química e acho que tem de ser totalmente relacionado com a saúde mental.*
- *(CE) - Acho que ela está ligada a política psicossocial. Quando coordenava a saúde mental de Fortaleza, a questão do tabagismo na atenção primária tinha grupos dentro da metodologia que o INCA traz “não fume”, de jeito nenhuma, acho que até eles estão evoluindo apesar de ter esta coisa de pare de fumar. Mas no CAPS AD tinha duas formas de trabalhar, fazia o grupo dentro desta metodologia do INCA bem impositivista, estímulo-resposta, motivação, mas também tinha os grupos de redução de danos para o tabagismo, trabalhando na perspectiva que não precisava parar de fumar e sim reduzir os danos.*
- *(SE) - Não tinha observado isso até então. Uma vantagem pode até ter, não sei quantos morrem e quantos se viciam A saúde mental teria vantagem maior que estar vinculado ao câncer.*
- *(MG) - A experiência que tenho é quanto mais próxima do cidadão melhor, trabalhar no território com os equipamentos sociais que tem no território acredita que surta mais efeito, grupo de pares, de que a própria sociedade mobiliza em torno, terá mais efeito.*
- *(SP) - Acho que devia ser ligado na saúde mental porque é um vício. Hoje é o dia do Alcoolatras Anônimos, acho que o tabaco deveria ser tratado da mesma forma, e ele tem um grande índice de sucesso. Falo por mim.*

A última e maior corrente optou pela aproximação e interação das políticas públicas que lidam com o usuário de drogas, lícitas ou ilícitas. Segundo eles, as políticas de promoção, prevenção e assistência deveriam estar dialogando com as práticas “somática e orgânica”. Olhar o usuário de forma integral, criar vínculo e identidade e resguardar as suas individualidades são princípios fundamentais aqui. Não podemos perder de vista que como afirma Praxedes (2008), “o ser humano é um ser social e histórico dotado de cultura, que depende das relações sociais que estabelece com outros seres humanos para construir sua existência corpórea e sua identidade”.

- *(SE) - Boa pergunta. Poderia ter associado as duas práticas, pensar propostas de unir as duas. Trabalhando a parte somática, orgânica, que é importante. Quando chega a descobrir que está com câncer é porque tem processo que está instalado há muito tempo. Que processo é esse, o que leva a pessoa a estar com cigarro a satisfazer, diminuir a sua ansiedade quando coloca a nicotina para dentro? Um princípio ativo deve ter no cigarro que favorece isso, além da nicotina. Deveria ter associado junto ao INCA uma pesquisa direcionada para área de saber o que está associado. Procuramos trabalhar isso no CAPS, na saúde mental, pesquisar o que*

está associado na cabeça do sujeito, aquilo que dá prazer, que dá satisfação e podia ser substituído.

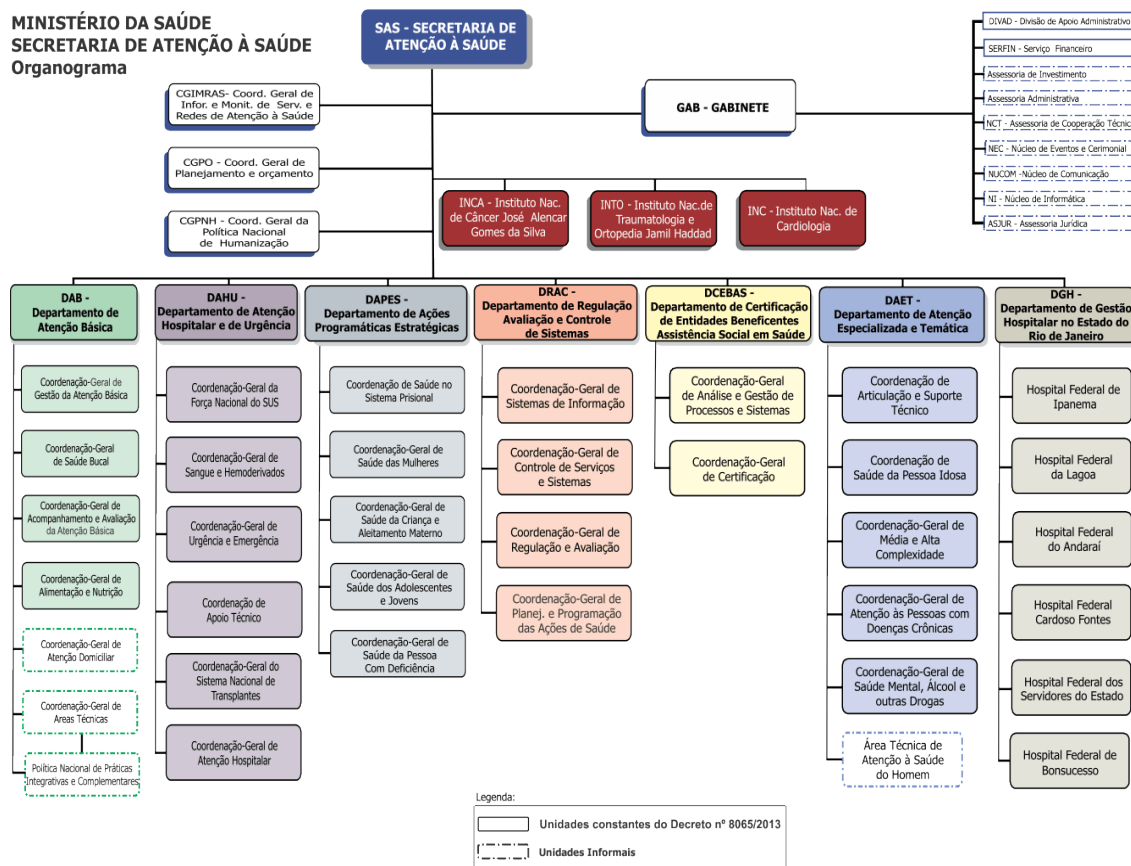
- *(PA) - Os dois têm de trabalhar de forma integral. Os dois atuam em momentos diferentes. A Saúde Mental enfrentando que as pessoas não tenham os danos causados por esta droga, o INCA entra para cuidar do dano biológico, do câncer. Se pensar na integralidade da atenção à saúde tem que começar com promoção da saúde e aí dentro entra a educação da saúde, mas também não posso deixar de articular política da saúde com educação, lazer, assistência social para afastar as pessoas das drogas. O processo da educação é fundamental.*
- *(MT) - Os dois deveriam estar integrados. A do INCA dá apoio, diagnóstico, e a da área saúde mental trabalha a questão toda, a identificação desta clientela, dentro do território, explicando as consequências.*
- *(GO) - As duas deveriam trabalhar juntas, é responsabilidade de todos. Todos os serviços deveriam trabalhar juntos. Falamos tanto em integralidade do processo pedagógico, a integração do processo disciplinar ou de conteúdo, de habilidade e competências e a gente vai para uma prática que cada política fala sozinha, conversa e age sozinha e não há interação entre elas. Nem um nem outro e sim todos deveriam trabalhar juntos.*
- *(SC) - Talvez tivesse uma articulação muito próxima para alcançar o resultado. Tem sentido estar junto ao INCA, mas teriam que estar próximas para as duas trabalharem com o mesmo objetivo, conversando bastante, teria que ver se isto está realmente acontecendo efetivamente. Se trabalharem numa parceria forte e efetiva, daria certo.*
- *(AL) - Seria interessante tal como o Projeto Caminhos do Cuidado, este caminho ir se estreitando e desenvolver estratégias de parceria e entrelaçamento, ter a perspectiva de se interagir de alguma forma.*
- *(MS) - Para mim, ela está ligada às duas, está na saúde mental e psicossocial e está no INCA devido às consequências, não deveria estar ligado à uma.*
- *(SP) - Eu acredito que, na verdade, todos devem estar envolvidos e comprometidos para esta questão, independe de onde estar vinculado. Se não pensarmos que todos nós somos corresponsáveis e deixar só o INCA não vai resolver, todos têm um papel importante nesta prevenção.*

Essa distância das instituições envolvidas com as drogas lícitas e ilícitas no Ministério da Saúde é sentida pelos entrevistados pesquisados tanto no que diz respeito à prática como à política. Os conceitos, estratégias e ações não se conectam criando ruídos, retrabalhos, frustrações nos profissionais de saúde, atingindo diretamente o usuário do sistema. Mas é no discurso dessas 22 respostas que pinçamos as justificativas para essa desconexão, bem como propostas concretas de ações para mudança desse quadro. São Paulo e Mato Grosso do Sul reforçam o argumento histórico das “caixinhas” para a falta de entrelaçamento na área da saúde pública, dificultando a atuação transversal, como é o caso do PNCT.

- (MS) - *Já é tradicional na saúde, as caixinhas, de não trabalhar de forma integralizada, esta discussão poderia está ocorrendo, e em outros departamentos, não deveria estar centralizado no INCA, até pode estar com ele, mas não só com ele.*
- (SP) - *Não tenho muito domínio, sempre tento que as coisas têm que ser juntas, tudo que envolve a saúde, quanto mais atores estiverem juntos os efeitos serão maiores, nós sempre tendemos a colocar em caixinhas. A história tem mostrado que isso não funciona, o ser humano não é uma caixinha, é um todo. A coisa se mistura se borram, os limites são borrados, quanto mais complexo é, tem mais a atuação tem de ser conjunta de todos os atores até aqueles que a gente nem imagina que deveriam estar no tema.*
- (AC) - *Esse é o problema desses programas, pois muitos desses ficam em caixinhas, desvinculados da realidade. Depois que tomei contato com o conceito de Redução de Danos procurei utilizar na vida pessoal, até com meu marido, pedindo para ele evitar beber nos finais de semana.*
- (SE) - *Pensar nas duas possibilidades, o INCA tem expertise no cuidado para crônicos, mas tem que pensar política de promoção e quem agrega este debate é a saúde mental e atenção básica. Trazer para dentro da Atenção Básica esta política do antitabagismo como lugar de cuidar das pessoas, promoção de vida, de sentido. Quem promove o sentido é estratégico, estratégico como interface com o território, criando vinculo, pela aproximação com as pessoas, não adianta fazer políticas intervencionistas e proibicionistas, a intenção é promoção de saúde, como a atividade física, a atividade de pensar essas políticas é na atenção básica. E pensar o INCA como lugar potencializador do cuidado, de estar construindo e dando suporte a esta rede, nesta perspectiva.*

Para ilustrar a figura abaixo, o organograma do Ministério da Saúde (2015), mais especificamente o da Secretaria de Atenção e Assistência (SAS), que abarca as áreas citadas pelos entrevistados: INCA, Atenção Básica e Saúde Mental.

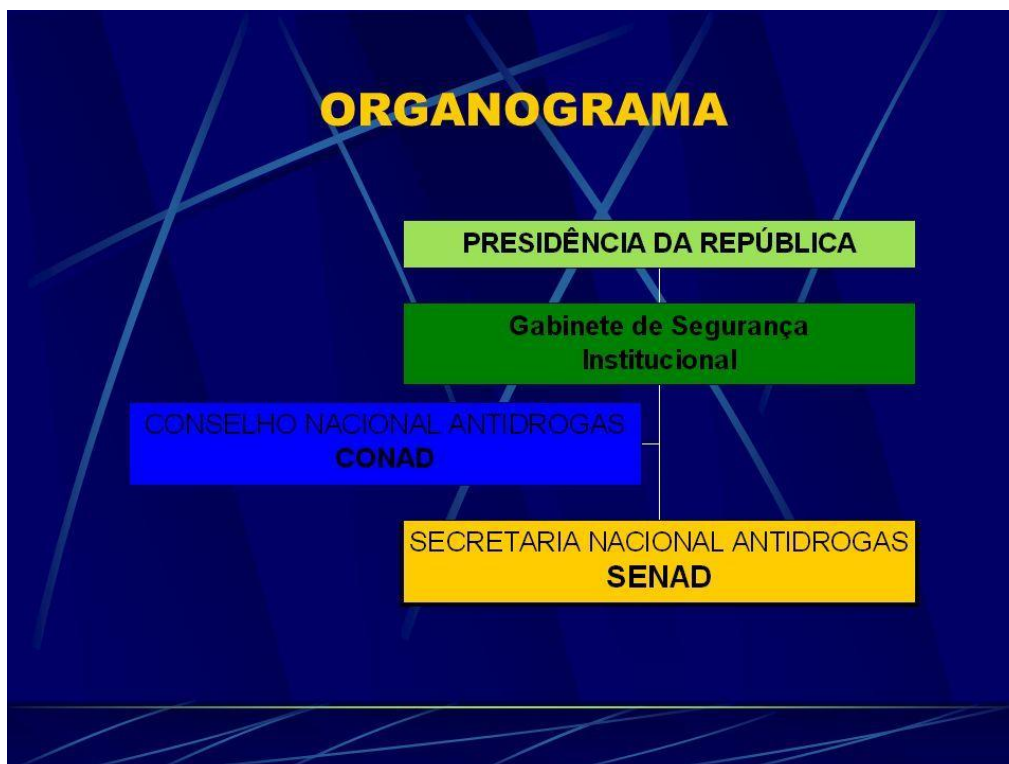
Figura 47
Organograma do Ministério da Saúde (2015)



Fonte: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias/leia-mais-estrutura-e-competencias>

O organograma é a representação funcional das “caixinhas”. O leitor pode visualizar as distâncias estruturais entre as áreas. O INCA está ligado diretamente ao gabinete (em vermelho); a Coordenação da Atenção Básica é vinculada ao Departamento de Atenção Básica (em verde) e a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas está associada ao Departamento de Atenção Especializada e Temática (em azul). Sem falar na Secretaria Nacional Antidrogas, que é ligada diretamente à Presidência da República.

Figura 48
Organograma da Presidência da República (2015)



Fonte: Slide disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/340146/>

Geograficamente também existem grandes distâncias. O INCA funciona na Praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro. As Coordenações de Saúde Mental e Atenção Básica, apesar de estarem em Brasília, não funcionam no mesmo prédio.

Como pondera a coordenadora de saúde mental da Paraíba, “não sei em que momento isto vai se separando”. Conceito, estruturas e geografia levam ao afastamento das instituições. É uma construção histórica que atravessa tempos e espaços e se afirma nas mentalidades dos sujeitos. Na entrevista com o ex-diretor do INCA, Santini trata essa questão como um conflito de abordagens entre a saúde mental e a política antitabagista:

É até uma sutileza, os pacientes de doenças mentais não deveriam ser abordados com relação à política antitabagista, eles achavam que era uma restrição ao doente mental... o pessoal da saúde mental queria blindar os pacientes de doenças mentais desta ação, pois eles não olham o tabagismo como doença, pelo contrário, eles deixam que eles fumem.

Além da estrutura organizacional e da geografia, soma-se a isso o distanciamento das políticas e do modelo de abordagem. Fato que dificulta diálogo e conversações entre as equipes

de saúde mental e do controle do tabaco. O resultado é que a temática antitabagista nunca é articulada com a saúde mental. Como ressalta o diretor da Escola Técnica do Rio Grande do Norte (RN), “na história do usuário de drogas, as políticas se distanciaram apesar do usuário de drogas ser um fumante”.

Essa discussão me remete à imagem, trazida por Gusmão et al. (2015), de Salvador Dalí. Para os autores, “pesquisamos para ajudar a tramar ideias, embaralhadas pelo conteúdo de diversas gavetas”. As gavetas aqui levam em consideração a divisão do sujeito em caixinhas, como a imagem de Dalí, não possibilitando aos profissionais de saúde uma visão do problema como um todo.

Figura 49
Mulher com gavetas (1936)



Fonte: The Salvador Dalí Society⁵

A construção histórica desfez o sentido de comunhão dessas áreas, que estão ligadas à estrutura organizacional do Ministério da Saúde, mas sem interligação pelo modo de produção de vida e de trabalho. Mesmo em um país que é reconhecido por ter realizado uma reforma

sanitária recente, que enseja o acesso universal, que as ações sejam equânimes e os resultados tenham em vista atenção integral.

Na teoria, o conhecimento e o saber prático constituem o principal meio de cuidar do cidadão, no caso o usuário do SUS, mas, na prática, o prefixo “com”, de estar junto, foi substituído pela cisão, pelo “racha”. A nossa entrevistada do campo da produção Tânia Cavalcante é contundente ao afirmar que “pela primeira vez na história há um racha na saúde pública. Para ela, a saúde mental é ideológica enquanto a política antitabagista está baseada em evidências científicas”. E exemplifica quando cita que não usar seringa contaminada é redução de danos. Mas, no caso do cigarro convencional, o fato de ser *light* não diminui a toxidade, mesmo a redução do número de cigarros não reduz danos. O cigarro eletrônico é outro exemplo, comprovadamente tem menos substâncias tóxicas e não tem fumaça, mas não sabemos se reduz danos.

Hoje há um grande debate em defesa do cigarro eletrônico na redução de danos e grupos adversos a essa premissa. Mas você tem outras formas de absorver a nicotina que não causam danos à saúde, como o uso do adesivo de nicotina. Tânia denuncia que, enquanto a saúde pública ainda está discutindo esses conceitos, o cigarro eletrônico ganha mercado, triplica a venda a cada ano, e é muito consumido entre os jovens americanos.

Pensar que tudo começou com um farmacêutico chinês, de fundo de quintal, inventor do cigarro eletrônico para proveito próprio, pois queria deixar de fumar. Atualmente, segundo Tânia Cavalcante, a patente foi vendida para grandes empresas, o produto expandiu mercado e até provocou mudança na linguagem, hoje não mais se fuma e sim vapora.

Já o modelo de redução de danos implementado pelas coordenações de saúde mental e atenção básica propõe essa linha de cuidado ao sujeito que faz uso abusivo de drogas. O trabalho segue a proposta de atenuar os agravos relacionados ao uso de drogas e busca construir conjuntamente um modo de viver mais saudável. A associação com o cuidado ao usuário e a prevenção ao uso abusivo de drogas deveriam, segundo o representante do Rio Grande do Norte, “dialogar com a imagem da promoção da saúde, imagens que digam que podemos ter um bem, e, se saúde é ausência da doença, porque não fortalecer essa ideia?”.

- o (PI) - *Creio que elas deveriam andar juntas, tanto o cigarro, o álcool e o que conhecemos como droga, o trabalho tem de estar junto. Porque uma propaganda de cigarro tão feio e cerveja tão bonita. Se o cigarro provoca tanto doença e mal o álcool também provoca. Porque que o governo permite propaganda de mulheres bonitas, festa e praia e cigarro com propagandas tão feias e negativas. As três têm*

que andar juntas e serem trabalhadas na saúde mental, atenção básica, em todas as instâncias.

- *(RN) - É como se ambas não dialogassem diretamente conosco. Não é só o maço de cigarros, não é só a televisão com propaganda de massa, o mais interessante das campanhas é desenvolver espaço onde as pessoas possam conversar. Teve momento em que as políticas eram recriminatórias, isso era muito ruim, era como dizer “isso não me pertence”. Queremos dialogar com a imagem da promoção da saúde, imagens que digam que podemos ter um bem e, se saúde é ausência da doença, porque não fortalecer essa ideia?*
- *(MA) - Pelas próprias imagens, se você tá ligado a um departamento que cuida de uma patologia, ele vai trabalhar em cima de uma prevenção para que essa patologia não ocorra, a gente sabe que o tabaco vai levar em muitos casos a presença de câncer, mas acho que é mais que isso, essas mudanças passam por uma produção de subjetividade que seja ligada só a prevenção de uma determinada doença, mas a mudança das pessoas com relação ao cigarro. Havia um tempo em que as pessoas achavam um charme fumar e hoje se criou, através das campanhas, que teve esta eficácia, de que existe uma subjetividade que o cigarro faz mal. Hoje quem fuma se sente constrangido em determinados espaços por estar com cigarro porque percebe que as pessoas se incomodam, então existe uma subjetividade que faz mais efeito. Colocar isso num determinado departamento de saúde mental se trabalha um contexto mais amplo onde a prevenção da doença surge como um dos pontos, mas não é só isso e acho que seria interessante que houvessem outros links, não só o câncer.*
- *(RS) - Vem da concepção que começa com câncer de pulmão, do fígado devido ao álcool, ele tem o foco todo na doença. Todas as campanhas iniciam com este foco na doença. Esta concepção da qualidade da saúde é posterior. Está ligada ao INCA como processo histórico. Talvez abrisse mais se ligar a algo que pense a saúde não como doença. Hoje as pessoas estão mais abertas, pois atinge qualquer pessoa, essa imagem que choca as pessoas leva a elas não quererem ver, pois não têm identidade com elas. Já a imagem de qualidade de vida toca a todos, adolescente, velho, criança. A qualidade de vida independe da faixa etária e é o que as pessoas buscam hoje.*
- *(DF) - O fato de não estar ligada à saúde mental deixa que seja discutida a questão do prazer que está ligado ao consumo da substância e da ansiedade relacionada com a privação desta droga e que observamos na pessoa que fuma, que é muito presente. Ficou muito associado ao medo, eu faço isso para não ter câncer, não ter outras doenças, mas não trabalho a possibilidade de estar construindo uma saúde mais plena. A pedagogia do medo, que é muito utilizada neste tipo de campanha, se ela funcionasse, nós teríamos uma redução efetiva do número de pessoas que fumam, o uso do tabaco que tinha decrescido em algumas gerações, voltou a aparecer, crescer. A saúde mental tem de discutir isso de uma maneira melhor, e, às vezes, não o faz porque o tabaco é lícito. Passamos umas três gerações sem ver o cigarro entre os adolescentes, e hoje isso é muito grande entre a comunidade de alunos do ensino médio, entre 15 e 18 anos.*
- *(BA) - Penso que é uma vantagem, se fosse trabalhada na política de saúde mental. O uso do cigarro é uma muleta, é algo que falta que o indivíduo não sabe lidar direito no emocional dele. Se tivesse essa abordagem para tentar compreender o que é*

mesmo que incomoda, o que está por trás desta necessidade, clareando com teorias da psicologia e fundamentando, veria que isso é uma alteração por problemas mentais, o nível de pensamento, qualidade de pensamento, as crenças. Para mim, está muito ligado às crenças, famílias que criaram indivíduos que não melhoravam a autoestima, desleixo, falta de estímulo de conhecimento do que é o desenvolver uma pessoa, sofriamos muito isso. Tive uma vizinha que o avô ensinou a fumar, chegou a ser usuária de drogas e chegou a ser presa como traficante. Ela teve muitos problemas com mãe e pai e esse avô, que não deu esclarecimento a ela, ela não teve esta chance de educação e sim para outro lado, ela precisaria de terapia e conversa profissional.

- (PE) - *Eu acho que quando vincula a uma política de saúde mental você compreende a questão da droga não só como algo negativo, mas como bem-estar, como prazer, forma de obtenção do prazer, sai da dimensão estritamente negativa, mas como momento de relaxar e ter prazer.*

Nesta tese, a imagem de advertência é o principal instrumento para discutir a política pública antitabagista e a sua integração com outras áreas do SUS, como a saúde mental e a política antidrogas. Um diálogo ancorado na imagem como peça de comunicação e informação. Até então, essas políticas e os meios de comunicá-las eram dados pelo Estado e fundamentados em conceitos evidenciados pela ciência. No entanto, os papéis da ciência e do Estado e a sua tomada de posição perante os diversos assuntos que ativam a sociedade são dinâmicos e variados dependendo da época e do contexto situacional.

A política antitabagista está estruturada, como afirmou minha entrevistada Tânia Cavalcante, nas argumentações do campo científico. A ciência é dinâmica e recebe novas informações constantemente, como a passagem da Ciência Moderna para a atual Nova Ciência. No caso do tabagismo, vimos a predominância da linha do proibicionismo, depois a epidemiologia e o saber biomédico como verdades, e, atualmente, a sociedade de risco e os hábitos saudáveis surgem como uma nova realidade.

A Nova Ciência reforça esse paradigma ao acreditar que a verdade é efêmera. Deve-se aceitá-la apenas enquanto os argumentos são válidos e antes que seja substituída por outra teoria (com melhores argumentos e menos erros). Essa verdade resulta de uma relação dialogante entre a realidade e as competências do homem (lógica, memória, reflexão crítica etc.) e os parâmetros da ciência que ainda não estão completamente definidos. Uma nova ciência construída por sujeitos em seus meios, de forma coletiva, reconhecendo a “natureza como outro sujeito” (Habermas, 1975).

Segundo Praxedes (2008), o filósofo Jürgen Habermas apresenta algumas possíveis soluções para os limites e os problemas gerados pelo conhecimento científico na modernidade:

Uma nova ciência alternativa em vez de tratar a natureza como objeto passivo de uma possível manipulação técnica pode dirigir-nos a ela como a um parceiro numa possível interação. Em vez da natureza explorada podemos ir à busca da natureza fraterna. Ao nível de uma intersubjetividade ainda incompleta, podemos atribuir a subjetividade aos animais, às plantas e até mesmo às pedras e comunicar-nos com a natureza, em vez de nos limitarmos a trabalhá-la, quebrando a comunicação. E a ideia de que uma subjetividade da natureza ainda agrilhoadada não possa emergir antes que a comunicação entre os homens se torne livre, essa ideia – e isso é o mínimo que dela se pode dizer – continua a ter uma força de atração toda especial. Só se os homens pudessem se comunicar sem coação e se cada homem pudesse reconhecer-se no outro, só então a espécie humana poderia eventualmente reconhecer a natureza como um outro sujeito – não a natureza como um seu outro, como pretendia o idealismo, mas a si mesma como sendo o outro desse sujeito (HABERMAS, 1975, p. 308).

O reconhecimento da alteridade e a disponibilidade de escutar o outro como processo fundamental para a comunicação e o diálogo foram ferramentas vitais para a realização da pesquisa de campo. Ouvir outros atores que estão na ponta do sistema e não mais apenas os atores que integram o Estado na produção dessa política faz surgir novas abordagens.

A última corrente de justificativas que abordarei do grupo de entrevistados que traz a saúde mental como *locus* das ações de controle do tabagismo fez surgir novo conceito, a redução de danos, que trabalha na linha do cuidado. Essa nova lógica do campo da saúde não se enquadra em nenhuma “caixinha”, ela é transversal, borrando as linhas de fronteiras da saúde, transbordando o campo.

A expressão “redução de danos” foi adotada em 1993 por um comitê de especialistas da Organização Mundial de Saúde. No “Guia de Saúde Mental – Atendimento e Intervenção com Usuários de Crack e Outras Drogas” (2013), a redução de danos é definida como uma estratégia utilizada para aumentar a qualidade de vida das pessoas. Ela está “fortemente alicerçada no estabelecimento de vínculo de confiança e empatia entre profissionais da equipe de saúde e o usuário e visa à diminuição de malefícios à saúde relacionados aos hábitos de vida dos sujeitos”. E continua o texto: Como na campanha publicitária, lançada pela Prefeitura do Rio de Janeiro (2001), de autoria do cartunista Ziraldo. Entre os *slogans* usados estão: “Quem faz sua cabeça é você, não a droga”, “Quem decide seu destino é você, não a droga” e “Quem escolhe o seu caminho é você, não a droga”. No lugar do trágico vermelho e preto, Ziraldo optou por uma campanha colorida e alegre.

Figura 50
Quem escolhe seu caminho é você, não a droga!



Fonte: Campanha publicitária antitabagismo. Prefeitura do Rio de Janeiro. Ziraldo (2001)

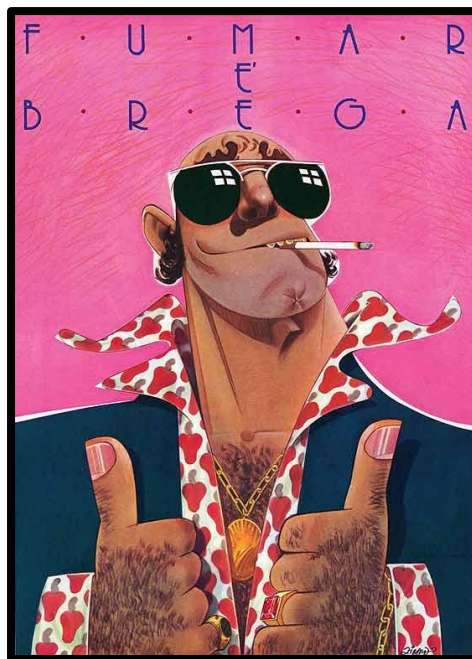
Um novo discurso que traz em seu bojo o livre arbítrio, a liberdade de escolha. Nas palavras de Zaluar e Santos:

Na falta de consensos facilmente reconhecíveis, sem cerne legitimador, os indivíduos têm ao mesmo tempo mais possibilidade de fazer escolhas, de tornar a ser *self* social, ou *selves*, no plural, ainda mais plural e complexo, e assumir uma responsabilidade maior por suas próprias biografias. Por isso mesmo, nessa sociedade de indivíduos, a liberdade de agir segundo suas escolhas pessoais é ao mesmo tempo o apanágio responsabilidade de cada um (ZALUAR e SANTOS, 2010).

E pensar que o uso do tabaco foi pioneiro em campanhas comportamentais com uso de palavras não proibitivas como brega, vacilo e triste. Uma roupagem com o princípio da precaução e do comportamento, mas cuidadosa com o indivíduo. Ziraldo foi convidado, nos

idos dos anos de 1980, a idealizar uma campanha antitabagismo para o Ministério da Saúde, que foi premiada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF.

Figura 51
Fumar é Brega



Fonte: Campanha antitabagismo de advertência sanitária. Ministério da Saúde. Ziraldo (2001)

Em entrevista para a *BBC on-line* (2002), Ziraldo explicou: “Eu convenci o pessoal das campanhas contra o fumo que a gente tinha que usar o mesmo argumento que convoca você para fumar, que é o comportamento”. A mensagem da campanha feita por Ziraldo era direta: “Não adianta você falar em saúde. Você tem que falar que não é elegante, não é cheiroso. O último cartaz que eu fiz dizia: ‘Fumar fede’”.

As imagens mostram que, em tempo recente, foram possíveis a aproximação e a comunhão entre as áreas de saúde mental e antitabagista, bem como nas estratégias de comunicação de risco. Em tempos e espaços diferentes, é fato, mas não podemos desconsiderar a hipótese que já foi real e que Neto (2014, p.110) designou de sentido do “com” presentes nas palavras comunicação e comunhão.

Na ponta do sistema, os profissionais de saúde da atenção básica, distantes dessa dicotomia, trabalham no fortalecimento do vínculo com o usuário abusivo de drogas “vendo o cigarro como possibilidade de trabalhar melhor a qualidade de vida voltada para a redução de danos”. Seja na experiência em João Pessoa, na Paraíba, ou no Rio Grande do Norte:

- *(PB) - Não sei em que momento isso vai se separando. Em 1999, participei de uma capacitação, foi quando da implantação do programa de combate ao tabagismo e outros fatores de risco de câncer, fizemos mapeamento, foi bem bacana e conseguimos com diálogos, mas muito voltada para a questão do câncer, devia transversalizar. Quando vim para João Pessoa, fui trabalhar no CAPS e não tinha o programa de tabagismo no CAPS AD. Nós o implantamos, mas fiquei bem triste semana passada quando um motorista me procurou pedindo para parar de fumar: liguei para o CAPS David Capistrano e não tinha mais o programa. Agora está só no CAIS, gostava de ter o programa no CAPS para estar trabalhando as drogas lícitas e ilícitas, e uma das drogas que mais traz malefícios do ponto de vista clínico era o tabaco, e também era uma forma de trazer a família, a mãe e irmã, porque elas frequentavam o CAPS também para o programa de tabagismo. Isto tem de ser revisto, tem que aproximar. Se está cuidando de todas as drogas, por que escolher uma em detrimento de outra? Apesar de saber da correlação com o câncer e a experiência do INCA, mas a abordagem psicossocial devia estar fazendo isso junto.*
- *(RN) - Na história de usuário de outras drogas, as políticas se distanciaram apesar do usuário de drogas ser um fumante. Isso afastou as intervenções de saúde mental com o tabaco. Lembro-me das atividades externas e lúdicas que usávamos no CAPS como estratégia para deixar o cigarro. Dizia para eles, o que acha de levar cigarro pendurado na boca dentro do parque, no ônibus, no barco, tinha que deixar o cigarro no CAPS e ninguém fumava. Via o cigarro como possibilidade de trabalhar melhor a qualidade de vida voltada para a redução de danos. Apesar da linha de redução de danos também estar no crack, mas tem o desespero para que o paciente largue logo para não morrer, diminuindo o referencial da RD. Um olhar mais tranquilo para o cigarro com a criação de mais possibilidades.*
- *(MG) - Conheço pouco deste programa, mas conheço da forma que tem sido adotado no Programa Saúde da Família. Ele desconsidera as particularidades e singularidades, são processos mais em massa, que se encaixam nele bem. Quem fica de fora é tratado de uma forma, como se eles fossem incapacitados de lidar. Tem uma metodologia que deveria valorizar um pouco a singularidade, a particularidade do caso, mas o processo é para atingir grandes grupos, as massas excluem, ficam ligados à identidade, todo mundo tem que parar de fumar. Tem alguns que de acordo com a patologia dele, o momento que vive, sabe disso em relação a outras drogas e a psicoses. Por exemplo, uma pessoa era usuária de tabaco e cocaína e esposa de um dos grandes traficantes da cidade, ela chega procurando o serviço para parar de usar a cocaína, foi acolhida e conseguiu, aí eles queriam inserir no grupo do tabaco. Disse espera aí, dê um tempo para ela, pergunte se ela se interessa e, quando ela quiser, vai procurar estava dando graças a Deus tendo a oferta dentro de casa da cocaína ela conseguiu abrir mão, são esses detalhes. Não tem de estar num ou no outro, tem de ser em parceria para que essas coisas do biológico só que fiquem e sim a dimensão psíquica, social, deste corpo, de um coletivo e não de extremo ou outro. Quem vai executar é irrelevante, é quem conseguir, o modelo que se propõe é que me preocupa, todos vão erradicar o cigarro. Por exemplo, uma amiga minha fumante quebrou a perna e no hospital a família resolveu tirar radicalmente o cigarro dela, irritada e contida, primeira coisa que fiz foi dar um cigarro para ela, mas se você quiser fazer daqui uma oportunidade para você tem que fazer de forma*

orientada, pois não ia aguentar a abstinência, esta delicadeza de introduzir a dimensão da subjetividade deveria ser valorizada nesta campanha.

E, por fim, retomamos a corrente relativa aos processos de saúde-doença. A categorização do tabagismo como doença em meio a um dado contexto cultural, histórico e social, conforme afirmação de Lerner (2014:152), “ela é estruturada, mas também estruturante, pois em alguma medida angula o que e como os indivíduos vivem essa experiência, como se estruturam os sistemas de cura e as relações que a sociedade estabelece com o doente”. Esta é uma nova angulação que desfoca a doença, instância fim, para focar na prevenção e promoção da saúde, início de um caminho.

- *(AL) - Acho preocupante, precisa desse cuidado da macro e micropolítica dos serviços e isso é conseguido a partir das políticas públicas, isolar enquanto doença e reforçar isso num signo de um hospital ou um espaço apenas para tratamento curativo não abrangem a prevenção e promoção de interferir nesse processo de interrupção do uso e abuso da dependência do cigarro. É preciso estar também em outras formas, em outros serviços de políticas mais efetivas da saúde mental por ser uma substância psicoativa e interfere no sistema nervoso central e demanda processos de subjetivação que a saúde mental, junto com a atenção básica, vai poder abordar no cuidado mais integral.*
- *(CE) - Poderia estar ligado aos dois. Só quem conviveu com alguém que perde por câncer de pulmão pode avaliar o sofrimento. Perdi a minha mãe com câncer de pulmão em 87 dias e não era fumante. Ficou a lição, imagina se fosse fumante. Minha mãe era professora da geração pó de giz, que pode ter sido o motivo. O INCA é o fim, teria que ter outra instância, um espaço para motivar as pessoas a deixarem o vício.*
- *(MG) - Complicado, na verdade vem uma mania de promoção de saúde que se confunde com a promoção da doença. O tanto que a promoção da saúde fica sendo uma agenda da saúde e não extrapola as coisas que ela aporta de fora, os próprios equipamentos de saúde em si, e tira do foco de um Instituto que está correlacionado com morbidade tão grave, ele que quer promover saúde e tratar a doença. Esta mania traz um aspecto de leitura e discursos que é complexo, que é difícil de dissociar da doença para além da saúde e dos outros setores.*
- *(RJ) - O INCA tem toda uma estatística dos malefícios do fumo, mas penso que deveria ser ampliada, não pensar muito a doença e sim a prevenção e entraria a saúde mental. A ansiedade leva ao fumo, teria que ser trabalhada na perspectiva da saúde mental.*
- *(TO) - A vantagem não é que todos os fumantes vão ter câncer, mas vai ter um grande número e vai mostrar que o fumo é um dos fatores contagiantes. A desvantagem acaba deixando de tratá-lo como usuário de uma droga. A gente percebe que o usuário de drogas tem uma política e que se você não trata aqui, não adianta lá, só na consequência. Os dois setores deveriam trabalhar em conjunto. Não só trabalhar a consequência que é a doença, mas tem a prevenção que é a redução desse dano.*

A sexta e última pergunta da pesquisa de campo questiona a capacidade dos equipamentos do SUS em difundir o conhecimento sobre o tabagismo aos profissionais de saúde, que, em última instância, serão aqueles responsáveis pelo cuidado ao usuário desde a prevenção passando pela promoção e assistência até a reabilitação. A pergunta é a seguinte: Você acha que os trabalhadores do SUS, em especial aqueles do Programa Saúde da Família, estão capacitados a lidar com o fumante?

Cabe lembrar aqui o lugar de fala dos entrevistados. Metade deles era composta de diretores das Escolas Técnicas do SUS, instituições públicas voltadas para a formação dos trabalhadores de nível médio do sistema de saúde e existentes em todos os estados brasileiros. O sentido relacional dessa rede institucional do SUS está no fomento de políticas para formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS.

Não posso deixar de retomar o fato de essas escolas estarem, na época da pesquisa de campo, finalizando o primeiro curso de formação em saúde mental com ênfase no crack, álcool e outras drogas. E, para fazer frente à dinâmica educacional nos Estados, foram designados coordenadores estaduais, profissionais da saúde mental e atenção básica, alguns pertencentes às escolas técnicas, outros oriundos das redes estaduais e municipais.

Retomar essa explicação tornou-se necessário para esclarecer que a última pergunta foi dirigida a profissionais envolvidos diretamente com o processo de educação e saúde dos profissionais do SUS. São atores integrantes do Sistema Público de Saúde que têm clareza e compreensão do aspecto fundamental da pedagogia ativa, da centralidade do sujeito em suas dimensões prática, política e social, sempre referenciadas à situação real, da lógica da vida.

Entendo que as Escolas Técnicas são produtoras e veiculadoras de informações voltadas para a capacitação dos profissionais do SUS e a SEGETS é o órgão oficial ativador desse processo de educação continuada. Era de se esperar que o INCA, como organismo mais antigo do SUS, por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, estivesse integrado a esse circuito de educação permanente em saúde.

Mas as respostas evidenciaram a exclusão no sentido relacional da política do tabagismo e os organismos do SUS, e, conseqüentemente, a lacuna existente na educação continuada do profissional de saúde.

Da mostra total, apenas um estado, o Espírito Santo, de fato realizou formação junto aos profissionais, isto é, as ETSUS espalhadas em todo o território nacional nunca fizeram capacitação na área do tabagismo de forma específica. As justificativas envolvem três olhares

que se complementam. Apenas seis pessoas disseram que, de alguma forma, se envolveram com o tema.

O primeiro olhar traz uma contradição. É consenso nesta mostra que o tabaco foi a primeira droga lícita a constituir uma política, após ter sido considerado um fator de risco e categorizado como doença. Mas, na opinião dos profissionais de educação e saúde entrevistados é que o “tabaco não está sendo visualizado como um problema de saúde grave e deve ser trabalhado junto a outras drogas, pois é considerado um vício branco”. Uma vez o tabagismo não sendo considerado doença, é possível compreender que nos serviços de educação e de saúde onde os entrevistados atuam “ninguém assimila o tabagismo como tema transversal”.

Dizem ainda que, na área de saúde mental, o tabagismo “é negligenciado em relação a outros agravos cujo componente principal é físico”. Outro fator que, segundo o grupo, contribuiu para a ausência do tema é o fato de os “cursos técnicos estarem ligados a referenciais curriculares, tornando-os muito rígidos” ou mesmo a necessidade de se ter “mecanismos de transversalizar a atuação antitabagista para dentro da rede de Atenção Básica”. O diretor da Escola do Rio Grande do Norte expressou o seu pensamento com a seguinte afirmação: “Enquanto tivermos profissionais que chamam essa pessoa que chega ao serviço de saúde de doente, como vamos conseguir que a atenção primária seja ordenadora do cuidado? Ele não vai olhar para esse fumante e sim para a perna quebrada”.

- (RJ) - Não, porque ninguém encara o fumo como doença, ainda não confere a noção de doença. O profissional do SUS quando fala de outras drogas, fala de tudo, menos de cigarro.
- (AC) - Não, tabaco ainda não é visto como uma doença, o uso do tabaco não é marginalizado, a pessoa é apenas fumante.
- (RN) - Se não tiver um programa articulado com atenção básica e o tabagismo, o olhar será apenas para a criação de local para fumar. O tabaco não está sendo visualizado como um problema de saúde grave que deve ser trabalhado junto com outras drogas.
- (TO) - Não, porque, se pensarmos em todos os membros de uma equipe e todas as unidades de saúde, ele não vai acessar o ordenador do cuidado que é a atenção primária, ele vai acessar também o hospital por uma perna quebrada, não pelo fumo. Enquanto tivermos profissionais que chamam essa pessoa que chega ao serviço de saúde de doente, foi o que ouvi semana passada num hospital em Tocantins, estivemos com todas as especialidades e todos chamam o paciente de doente. Porque o doente saiu, operou o doente.... Isso me chocou tanto. Como vamos conseguir que a atenção primária seja ordenadora do cuidado e encaminhe para os outros pontos de toda a rede, se ainda temos muitos profissionais que acham que a pessoa está ali por ser doente. Ele não vai olhar para este fumante e sim para a perna quebrada.

- *(PE) - Não, quando se trabalha na saúde é um desafio trabalhar a questão da saúde de forma integral. Como as políticas são feitas de forma fragmentada, nem todos os municípios têm como trabalhar isso. Quando não está dentro da saúde mental e da atenção primária, traz maior dificuldade, precisa de formação e discussão de como abordar um trabalhador que está dentro da equipe de saúde da família, do CAPS. Não está preparada, falta formação e falta inclusão no olhar do cuidado como um todo.*

Outro conjunto de justificativas diz respeito aos profissionais de saúde. Segundo eles, “muitos dos nossos profissionais são usuários de cigarro, você vê profissionais de saúde fumando no serviço” e “os profissionais da área da saúde não estão preparados para lidar com este público, a maioria é fumante”. Além da questão comportamental, os entrevistados observam que a formação médica é “muito cartesiana e tira essa visão do ser humano como ser social”. “Precisa ter esse tipo de esclarecimento do acolher, do cuidado para os profissionais de saúde, pois a pessoa que chega com o vício já está toda fragmentada e o médico não consegue ter essa visão” ou ainda “os profissionais da saúde não estão preparados para as causas, os males, como evitar, como diminuir esse consumo, não estão capacitados para isso”.

- *(RO) - Não, a maioria aqui fuma, o que é pior. Boa parte é fumante. Porque ainda não tivemos esse olhar, a gente se incomoda, fala, porque fumamos na copa, questionamos, mas nunca despertamos para formação ou discussão sobre a temática. Pior é que é, vira e mexe estamos brigando com as meninas, mas não numa temática de formação e de educação, sensibilização. Olha, você está me dando um beliscão, tapa na cara, um puxão de orelha bem dado. Gostei, bem gostei.*
- *(AC) - Não, porque muitos dos nossos profissionais são usuários de cigarro, você vê profissionais de saúde fumando no serviço. Tem de haver mais capacitações, formas diferentes de trabalhar.*
- *(PI) - Percebo que vem diminuindo o consumo de cigarro na população em geral. Até pouco tempo atrás na nossa região o uso do tabaco era medicinal, para melhorar a respiração, costume indígena. Só que os profissionais da área da saúde não estão preparados para lidar com este público, a maioria é fumante. Como eu, o fumante e a população em geral, ao chegar num posto de saúde, o profissional recrimina. Os profissionais da saúde não estão preparados para as causas, os males, como evitar, como diminuir esse consumo, não estão capacitados para isso. Nenhuma capacitação foi feita do tabaco, estou aqui desde 2009.*
- *(TO) - Nem o fumante e nenhum outro dependente. Você vê no dia a dia. No Projeto Caminhos do Cuidado tinha o estudo do caso Wesley, que morava no carro, e a gente via alguns depoimentos de alunos que o médico não quer nem ouvir, ele diz que não pode fazer por aquela pessoa, o que mudou no projeto foi que a gente diz agora para o médico: Você pode sim, você pode ouvir, vai ser uma decisão ele sair e você ouvir faz a diferente. Essa foi a grande mudança do processo de trabalho dos agentes após o curso. Precisa dos profissionais de saúde terem esse tipo de esclarecimento do acolher, a formação médica muito cartesiana tira essa visão do ser humano como*

ser social, do ser completo como um todo, você vê ele aos pedacinhos. A pessoa que chega com o vício, ela já está toda fragmentada e o médico não consegue ter essa visão. Porque, infelizmente, tem o pensamento da Saúde da Família, mas o processo de formação do médico não dá oportunidade para isso, pois lá você estuda a perna, o pulmão, o braço, tudo separado. E você não consegue em nenhum momento juntar o ser humano e na hora de você atendê-lo, ele é um ser social. Por que você é dependente de droga, o que está acontecendo?

Alguns observaram que as duas questões estão imbricadas: o sujeito e sua formação profissional. O conhecimento dado e a construção desse profissional se dão num sujeito embebido por uma cultura e por uma vivência na sociedade. “A formação é muito centrada no profissional... e esse com uma percepção moral e conservadora de não tolerância ao diferente e às necessidades daquelas pessoas”. Por exemplo, o “CAPS/AD de Maceió adverte, suspende e expulsa quem utilizar qualquer droga, mesmo o tabaco, no serviço”. A Paraíba mostrou indignação: “lá estavam decidindo terminar o fumódromo do CAPS, um fumódromo que foi uma decisão conjunta com os usuários, funcionava na área externa e tinha critérios de uso que eram respeitados, mas boa parte da equipe queria acabar com ele. Que coisa retrógrada!”.

- *(AL) - Não. A depender da equipe, muito centrada no profissional, se desenvolveu qualificação, preocupação e pensamento mais tolerante, e, para lidar com as questões da droga, isso pode funcionar. Mas nem todo serviço lida bem com o fato de drogas no serviço. Aí perpassa a percepção moral e conservadora de não tolerância ao diferente e às necessidades daquelas pessoas. Por exemplo, o CAPS/AD de Maceió adverte, suspende e expulsa quem utilizar qualquer droga, mesmo o tabaco, no serviço. Não há uma relação de maneira mais acessível, mais clara, oferta de cursos. A mentalidade precisa estar sendo trabalhada continuamente para que essa relação se dê de maneira melhor.*
- *(PB) - Não, teria que melhorar, deveria haver mais formações. Estou distante dos serviços, mas me marcou um fato que aconteceu recentemente: teve uma reunião técnico-administrativa de serviço, e lá estavam decidindo terminar com o fumódromo do CAPS. O fumódromo foi uma decisão conjunta com os usuários, funcionava na área externa, e tinha critérios de uso que eram respeitados. Mas boa parte da equipe queria acabar com ele. Que coisa retrógrada! Que redução de danos é essa, onde os profissionais de saúde querem a abstinência do usuário total. Um usuário que fica oito horas aqui e querem que ele não faça uso nem do tabaco, que para eles tem uma função importante, não pode ser essa coisa impositiva. Aí que percebo que precisava não esquecer, não desvincular, só falamos em crack, crack, e aí vamos abordar a questão do tabaco e álcool. O tabaco por excelência, pelas normativas, restrições, leis, como pensar esse indivíduo que também tem dependência e que não é fácil e que por anos foi super-reforçada dos pontos de vista cultural e social como símbolo de status. O centro formador nunca fez curso para formação com a temática do tabaco. A Secretaria de Estado faz através da gerência de vigilância, lá tem curso e formação de trabalhadores e articulam a rede como um*

todo. A questão do CAPS foi determinação do município que não tivesse esses grupos de apoio no serviço CAPS e ficassem só no centro especializado. Temos que reverter isso, pois é contraditório, temos um CAPS e não podemos ter grupos de apoio do tabaco.

Além do agravante de 99% das Escolas Técnicas nunca terem capacitado seus profissionais na área do tabaco, a invisibilidade do tema também está entre os profissionais de saúde e nos serviços de saúde. Esse foi outro aspecto levantado que vai além do sujeito e de sua formação.

Alguns entrevistados destacam ainda pontos como a falta de acesso aos centros de referência na rede de saúde. São eles os responsáveis pela formação dos grupos de fumantes e pela dispensação de medicamentos. Segundo os entrevistados, esse trabalho “não é muito divulgado, se a sociedade em geral não tem muito conhecimento sobre isso e se fosse melhor o trabalho na atenção básica, a comunidade teria melhor acesso”. Também relataram que o trabalho é centralizado e não tem capilaridade nas unidades. No Amazonas “existiu um movimento para descentralizar esse serviço para a atenção básica, mas como, na época, eles argumentaram que a rede não estava pronta para fazer a dispensação de medicamentos, então ficou centralizada”. A Paraíba reforça que a questão não está ligada aos trabalhadores e sim aos serviços: “Temos programas nas clínicas de saúde com psicólogos, grupos de fumantes e distribuições de medicamentos, mas a fila é imensa. Por mais que tenha o serviço, a demanda é maior que a procura, isso desmotiva, ou quem está participando não adere à proposta”. E Goiás alerta ainda que “as demandas mais imediatas tomam tempo na agenda, ninguém fala de tabagismo em momentos de dengue, temos sempre demandas mais gritantes”.

A mudança da lógica na abordagem foi outro aspecto apontado pelos entrevistados. A diretora da Escola da Bahia sugere a mudança na ótica de trabalho: “O olhar do profissional é carregado de preconceito”. A proposta da diretora passa pela realização de oficinas nos serviços de saúde do SUS voltadas ao ensinamento de como respirar: “Se aprendermos a respirar, poderemos melhorar a saúde e resolver muitas coisas”. Ela citou como exemplo a atividade vivida no Vale do Capão, na Chapada da Diamantina, no coração da Bahia: “No município de Paulina tem uma equipe da ESF que procura fazer uma abordagem assim. O médico Áurio Augusto e a equipe formada por odontólogo, enfermeira e agente comunitário fazem uma abordagem levando em consideração todos os aspectos do indivíduo... e tinha uns fantoches ou marionetes que cantavam uma música sobre respiração para a comunidade”.

- (SE) - *Eu acredito que não. Há dois anos, quando a política veio com maior força no município, conseguimos montar um centro de referência na rede com dispensação de medicamentos. Trouxemos essa discussão no projeto Saúde nas Escolas, discutindo junto com os alunos. Uma proposta seria trazer essa informação mais antecipada para esse público. A maioria é adolescente, começa cada vez mais cedo, com 9 anos já fumam. Começar antecipado, sensibilizar essa parcela a pensar que está fazendo o uso, mas que saiba das consequências.*
- (RS) - *Mais ou menos. Talvez não estejam. Eu não estou agora na ponta, mas até pouco tempo estava na equipe, e o trabalho todo fica focado na questão dos grupos para parar de fumar. Para ter uma abordagem diferenciada, trabalhar numa outra lógica e ter o grupo para quem quer parar de fumar como uma ferramenta, mas não ser o foco, as pessoas não estão preparadas.*
- (BA) - *Muito pouco. Na verdade, não tenho contato com unidade de saúde, mas no meu ponto de vista eles não estão preparados. Uma amiga queria parar de fumar, mas não sabe onde recorrer, não existe uma campanha que mostre as formas e onde teria apoio.*
- (PE) - *Muito pouco, vi avanços, principalmente, quando trabalhei na Prefeitura de Recife, o trabalho de tabagismo ficava num setor específico, eles deslocavam até o serviço para instaurar ambientes livres do fumo, estruturar serviços nos ambulatorios, possibilidade para que atenção básica pudesse ter isso como referência. Vi avanços na minha prática profissional, tem um processo em curso de qualificação deste trabalhador? Tem, mas o trabalhador ainda está pouco preparado.*
- (PI) - *Não. Inclusive conheço uma equipe só em Teresina, que trabalha com grupo de fumante, projeto piloto no Parque Piauí, e não foi para frente. São muito carentes e precisa ser despertado para isso. Nunca promovemos ou tivemos nada direcionado a essa área na Escola. Os únicos que talvez tenham falado são o curso de vigilância e saúde e o curso de agentes comunitários de saúde porque têm na grade curricular saúde mental, que envolve o uso de substância abusiva, mas não que tenha nada relacionado direto a essa área.*
- (BA) - *Não. Tem o preconceito. Fuma porque é irresponsável, já que tem acesso a todos os males que o tabaco provoca e já diminuiu o valor da pessoa. O olhar do profissional é carregado de preconceito, fuma e deve beber também. Essas políticas coercitivas têm dado efeito, percebo a diminuição de fumantes no restaurante, lugares públicos do cigarro, de fato tem de ter. Sempre gostei de ver o indivíduo e relacionar mente e corpo e espiritual do indivíduo. Faço terapia, fiz e tive que voltar devido a uma perda que me trouxe muitas crenças. O profissional tem de aprender a trabalhar com as crenças das pessoas, o que está por trás. Qual a insegurança, porque disseram a ele que era incapaz, feio, inseguro, ignorante... Compreender de que lugar esse sujeito fala, qual a ansiedade dele. Espero que o SUS dê conta de tratar as diferenças, temos dificuldade de tratar as diferenças, perceber que nem todo mundo é igual, tentar conversar e descobrir e não taxar logo que está errado. Aquilo pode ser a salvação para aquela pessoa, às vezes é o momento em que ela lembra que tem de respirar, que não deveria. Nós, ocidentais, temos muito isso, pela ansiedade não respiramos bem, o próprio cigarro faz isso, quando traga você respira, ele inspira errado, inala toxina, mas dá a sensação do alívio, pois a respiração profunda alivia. Por que não ter no SUS oficina que ensina a respirar*

nos serviços de saúde, se aprendermos a respirar pode melhorar e resolver muitas coisas. No Vale do Capão, na Chapada da Diamantina, no coração da Bahia, no município de Paulina, tem uma equipe da ESF que procura fazer uma abordagem assim. O médico Áurio Augusto, com o odontólogo, a enfermeira e o agente comunitário fazem uma abordagem levando em consideração todos os aspectos do indivíduo. E lá houve um encontro da estratégia Saúde da Família que o estado e a escola apoiaram e que ocorria anualmente. Havia uns fantoches ou marionetes que cantavam uma música sobre respiração para a comunidade: “Se o feijão queimou, respira; se o marido brigou, respira; se, no trabalho, você se desentendeu, respira...” Levei meus filhos, com 3 anos na época, e até hoje eles sempre cantam essa música para mim: “Mamãe se aborreceu, respira...” Agora imagina isso na comunidade: “Ah! Se ela vê que nem estou respirando para lidar com as adversidades”. Veja que abordagem maravilhosa na ESF, que estratégia mais doce para incluir as diferenças. Tem gente que não vai aprender nada com o profissional numa sala com profissional falando na frente dele. Ele está ali muitas vezes em pânico, doido para sair dali, temos que trazer mais essas estratégias mais ricas para incluir essas diferenças, pois cada um aprende de um jeito. E deixar que o sujeito expresse e fale porque ele fuma, alguém que o ouça e só diz pare de fumar. Por que você fuma? Mas será que alguém quer ouvir? Por que não está nessas questões o transtorno alimentar que devia ser abordado, que traz danos sérios à saúde, assim como o cigarro?

- *(MT) - Teve movimento de distribuição dos adesivos e de outras formas de parar de fumar. A atenção primária tem de fortalecer com saúde mental, um trabalho conjunto com a promoção da saúde que é transversal na SES e tem de fortalecer um ao outro, intrasetorial. O tabagismo tem de ser um projeto transversal trabalhado por todas as áreas, a educação não tem de ficar numa caixa, tem de estar voltada para o campo da promoção, não só a saúde e sim todas as outras secretarias, como a educação, que tem de ser o carro-chefe, de forma integral.*
- *(AM) - Hoje, na rede de saúde mental, o programa de tabagismo formou uma equipe para trabalhar com essas pessoas. Na ISAM tem grupo multiprofissional que faz esse trabalho e estava tendo bons resultados. Com a mudança de gestão, não sei se vai continuar. Existiu ainda um movimento para descentralizar esse serviço para a atenção básica, mas como, na época, eles argumentaram que dispensação de medicamentos a rede não estava pronta para fazer, então, ficou centralizada na saúde mental, que é ligada à Secretaria de Estado. Enquanto diretora da Escola nunca foi feita capacitação, pois não era o grande tema a ser discutido na época e passou despercebido. Não teve interesse, talvez tenha sido uma lacuna.*
- *(RO) - Não, há grupos que atendem, pequenos, que funcionam em igrejas, grupos religiosos. Na saúde, especificamente, é muito pouco. Eu desconheço que a Escola tenha feito algum trabalho nesse sentido.*
- *(PB) - Não sei se os trabalhadores, mas os serviços de saúde talvez não estejam. Temos programas nos CAIS, que são as clínicas de saúde. Temos psicólogos, grupos de fumantes, distribuições de medicamentos, mas a fila é imensa. Por mais que tenha o serviço, a demanda é maior que a procura. Isso desmotiva ou quem está participando não adere à proposta. Não é uma questão ligada aos trabalhadores. O Cefor nunca fez um curso voltado ao tabaco, de combate ao tabagismo. Aqui, como somos ligados à SES, as áreas técnicas nos procuram para certificar os*

trabalhadores que participam de curso de 40 horas ministrados pelas áreas técnicas, mas o Cefor diretamente não ministrou um curso de combate ao tabagismo.

- *(SP) - Não sei se estão, sei que está tendo investimento para que isso aconteça, temos a lei de tabaco, temos o centro de referência, que oferece apoio e treinamento para as equipes da unidade básica na condução clínica investindo em capacitar as unidades básicas no estado. As escolas não, da nossa estrutura, da área de vigilância e o centro de referência de álcool e drogas, o instituto de saúde que faz essa abordagem e oferece aos municípios. Esse tema é falado quando se aborda outras questões, mas um trabalho direcionado para o tema, não.*
- *(MA) - Acredito que precisa avançar muito, acredito que não. Conhecemos programas de apoio tabagista com distribuição de adesivos, isso não é muito divulgado. Se a sociedade em geral não tem muito conhecimento sobre isso, e se fosse melhor o trabalho na atenção básica, a comunidade teria melhor acesso. A Escola ainda não trabalhou com essa temática.*
- *(MA) - Não estamos bem distantes disso. Te digo por que já vi. Na verdade, o programa antifumo ainda está no município e estado e está crescendo, mas precisa de mais investimentos. Fui superintendente de ações e saúde no município, fiz substituição das pessoas que estavam no projeto antifumo. Modificar as pessoas e levar a difusão das informações no próprio município, pois existia uma deficiência muito grande da capilaridade do projeto nas unidades de saúde. Isso foi em 2013, em dois anos não mudou muita coisa, era bem deficiente.*
- *(MG) - Não. Porque pelo mesmo motivo que não sabe lidar com a questão de qualquer outro vício, o que é um viciado, saber as formas efetivas de lidar.... Na SES, há ações acontecendo, um programa instituído há muito tempo, que trabalha a questão de tabagismo, campanhas na escola para não fumar, com várias intervenções, pois é um absurdo pessoas trabalhando na área da saúde fumarem.*
- *(MG) - Não. Existe uma lógica de normalização do uso do cigarro, por mais que tenhamos caminhado por essa “criminalização” dos espaços públicos, eu acho que o uso do cigarro ainda é normalizado. Diante de tantos desafios na atenção primária e saúde talvez essa não tenha sido a preocupação maior. Nós temos um centro de saúde aqui ao lado que faz grupos de pessoas pararem de fumar, existe um movimento interessante... A Escola não fez curso específico, mas, dentro da assessoria de Comunicação, fazemos datas comemorativas, debates, parceria firmada com o Centro de Saúde com quatro servidores participando.*
- *(GO) - É uma coisa difícil de dizer. Não arriscaria fazer juízo de valor, precisaria fazer um estudo. Mas posso dizer que a Escola atuou muito pouco. Essa é uma área em que temos poucas pessoas atuando, temos sempre demandas mais gritantes. Como isso é um enfrentamento de longuíssimo prazo, as demandas mais imediatas tomam tempo na agenda. Ninguém fala de tabagismo em momentos de dengue. Epidemia de dengue, pressão da opinião pública é muito grande, mais de 90 obtidos, mais que o Césio 137, mas a repercussão está até hoje, os descendentes estão sendo acompanhados. Tem um aspecto adicional: quando trabalha tema dessa natureza, você está entrando na intimidade das pessoas, na capacidade delas de decidir e fazer escolhas. Ah, fumar é ruim, eu sei que é ruim, mas é a minha escolha. Como lidar com isso, é difícil de ser trabalhado. Você entra na intimidade das pessoas, na decisão que elas devem tomar, no uso que elas fazem do corpo. É difícil normatizar*

e estabelecer padrão de conduta e exigir que as pessoas o sigam. É preciso de educação em longo prazo, informação e negociação permanentes de mostrar ganhos, benefícios com a adoção de novos hábitos.... Em última instância, é uma decisão que ela vai tomar analisando os ganhos secundários, que ela tem o prazer de fumar o cigarro que só ela tem. Ou mesmo o usuário de droga, é muito fácil criminalizar ou condenar, fazer julgamento moral sem entender quais foram as motivações daquele sujeito de fazer o vínculo com a droga, o que ele está procurando substituir, o que ele perdeu. E, por isso mesmo, a taxa de fracasso é muito grande, a reincidência é muito alta, a taxa de recuperação é baixíssima, pois é decisão do indivíduo. Ele tem total liberdade para fazer o que quiser com o corpo dele e temos que respeitar, mas não podemos abdicar do nosso papel de continuar informando que a adoção desses hábitos vai trazer consequências para ele pessoalmente, para a coletividade, e, em última instância, para o próprio sistema, pois o custo de atender essas pessoas envolve dispêndio de recursos para realizar outras coisas, mas a decisão é dos indivíduos em última instância.

O tema do tabagismo passa despercebido nas Escolas Técnicas responsáveis pela formação dos profissionais que atuam da rede de saúde do SUS. O cigarro ainda não é assimilado como tema transversal.

Mas, segundo os entrevistados, a temática poderia ser trabalhada mais intensamente não só nas Escolas, mas junto à promoção da saúde na lógica da redução de danos. Mas “é ainda muito na ótica do proibicionismo, achar que manipulamos a vida das pessoas. Tem de ter debate dentro da proposta do cuidar, respeitar o desejo”. Ainda versando sobre a temática do tabagismo, o diretor de Goiás levanta a hipótese de estarmos “entrando na intimidade das pessoas, na capacidade delas de decidir e fazer escolhas. Fumar é ruim, eu sei que é ruim, mas é a minha escolha. Como lidar com isso é difícil de ser trabalhado, a decisão que elas devem tomar, o uso que elas fazem do seu corpo. É difícil normatizar, estabelecer padrão de conduta e exigir que as pessoas o sigam. É preciso de educação em longo prazo, informação e negociação permanente de mostrar ganhos, benefícios com a adoção de novos hábitos, em última instância, a decisão é do indivíduo”.

Por isso mesmo, como afirma Zaluar e Santos (2010), nessa sociedade de indivíduos, a liberdade de agir segundo escolhas pessoais é, ao mesmo tempo, o apanágio e a responsabilidade de cada um:

[...] para sairmos do individualismo que pode deslizar para o utilitarismo, é preciso reconhecer que a busca de novas certezas, avatares e proteções para si e para os outros se torna como que uma compulsão por novos elos de reconhecimento, com base nos laços sociais que unem e constroem as subjetividades (ZALUAR e SANTOS, 2010).

Apenas oito pessoas disseram “sim”, que na Escola ocorreu algum tipo de capacitação para os profissionais do SUS voltada ao tabagismo. Dessas, apenas um, do Espírito Santo, de fato realizou formação junto aos profissionais. A Escola de Vitória é do município e entrou recentemente para a Rede de Escola Técnica do SUS. Tanto a sua diretora quanto a coordenadora do projeto Caminhos do Cuidado afirmaram que “em Vitória, ofertamos dois cursos sobre tabagismo, básico e avançado, por vários anos, e, no ano passado, não os oferecemos, pois já tínhamos capacitado toda a rede”. Esse tema na Escola “não está relacionado à saúde mental, e sim à saúde do adulto (ciclo de vida) que cuida da política do tabaco”. Depois de ter capacitado toda a rede, a direção da Escola pretende avançar no modelo “para que possa ter maior adesão e não seja mais um curso para adquirir o certificado. Como podemos formar as pessoas para que elas voltem às unidades e possam dar conta desses grupos de apoio para que haja redução do tabaco, e ainda, ampliar a abordagem indo às escolas e formando professores?”.

- o *(ES) - Tem uma grande preocupação com o tema. Existe uma formação seguindo moldes do Ministério da Saúde com curso de formação da equipe básica e avançada para lidar com o cigarro para que todos os profissionais da unidade de saúde possam abordar aquele fumante explicando que, se você quiser parar de fumar, tem um programa. Esse curso vem como proposta do Ministério da Saúde e ainda temos referência técnica do tabagismo junto ao técnico da escola que o organiza. Estamos fazendo proposta de reorganização, pois o modelo do Ministério é quadrado, queremos adequá-lo à nossa realidade.*
- o *(ES) - Aqui em Vitória ofertamos dois cursos sobre tabagismo, básico e avançado, por vários anos. Ano passado não os oferecemos, pois já tínhamos capacitado toda a rede. Pedimos que fizessem um levantamento de quantos já estão capacitados e onde estão atualmente porque a nossa intenção é formar os grupos multiprofissionais nas unidades para que possam acolher os profissionais e os usuários e formar o grupo de apoio para que a rede tenha tabaco. Fumar na rua apenas. Há uma conscientização no município a respeito do tabaco. Estamos querendo reformular o curso para que possa ter maior adesão e não seja mais um curso para adquirir o certificado. Como podemos formar as pessoas para que elas voltem às unidades e possam dar conta desses grupos de apoio para que haja redução do tabaco? Temos uma referência, uma área técnica dentro da gestão de saúde, e temos uma técnica na escola que dá apoio à essa gerência. Inclusive, essas questões não estão relacionadas à saúde mental e sim à saúde do adulto (ciclo de vida) que cuida da política do tabaco. Vamos avançar nessa discussão, vamos para as escolas ampliar nossa abordagem, vamos formar nossos professores.*

Também podemos entender que o Estado de Goiás já fez capacitação nessa área:

- (GO) - *A capacitação nunca é completa, estamos em constante processo de necessidade de qualificação, por isso que se chama educação permanente. O que é verdade hoje não é amanhã. A ciência caminha correndo e o processo de qualificação andando. Se tem um processo de ciência correndo e ainda está num processo do caminhar, precisamos acelerar o processo de qualificação, não resta dúvida. A Escola já fez capacitação nessa área, a Escola serve para a Política, tanto a da vigilância quanto a da atenção ao cuidado, ela faz parte desse processo como organizadora e mais como executora. Boa parte, dependendo da carga horária, tem participação no projeto, esses fazem parte de projeto político e pedagógico elaborado em conjunto com a Escola e os cursos livres são feitos direto para a área técnica, mas têm apoio da Escola.*

Todos os outros Estados referiram-se ao trabalho de capacitação feito pelas áreas técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde, que formam os profissionais da rede que vão atuar nos centros de referência.

- (PR) - *Sou vizinha da área técnica do tabagismo e vejo as capacitações que fazem, imagino que sim. Desde que tenha a equipe necessária, eles fazem capacitações e atendem os usuários.*
- (SP) - *Tem tido um esforço muito grande para isso, temos a campanha antitabaco, temos uma equipe da saúde, a vigilância tem um papel não só de fiscalizador, mas também de orientar. A junção de duas coisas importantes, um processo educativo antes do punitivo. É toda uma questão de hábito, e isso muda o hábito quando você vai ao estabelecimento e tem que atravessá-lo todo para fumar lá fora... você pensa duas vezes antes de ir. Até mesmo quando queria parar de fumar, as campanhas do MS diziam que a vontade de fumar passa em cinco minutos quando você muda o seu foco. Quando você coloca essa lei antifumo nos estabelecimentos fechados, em que tem que ir lá fora, daqui a pouco eu vou, mexe com o sedentarismo, assim evita muito o fumo. Hoje tem investimento forte nesse sentido. A escola não tem formação na área específica, mas a temática permeia as nossas formações, do agente comunitário ou da enfermagem, saúde bucal, o tabagismo, o uso ou abuso de álcool e outras drogas permeiam nossas formações, pois está presente na realidade deles.*
- (RO) - *Houve bastante curso para capacitar o pessoal, existe uma política e um tratamento, acho que tinha que aumentar, ter em todo o lugar, nos PSFs, por ser algo tão grandioso, o fumo toma conta, ele já não tem vontade de parar e tem que ir naquele dia, naquele lugar, que é distante de sua casa.*
- (RJ) - *O INCA tem toda uma estatística dos malefícios do fumo, mas penso que deveria ser ampliada, não pensar muito a doença, e sim a prevenção, e entraria a saúde mental. A ansiedade leva ao fumo, teria que ser trabalhado na perspectiva da saúde mental.*
- (SC) - *Eles têm capacitação, mas poderia ser mais. É um trabalho que deveria mostrar outras maneiras de trabalhar com o usuário, ir para a unidade, outras abordagens, capacitar os profissionais sobre como abordar. Ah, já tentou parar? Fazer essa conversa. Usar sala de espera, antes usava mais, tinha TV com filmes educativos, antes conseguia com a Fiocruz e tinha 10 cópias de filmes educativos de*

tabagismo, hoje estão vendo novela. Falta de capacitar e mostrar que esse espaço é educativo. A escola capacitou muito tempo atrás, hoje é só o recurso que vai para o Estado que está bem deficitário, temos que ativar. Quando falamos nos municípios sobre o tabaco, eles dizem que isso é responsabilidade do Estado.

E cinco não foram assertivas, consideram que “ainda é muito incipiente no que diz respeito ao atendimento integral ao fumante”. O Amapá, por exemplo, diz que falta um “mucado”: “Tentei sensibilizar colegas que fumam, procurei ajuda em posto e em vários locais e não achei satisfatório o atendimento, não encontrei apoio na área da saúde. As campanhas são pontuais, como palestras em escolas, caminhadas isoladas que não fazem efeito”. Já a justificativa de Minas Gerais para o fato de não saber avaliar é que “o modelo biomédico é voltado para capacitar enfermeiro, médico, dentista, enfim, o profissional envolvido com a área biomédica, que é mais prescritiva, tendo facilidade em absorver essa metodologia. Mas, quando a gente fala em escutar, acolher, colocar as pessoas para trocar experiências, eles têm resistência”.

- *(AM) - Avalia como mais ou menos. Que nem foram todas as outras áreas. Poucas pessoas têm capacidade de lidar com saúde, precisa ter conversa mais aberta para que o preconceito não venha antes, a pessoa tem que ter maior qualificação, experiência, pois o vício não pode ser tratado como doença, e sim com conversa para entender as consequências que podem vir a acontecer. A escola nunca formou, pior que nunca realmente houve aqui nenhuma ação relacionada ao uso do tabaco. Só os alunos que fazem eventos no saguão da Escola contra o tabaco, bem superficiais.*
- *(PA) - Ainda é muito incipiente o trabalho, o atendimento integral ao fumante, ainda é muito centrado nas ações de educação em saúde que quase todos os municípios fazem, mas quando se trata de assistência, de uma ajuda mais concreta médica, psicológica, aí são poucos serviços de referência, têm que investir de forma regionalizada. Desde a década de 80, já fazemos algum trabalho de enfrentamento do tabagismo puxado pelo INCA, mas dá para integrar nas duas áreas da atenção psicossocial para não ficar só no componente mental a questão da promoção da saúde. E educação é fundamental, levar para dentro da escola este debate de enfrentamento do crack, álcool e outras drogas e o cigarro entra nesse contexto. Que seja inserido no currículo da escola. Você veja a saúde escolar, você vai à escola, o profissional vai à escola, mas não é suficiente porque ele não vai todos os dias, isso deveria estar inserido no conteúdo curricular das escolas, a noção de riscos e danos que as drogas podem causar reduziria o uso do cigarro. Escola é fundamental.*
- *(MG) - Não saberia avaliar porque o modelo biomédico faz a capacitação das pessoas. Enfermeiro, médico, dentista tudo que é biomédica vai com mais facilidade, mais prescritiva. Eles têm facilidade com essa metodologia. Mas, quando a gente fala em escutar, acolher, colocar as pessoas para trocarem experiências, eles têm resistência. O que sei é que na atenção primária há muitos profissionais trabalhando. Eles gostam dessa forma toda orientada, pois se sentem tranquilos,*

justamente o ponto que critico. A universidade, que eu tenha conhecimento, não capacitou na área, já vi estudos sobre o tema, mas capacitação...

- o (RO) - *Não sei se tem estudos na saúde mental. Como atuei no CAPS, ele tem papel importante nessa logística. A pessoa que inicia precocemente o uso do cigarro, vai, provavelmente, em busca de outros. Os estudos também apontam que essas pessoas acabam desenvolvendo transtorno mental. Não é necessariamente um determinante, mas pode ser um condicionante.*

Em síntese

As imagens de advertências sanitárias produzidas em 2008 e publicadas pela indústria nos maços de cigarros brasileiros utilizou o conceito de *neuromarketing* para amplificar os sentidos de aversividade e medo como suporte às ações de controle ao tabagismo. No *design*, a dimensão visual foi reforçada por imagens figurativas que remetem ao realismo causando o efeito da repulsão ao agregar valores e emoções negativas e associá-las ao maço de cigarros.

Consideradas um marco estratégico da política nacional de controle do tabagismo, as advertências sanitárias aversivas provocaram o efeito esperado à época, contribuindo, em parte, para a redução da incidência, como demonstrado em pesquisas populacionais.

Hoje, transcorridos sete anos, as imagens sofreram com a perda de impacto devido ao tempo de exposição. A orientação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco é de alternância a cada dois anos.

A intenção deste estudo foi testá-las em campo, entrevistando 61 profissionais de saúde pública em plena atividade nos 26 estados e mais o Distrito Federal. E, sob os preceitos da semiologia dos discursos sociais, analisar se houve o esgotamento da tendência mundial em produzir imagens e mensagens aversivas. Além de buscar novas posições, conceitos e caminhos capazes de afetar os grupos populacionais resistentes a esse discurso.

A expectativa é que este estudo possa subsidiar na produção das próximas imagens de advertências sanitárias incorporando a hipótese desta tese de que a mudança de comportamento não se dá pela “cultura do medo”, do temor. Existem outros discursos capazes de fazê-lo como o humor, o explicativo, o saber popular, que, colocado em circulação de forma dialógica, estabelecerá um canal de comunicação e informação a respeito dos malefícios do tabaco. Pois do contrário, como afirma Cortella (2014), “alguém que obedeça apenas movido pelo temor perderá autonomia e terá uma personalidade adoentada”.

Trato agora de rever a trajetória do estudo assinalando as principais contribuições dos entrevistados à luz das políticas públicas e da comunicação de risco do tabagismo. O desafio

foi apreender as impressões dos atores envolvidos com a produção das advertências sanitárias, dos sujeitos responsáveis pela política pública antitabagista e daqueles que atuam na ponta do sistema trabalhando na atenção básica nos estados.

Meu objetivo foi tentar estabelecer a construção de uma ponte discursiva entre essas correntes de pensamentos e políticas e refletir se os novos discursos surgidos neste estudo – “estilo de vida saudável” e “redução de danos” – serão capazes de criar mudanças de paradigmas nas novas campanhas e nas imagens de advertências sanitárias. Ou mesmo se alcançarão os grupos populacionais que ainda não foram afetados pelas mensagens ou imagens aversivas. Segundo Iglesias *et al* (2007) “o tabagismo está mais concentrado entre os grupos populacionais com baixos níveis de educação formal que podem também ser os mais pobres”. Ou ainda, conseguir romper em alguns leitores, “práticas de resistência, de oposição e de contestação a esses discursos oficiais divulgados” (Renovato *et al*, 2010).

Para atender a essas premissas, organizei esta parte final do documento entrelaçando os discursos das “vozes da produção”, o enunciador ou o autor do discurso com a percepção dos 61 entrevistados, os enunciatários, ou o destinatário da comunicação.

Ouso me referir a esta como a primeira testagem em campo de imagens de advertências sanitárias produzidas em 2008. A mostra é representativa pelo seu coletivo, modos de endereçamento entre o enunciador e o enunciatário e distribuição geográfica, interpelando aqueles que se apropriaram de seus efeitos de sentido, dos elementos significantes da imagem. Na definição de Ramalho *et al* (2009):

Trata-se de tentar estabelecer um campo de intersecção entre universos científicos por si só complexos, os quais se colocam em interação quando da construção e veiculação de campanhas preventivas, de caráter educativo, na área da saúde (RAMALHO *et al*, 2009. p.409-420).

A mostra é também representativa sob a nova ordem social de promoção de hábito saudável: é composta por quatro fumantes, 16 ex-fumantes e 41 não fumantes. Uma geração que, apesar de ter consumido publicidade glamourosa produzida pelas companhias de cigarro no auge dos anos 70, mesmo com o comprometimento cultural conseguiu se desvincular do objeto do desejo deixando o hábito de fumar a partir de implementação de uma política pública antitabagista.

Ao mostrar a imagem de advertência sanitária considerada a mais aversiva, “Vítima deste produto”, a leitura despertada na maioria dos entrevistados foi de repulsa. Por esse ângulo, podemos dizer que a imagem provocou a aversão almejada pelo grupo de estudo, atingindo o

objetivo dos pesquisadores de produzir uma campanha não apetitiva. Mas, em sequência à reação fisiológica, vinham os comentários que imputavam culpa no tabagista, vendo-o como doente, delinquente ou mesmo pecador. Alguns poucos não se chocaram com a imagem por não se sentirem parte desse processo e nem responsáveis por ele, apenas lamentando pelo outro.

Ficou evidente ainda a mudança discursiva que ocorre mediante a reconfiguração dos elementos da ordem de discurso. Na teoria de Fairclough, esse conceito denominado de “interdiscurso” atua diretamente na relação entre as práticas discursivas. São outros discursos que atravessaram esse público para além da saúde e educação provocando mutações. Os meios de comunicação e a mídia jornalística, por exemplo, contribuíram para amplificar o discurso da adoção de hábitos saudáveis, do ser politicamente correto na sociedade contemporânea. Há ainda o discurso religioso e o da evidência científica “fumar pode causar câncer”. Com o passar dos anos, esses indivíduos costumam se apoiar nesses discursos para mudanças de conceitos e entendimento de vida. São discursos de uma coletividade que afeta a decisão do indivíduo e reverbera na sociedade.

A política antitabagista com as imagens aversivas tem o objetivo de criar aversão ao cigarro e não ao fumante. Essa era a preocupação narrativa do grupo de pesquisa interdisciplinar, o vilão não é o sujeito e sim o cigarro, mas o campo evidenciou olhares desviantes. Hoje, esse é um fato considerado até pelos pesquisadores que produziram a imagem. Segundo as vozes da produção, numa próxima rodada há que se *fazer diferente e estudar outros caminhos afora o aversivo. Por exemplo, pensar imagens com dimensões biográfica, narrativa, testemunhal, humorística e levá-las às redes sociais.*

Uma segunda percepção do campo sobre a imagem aversiva diz respeito a segmentação. No caso, a imagem “Vítima deste Produto” afeta uma segmentação específica, o gênero feminino. Para Fairclough (1991), esse é o tipo de linguagem usada para uma categoria particular de pessoas por estar relacionado com sua identidade.

Este estudo evidenciou que a imagem do feto morto tocava especificamente as mulheres, chocando mães ou futuras mães. Ao criar identidade com uma categoria particular de pessoas, o contraponto é que a imagem não faz sentido para os outros segmentos, que não foram afetados com a mesma intensidade. Na visão de Althusser (1985) é como se o indivíduo não tivesse sido recrutado para a posição de sujeito, fazendo com que não haja senso de identidade.

Como o tabagismo é um problema de saúde que demanda estratégias multifacetadas para estimular indivíduos e sociedade a adotarem novas práticas de saúde, é fundamental o

apoderamento do sujeito pelo discurso. Ele tem de ser ativo no processo de construção dessas práticas comunicativas, e não apenas receptor, para que elas surtam efeito.

Esse posicionamento foi reafirmado por algumas vozes no campo que coincidem com a avaliação da pesquisadora Spitz, uma voz da produção, quando diz da necessidade de *“levar à população explicação sobre a metodologia empregada, bem como pensar em trazer a hipermídia, de conectar as imagens com a narrativa em longa-metragem, curta, site, redes sociais para dar transparência e aumentar a participação das pessoas”*. Santini, ex-diretor do INCA, é mais uma voz que reforça esse discurso. Para ele, *“a comunicação social é decisiva nesse processo de redução do tabagismo. As demais ações são complementares, inclusive o tratamento que pode ser desenvolvido dentro do espaço restrito da ação do profissional de saúde. Aliás, em todos os lugares do mundo onde a política antitabagista teve impacto é porque houve uma estratégia de comunicação forte e bem-feita.*

Sobre os modos de endereçamento, o estudo de campo demonstrou que o grupo dos adictos não reage com a mesma intensidade: *“a imagem choca, mas não barra a vontade química”*. O entrevistado de Alagoas é quem diz que *“o ato de fumar está atravessado por processos consciente e inconsciente porque há a questão física da própria dependência do organismo como também a psicológica”*.

Essa resistência à absorção das advertências sanitárias aversivas ora provoca tensão, ora neutraliza os sentidos esperados, barreiras à fluidez do diálogo entre enunciador e enunciatário. O campo reforça o sentido das vozes da produção, que trouxeram como sugestão, para consolidar o avanço da política antitabagista, a necessidade de *“definir melhor o grupo a ser atingido pelas imagens de advertências, o jovem que não começou a fumar ou aquele que já iniciou e precisa parar ou mesmo o fumante que tem o hábito já introjetado. As informações que mais afetam os jovens e aquelas de que a população tem menos conhecimento. Enfim, comunicar de forma diferente com os públicos resistentes, estudar mais e saber o que vai se comunicar melhor”*.

O recurso teórico da semiologia discursiva contribui nessa discussão sobre o papel da linguagem na organização da hegemonia de determinados grupos sociais em detrimento de outros visando a produção de diferentes imagens e novas formas e ferramentas de comunicá-las. Esse cenário é iluminado quando exibimos a imagem da campanha do Ministério da Saúde (2011) referente ao Dia Nacional de Combate ao Fumo. A imagem, alicerçada pelo conceito do hábito saudável, encontra o maior número de adeptos: 65,57% dos entrevistados optaram pela imagem positiva. Todas as falas indicam o sentido da qualidade de vida, da oportunidade de

voltar a respirar bem, correr, ganhar saúde, da promoção da saúde como elo de aproximação. Apenas oito entrevistados optaram pela imagem aversiva, que foca na perda da saúde, em consonância com o movimento antitabagista compreendendo que imagens do viver saudável até pouco tempo eram reproduzidas pelas empresas de tabaco, enquanto que o papel do governo é produzir e estimular a contrapropaganda.

Mais uma intercessão entre a fala do campo e a sugestão das vozes da produção quando dizem: “*tem de se comunicar de forma diferente, como a circulação de embalagens genéricas, imagem menos aversiva ou mesmo com pistas positivas*”.

Para grande parte dos entrevistados no campo, a imagem da qualidade de vida traz bem-estar, possibilidade de correr, respirar, pois o fumante não corre e respira mal, e a outra é agressiva, mostra os anos de vida perdidos. Alguns entrevistados veem a vida saudável, o esporte, o respirar melhor como forma de compensação.

Os entrevistados acreditam que os princípios de compensação e recompensa governam as nossas vidas. O caminho proposto por algumas falas do campo é utilizá-lo nas imagens e mensagens, como exemplificam algumas delas: “Eu fujo disto aqui, mas o que eu ganho exatamente?” ou “Quando vou consumir algo, o que estou ganhando com isso, o que me traz de benefício?”, “Eu largo esse prazer, mas o que coloco no lugar?”, ou “Eu não vou ter esse prazer, o que vou buscar?”. Fica aqui uma nova sugestão que não surgiu entre as vozes da produção.

No que tange ao sentido dado pelos entrevistados às imagens mostradas, não aquele significado inerente ao objeto e sim ao desdobramento cultural, melhor dizendo, a busca de imagens e mensagens que se aproximem mais da realidade e da cultura do sujeito. Incorporar a dinâmica do indivíduo em sua vivência é um caminho a ser intensificado. Gamba Jr., mais uma voz da produção, mostra essa preocupação quando propõe o desdobramento cultural à noção de aversividade fisiológica. E, para tanto, tornam-se necessários novos estudos qualitativos, interdisciplinares, como citado pelos entrevistados no estudo de campo: *grupos focais com jovens ou mesmo convidar pesquisadores de outras áreas do conhecimento como percepção de risco, marketing, olhares diferenciados para aprimorar o processo* de comunicar as imagens de advertências que incorpore o saber popular, a subjetividade dos sujeitos de forma mais explícita. Como afirma Ramalho *et. al* (2009), mesmo as figuras “decodificáveis” aparentemente por qualquer um podem emitir efeitos de sentidos os mais diversos.

As duas últimas perguntas dirigidas aos entrevistados pretenderam responder à hipótese de se ao optar pelas sensações aversivas e não por um discurso racional explicativo, entre outros

motivos, as campanhas se distanciam dos pressupostos do SUS. Em última hipótese, entender em que política as advertências sanitárias estão ancoradas, no controle do tabagismo, na saúde mental ou na política antidrogas?

Do total da mostra, 41% optaram pela aproximação das políticas do SUS que lidam com as drogas lícitas e ilícitas (Saúde Mental, Secretaria Nacional Antidrogas, INCA) associando práticas, estreitando diálogo, estratégias e parcerias; 35,8% acreditam que o tema deva estar vinculado à saúde mental, e 16,3% posicionaram-se a favor de a política de controle do tabagismo estar vinculada ao Instituto Nacional de Câncer. Apenas 6,5% não se posicionaram por acharem que não tinham propriedade sobre o tema,

Essa distância das instituições envolvidas com as drogas lícitas e ilícitas no Ministério da Saúde é sentida por todos os entrevistados pesquisados tanto no que diz respeito à prática quanto na política. Os conceitos e ações não se conectam criando ruídos, retrabalhos, frustrações nos profissionais de saúde, atingindo diretamente o usuário do Sistema Público de Saúde.

Dentre as justificativas para essa desconexão está o argumento histórico das “caixinhas” para a falta de entrelaçamento na área da saúde pública dificultando a atuação transversal. À estrutura organizacional e à geografia soma-se o distanciamento das políticas e do modelo de abordagem, fato que dificulta diálogo e conversações entre as equipes de saúde mental e do controle do tabaco. O resultado é que a temática antitabagista nunca foi articulada com a saúde mental. Como ressalta o diretor da Escola Técnica do Rio Grande do Norte, “na história do usuário de drogas as políticas se distanciaram, apesar de o usuário de crack e outras drogas serem fumantes”.

Essa é uma construção histórica que atravessa tempos e espaços e se afirma nas mentalidades dos sujeitos, como pondera a coordenadora de saúde mental da Paraíba: “não sei em que momento isso vai se separando”. Tal posicionamento é confirmado pelas vozes da produção. Santini, ex-diretor do INCA, trata essa questão como um conflito de abordagem entre a saúde mental e a equipe antitabagista do instituto: “*O pessoal da saúde mental queria blindar os pacientes de doenças mentais das ações antitabagistas, pois eles não olham o tabagismo como doença, pelo contrário, eles deixam que eles fumem*”. Ou mesmo quando a entrevistada Tânia Cavalcante é contundente ao afirmar que “*pela primeira vez na história, há um racha na saúde pública*”. Para ela, “*a saúde mental é ideológica enquanto a política antitabagista está baseada em evidências científicas*”.

Outra divergência entre as áreas é a estratégia de abordagens ao usuário que faz uso abusivo de drogas. O conceito de redução de danos é fortalecido pela saúde mental, mas o mesmo não se aplica à política antitabagista, fator de entrave para o diálogo, colocando as áreas em campos contrários. Como disse Santini, “a saúde mental num determinado momento protegeu os pacientes de doenças mentais da ação do controle do tabaco, pois acreditava que era uma restrição abusiva”.

Para reversão desse processo de construção histórica, os entrevistados no estudo de campo defendem o fortalecimento do cuidado ao usuário e a prevenção àqueles que fazem uso abusivo de crack e outras drogas intensificando o vínculo com o sujeito. Há a expectativa das políticas de promoção, prevenção e assistência estarem dialogando com as práticas “somática e orgânica”, isto é, olharem o usuário de forma integral resguardando as suas individualidades.

O campo mostra alternativas para interação dessa diversidade de olhares, abordagens e condutas. Os entrevistados citaram exemplos que já vêm ocorrendo nas unidades de saúde do SUS. No Nordeste, por exemplo, segundo eles, essa ponte já foi construída e o diálogo é uma realidade que, conseqüentemente, reverbera na ampliação do acesso ao sistema de saúde e na capilaridade do atendimento ao usuário.

A falta de consenso dos sentidos produzidos pela política acarreta no distanciamento dos princípios da comunicação em saúde pública como o de que o processo deve ser dialógico, informativo e participativo. Essa dicotomia se reflete na política de comunicação, que, apesar de estar sob a mesma égide do Ministério da Saúde, traz em suas práticas comunicações díspares ou mesmo antagônicas.

Esses efeitos são sentidos nas vozes do campo, que expressam a sua maneira de ver e interpretar a realidade deixando claro que esses embates são um dos obstáculos à obtenção da adesão do usuário. A luta de poder, a oposição de conceitos em saúde e estratégias de comunicação criam ruídos de comunicação que dificultam a aproximação e escuta do Estado com a sociedade e a adesão dessa para a perspectiva do Estado.

A sexta e última pergunta foi voltada para aqueles envolvidos diretamente com o processo de educação e saúde dos profissionais do SUS, os diretores das Escolas Técnicas do SUS e coordenadores estaduais, atores responsáveis pela valorização dos trabalhadores em saúde e democratização das relações de trabalho no SUS.

Das 40 ETSUS pertencentes à Rede de Escolas Técnicas do SUS, 39 nunca fizeram capacitação específica na área do tabagismo, isto é, 99,9% do total da mostra. Apenas o Estado do Espírito Santo realizou formação dos profissionais. Estamos falando da rede institucional do

SUS responsável pelo fomento à formação voltado à educação permanente de nível técnico, suporte direto ao atendimento à população.

A pesquisa de campo apresentou mais desafios: introduzir a política antitabagista e refletir sobre as práticas comunicativas dentro do próprio Sistema Público de Saúde. Foram os entrevistados que evidenciaram a grande lacuna tanto da comunicação interna do governo quanto a da invisibilidade do tabagismo como doença e fator de risco pelos profissionais que integram a rede de saúde pública. Como relata um dos entrevistados, o “tabaco não está sendo visualizado como um problema de saúde grave, por ser considerado um vício branco. O tabagismo é negligenciado em relação a outros agravos cujo componente principal é físico”. O diretor da Escola do Tocantins resume essa dualidade saúde-doença na afirmação “enquanto tivermos profissionais que chamam a pessoa que chega ao serviço de saúde de doente, como vamos conseguir que a atenção primária seja ordenadora do cuidado? Ele não vai olhar para esse fumante e sim para a perna quebrada”.

Outra justificativa dada pelas vozes no campo que para a ausência da temática do tabagismo nas formações das Escola Técnicas do SUS se baseia no fato de os “cursos técnicos estarem ligados a referenciais curriculares tornando-os muito rígidos”. E reforçam: “ninguém assimila o tabagismo como tema transversal, tem de ter mecanismos de transversalizar a atuação antitabagista para dentro da rede de Atenção Básica”.

Vemos que as duas questões estão imbricadas, o sujeito e sua formação profissional. O conhecimento dado para a construção do profissional dentro do sistema e o sujeito embebido por sua cultura e por sua vivência na sociedade. Segundo os entrevistados, “a formação está muito centrada no profissional” e, por sua vez, “esse profissional traz uma percepção moral e conservadora, de não tolerância ao diferente e às necessidades daquelas pessoas”. A diretora da Escola da Bahia sugere uma mudança na ótica de trabalho, pois o “olhar do profissional é carregado de preconceito”. Esse olhar se reflete na prática do profissional de saúde e na relação com o usuário. Profissional, formação e serviço em saúde desconectados do seu público por uma série de variáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cheguei ao final da análise de campo assimilando as falas que reportam a culturas, conhecimentos e diversidades de todo o território nacional. A opção pelo método de entrevistas enriqueceu essa pesquisa e criou a possibilidade de estabelecer vínculos sociais com os sujeitos para análise do processo comunicacional desde a gestação até a interação no cotidiano do SUS. Agreguei à escuta outras fontes que integram o circuito da comunicação, materiais imagéticos, midiáticos, que me apoiarem na compreensão das lógicas que envolvem as políticas públicas antitabagistas no que tange a comunicação, a saúde e, no caso particular dessa tese a educação no âmbito do SUS.

A primeira consideração é epistemológica. Apoio-me em Bakhtin que compreende a comunicação como um processo que envolve várias dinâmicas, da produção a apropriação dos sentidos. Na primeira parte dessa tese a pesquisa documental pretendeu traçar esse circuito, historicizar as políticas públicas antitabagistas desde as suas estratégias, a produção de campanhas institucionais e outros materiais midiáticos de comunicação em relação ao maço de cigarros. Ademais, trato ainda das noções de saúde e doença em seus múltiplos contextos que permitiram aflorar diferentes discursos nas variáveis fontes de informação por mim analisadas.

Mas, necessitava sair desse ambiente protegido da neutralidade das fontes secundárias e me lançar no campo, me comunicar, dialogar com aqueles que fazem ou não uso do cigarro, na expectativa de compreender a repercussão dessa política antitabagista nesses sujeitos. Em princípio acreditava que essa audiência seria capaz de responder sobre os efeitos produzidos pelas imagens de advertências sanitárias na população, conforme acenei em um dos objetivos desse estudo. Mas hesitei em minha trajetória ao perceber que existiam outras dimensões nesse caminho que mereciam ser investigadas.

A pesquisa apontava para uma disputa de discursos entre a comunicação e a saúde, melhor dizendo, entre os profissionais de comunicação que até então eram os responsáveis pela produção das advertências sanitárias e perderam esse lugar para os profissionais da saúde no escopo institucional do SUS. Havia um consenso que para contrapor as campanhas publicitárias promovidas pelas indústrias tabaqueiras a competência era das instâncias de comunicação do governo. A persuasão publicitária foi o método encontrado pela comunicação de tensionar essa

disputa entre governo e indústria, informando numa linguagem não científica e mais próxima da população. Essa contrapropaganda perde sua hegemonia para o campo médico que assume esse lugar com o discurso da neurociência, empunhando a bandeira da aversão como método provocador do medo e nojo ao maço de cigarros e, conseqüentemente, o afastando do objeto por meio da cientifização do discurso e do fortalecimento da narrativa biomédica. A comunicação é retirada do campo de luta, travada agora entre a medicina e a indústria tabaqueira.

Uma das causas apontadas pelo Grupo Técnico de Comunicação e Saúde da ABRASCO pelo enfraquecimento da voz da comunicação é a inexistência de uma política de comunicação que colabore na construção de um novo modelo de atenção à saúde, intensificando a disseminação da ideia de saúde como um produto social (que conjuga inúmeros aspectos socioeconômicos, antropológicos e culturais, e não apenas a intervenção médica). Esse Grupo após a institucionalização do SUS, mantém-se “numa constante construção do novo, do que não é somente Saúde nem somente Comunicação, um movimento ao qual imprimem permanentemente novos sentidos” (ABRASCO, 1996).

Apenas uma vez, na história das Conferências Nacionais de Saúde do SUS, a comunicação configurou-se como tema com vistas a ampliar e a democratizar a comunicação social do SUS. Foi durante a 10ª. Conferência Nacional de Saúde (1996) sob a presidência de Adib Jatene e liderada por Nelson Rodrigues dos Santos, atores históricos na construção do SUS, já na gestão do Ministro José Serra. No relatório final da Conferência destaca-se um item dedicado a “Informação, Educação e Comunicação (IEC) em Saúde”. O item 5.6 determina o prazo máximo de sessenta dias após a publicação (06/09/96), para “a criação de uma Comissão Nacional de IEC em Saúde para a definição de uma Política Nacional de IEC que contemple também os interesses dos usuários, centros de pesquisa em ciência e tecnologia e produtores de informação”. Política reforçada na 11ª. Conferência Nacional de Saúde – Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social (2000), “é urgente à definição de uma política de IEC que garanta instrumentos permanentes de divulgação e comunicação dos conselhos de saúde com a sociedade.”.

A definição dessa política encontra-se no item 208 do relatório da II Conferência definida a Política de IEC:

[...] A Política de IEC deve compreender o fortalecimento da cidadania e do controle social, visando à melhoria da qualidade e humanização dos serviços e ações de saúde; devem contribuir para o acesso das populações socialmente

discriminadas aos insumos e serviço de diferentes níveis de complexidade; devem garantir apropriação por parte dos usuários e população de todas as informações necessárias para a caracterização de situações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas; estar voltadas para a promoção da saúde, que abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, da assistência curativa e reabilitação” (SAÚDE, 2000).

Mas de fato essa política não foi instituída até os dias de hoje, restrita no bojo de alguns grupos mais aguerridos. Esse estudo traz à tona esse conceito de IEC por reconhecê-lo como insumo fundamental para o fortalecimento do processo comunicacional no interior do sistema.

Outra consideração no que tange as disputas discursivas é a invisibilidade do discurso da educação no cuidado ao fumante. Na prática essa pesquisa iluminou uma instância intermediária, responsável pela formação e capacitação técnica dos profissionais de saúde da atenção básica da rede de saúde pública, responsáveis pelo cuidado dessa população. A dimensão da educação aqui é representada pelas Escolas Técnicas do SUS, invisível a rede antitabagista e silenciada no arcabouço do SUS.

Entendendo que o processo comunicacional não é uma instância específica; mas como afirma Neto (2010) está em todo lugar, na medida em que é potencializada e enunciada por vários sujeitos. Como pesquisadora percebi que um passo anterior tinha de ser dado, escutar essas vozes, dialogar com a dimensão da formação para e no SUS. Uma nova perspectiva se avista, não mais o potencial fumante ou a população que já faz uso do cigarro, mas fui a campo entrevistar os gestores e educadores das Escolas Técnicas do SUS, universo que contemplava fumantes, não fumantes e ex-fumantes.

Percorrer o país e ter a oportunidade de ouvir e conversar com as pessoas no seu *lócus* profissional, em seu território, ajudou a desvendar o que o indivíduo quer esconder ao ver as imagens de advertências e, apontou para algumas leituras possíveis. A começar pela percepção da diversidade de vozes, saberes e pensamentos, até hoje não incorporados pela comunicação da saúde pública, que trabalha de forma transferencial no lugar de dialógica, um comportamento esperado e já conhecido.

A decisão estratégica de governo na produção das imagens de advertências aversivas está intrinsicamente voltada para o não fumante. O processo inicia pela proibição da associação positiva ao fumo, soma-se a essa ação a difusão da informação de que fumar faz mal a saúde, culminado com a estigmatização de quem pratica o ato de fumar. E o que fazer com o fumante?

Foi revelador o fato de apenas uma Escola das 40 existentes no país ter promovido capacitação para o cuidado do fumante na rede de atenção à saúde do Espírito Santo. A ausência

do discurso da educação no cuidado ao fumante e na prevenção a essa prática e a falta de interação entre as instituições que atuam nas múltiplas dimensões da saúde pública brasileira com o uso abusivo de drogas.

A dificuldade de incorporar a lógica do diálogo redonda num cenário fragmentado quanto ao controle das drogas. Na verdade, as teorias e os discursos de cada instituição são conflitantes quando da passagem do campo da política para a prática, gerando ruídos de comunicação.

O desafio está em criar uma ponte entre as políticas do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, da Saúde Mental e da área de Atenção Básica do Ministério da Saúde que é porta de entrada do sistema composta por unidades básicas ou primárias de saúde, para o fortalecimento do cuidado ao fumante e da prevenção do jovem que ainda não faz uso do cigarro. A política antitabagista tem ainda outro desafio que é a incorporação desses conteúdos à educação permanente para que meio das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde esse conhecimento chegue a formação dos trabalhadores do SUS.

As disputas e conflitos estão presentes em todas as dimensões tratadas nesse estudo, no sentido da linguagem como afirma Barthes (2002, p.31) “o sentido repousa sobre o conflito, quer dizer, a escolha de um termo por oposição ao outro”, mas essas tensões que remetem a certa concepção ideológica (não contraditória) de mundo, não deve ser fator impeditivo ou cerceador e sim ativador de processos de mediação e consenso na construção da política antitabagista mais próxima dos princípios do SUS, isto é, dialógica, informativa e participativa.

A segunda consideração voltada ainda para a produção da prática comunicativa antitabagista refere-se à atenção às especificidades culturais do sujeito. A imagem da praia que utilizei como representação do discurso da qualidade de vida carrega um forte traço publicitário ao exibir modelos jovens, bonitos, politicamente distribuídos em brancos e pardos, correndo felizes numa praia paradisíaca. O sentido foi expressar num contexto saudável o “calor” humano de amigos em clima de afeto para aproximar o consumidor daquela cena. De fato, a diretora da Escola da Bahia, **Maria José Cortes Camarão se sentiu atraída**, “a imagem da vida saudável, praia e sol, que a vida vale a pena me afeta mais”. Cabe lembrar que a Bahia é um estado banhado pelo mar, uma imagem que faz todo o sentido para Maria do Carmo. Já para Marta Maciel Metello Mansur Bumlai diretora da Escola de Mato Grosso causa estranheza, “não temos praia, parece que eu não passei por essa situação, não encaro como uma realidade”, demonstrando a força do marcador cultural no território. Outro marcador que surge de forma importante é o social, constatado na fala da Valéria de Queiroz Diogenes Negreiros profissional

da saúde mental do estado do Rio Grande do Norte quando diz “queremos uma vida com qualidade, mas esse bem-estar não aconteceria comigo, a imagem não me afeta, pois na minha realidade não terei este belo companheiro, praia, isso é para rico, é para quem pode”. Lembrando Paulo Freire, Valéria afirma “para me aproximar desse bem-estar, a imagem tem de ter o poder de identificação e, a minha realidade, nem é pobre e nem é rica”.

A diversidade do público entrevistado nessa tese dá indícios da recepção ou apropriação das imagens de advertência sanitária no maço de cigarros, questão promissora para próximos estudos, revelando que não há um pensamento único e sim uma variedade de saberes a serem absorvidos.

Outra consideração possível versa sobre a “cultura do risco, do medo” reforçada pela prática comunicativa antitabagista que associa o risco e a culpa ao ato de fumar. As imagens de advertência ultrapassam a fronteira do alerta, do advertir potencializando uma sociedade crescentemente adoentada e estigmatizada.

Apesar dos avanços tecnológicos, das novas ferramentas de comunicação e informação, de estarmos vivenciando a era das redes sociais, o advertir sobre os malefícios do cigarro propaga o estatuto das proibições, das normas e tratados cada vez mais impositivos, da luta contra as drogas em detrimento da comunicação educativa, preventiva e participativa, como preconiza os princípios teóricos do Sistema Único de Saúde.

Ao encampar os discursos do bem-estar e do ser saudável de forma acrítica, a Organização Mundial da Saúde impulsiona o processo de transformação de estilo de vida para o estilo de risco. Uma tutela estatal que provoca perdas na autonomia do sujeito. O indivíduo torna-se responsável pelos seus atos e o fato de fumar vira pecado sem salvação e, como tal merece castigo, a morte. As imagens de advertências reforçam essa ideia de causalidade direta, contribuindo ainda mais para a promoção do pânico moral, criminalização e a estigmatização dos fumantes. Essa mutação cultural e social pode ser percebida na fala da diretora da escola de Roraima, Neile Vieira Campos Carneiros que do prazer da adolescência de acender o cigarro encontrado nas festas dadas por sua mãe, que tinha uma boate em casa. Segundo Neile “a coisa mais bacana era quando acabava a festa e eu encontrava muita carteira de cigarros cheia, com modelos bonitos, acendia com prazer”. Hoje, ainda fumante sente a estigmatização “sou a parte excluída no trabalho e na vida social, a gente se sente incomodando o outro. Ontem fui ao aniversário da minha mãe e, para fumar, tive que ir até o meio da rua, chovia e me senti excluída”.

Os discursos das campanhas antitabagistas acompanham essa tendência por meio das imagens aversivas, uma transição que passou do perigo para o risco. O resultado é a produção de mensagens e imagens com a hipérbole da proteção, culpabilizando o fumante em si mesmo e na sua inserção social. Um alarmismo que é reverberado pelas mídias e autoridades da saúde.

As marcas dessa demonização podem ser vistas ao longo das produções das imagens de advertências, desde as primeiras imagens de 2001, culminando nas últimas imagens de 2008 que apelam para o realismo grotesco escatológico. Essa prática comunicativa aversiva segundo algumas avaliações populacionais demonstrou que a política antitabagista alcançou o efeito desejado de provocar distanciamento, fortalecendo o argumento da aversão e o amplificando de forma majoritária, não só no Brasil, mas em outros países.

Indicativo não problematizado apenas registrado. Há que se levar em conta que nenhuma pesquisa qualitativa ainda foi realizada para averiguar o significado da referida reação aversiva e, que sentidos foram produzidos nesses sete anos de exposição dessas imagens. Os efeitos aversivos perderam a força pelo tempo de exposição? Em que medida o discurso da reação ao dano corporal como indutor de distanciamento ao objeto se sobrepõe a outros discursos produzidos culturalmente, como os hábitos saudáveis e a redução de danos?

Surgem nesse estudo propostas de um fazer diferente, “o poder de fazer ver e fazer crer”, definido por Bourdieu (1989) como poder simbólico. Comunicar de forma diferente, endereçar a públicos resistentes, estudar outros caminhos afora o aversivo, a exemplo da produção de embalagens genéricas, menos aversivas ou mesmo com pistas positivas, como a dimensões biográfica, narrativa, testemunhal e humorística. São considerações apontadas pelos entrevistados responsáveis pela produção das imagens de advertências que trouxeram outros marcadores a serem estudados e aplicados a prática comunicativa antitabagista.

Um novo caminho mencionado pelos entrevistados foi associar a prática da advertência sanitária à ferramentas da hipermídia para conectá-las à narrativa de longa-metragem, curta, site, redes sociais, dando transparência e ampliando a participação da sociedade, democratizando a informação no lugar de verticalizada.

Fazer diferente é estudar qualitativamente o que aconteceu nestes seis a sete anos de circulação das imagens aversivas. Definir melhor o grupo a que se quer dirigir as imagens, bem como as informações que mais afetam a população vulnerável. Estabelecer estratégias diferenciadas e refletir sobre quais foram as mudanças provocadas nos sentidos da população. O que as pessoas têm a dizer que vai para além da eficácia? O que o sujeito quer esconder ao

tapar as imagens de advertências aversivas? Há um desafio do fazer diferente e melhor do que já foi feito. Um desafio que está para além da alteração da imagem da aversão.

Dados de pesquisa realizada por telefone pelo Ministério da Saúde (Vigitel, 2015), mostra que apesar da tendência de queda do número de fumantes, ocorre um aumento considerável no número de experimentação do cigarro entre os jovens. Uma disputa discursiva que fortalece a estratégia do governo da demonização e estigmatização, sem avaliar ou problematizar se essa tendência tem tido efeito esperado no público a ser cuidado e prevenido. A indústria tabaqueira continua focando na simbologia do produto para atrair o jovem. E, para distanciá-lo, a política antitabagista continua aplicando a prática aversiva. Atualmente a luta é no Congresso Nacional pela aprovação do projeto de lei que amplifica essa política em favor da adoção do cigarro neutro. Para tornar o consumo menos atraente, o governo busca a padronização dos elementos gráficos para todos os fabricantes, como já ocorre na Austrália e, as imagens de advertências, duplicariam sendo estampada nas duas faces do maço de cigarros (frente e verso).

Por fim, há que se considerar o rompimento dessa lógica dual entre dois opostos, são duas saúdes públicas que convivem hoje nesse país, a aversiva, do afastamento e a do cuidado, da aproximação, tendo o cigarro como objeto decisivo na cultura do século XX. São duas manifestações que racham a totalidade social do SUS.

É decisivo para o êxito na formulação das próximas advertências sanitárias que haja capacidade de conciliar as múltiplas identidades e pertencimentos a determinados contextos para promover a comunicação entre e com grupos diferentes (Kuschnir, 2000). Que os opostos consigam se comunicar por meio de uma comunicação presente, forte, bem-feita e que tenha competência para gerir e avaliar o pós-ação de comunicação. Buscar maior aprendizado a respeito das advertências sanitárias, afinal é uma prática comunicativa recente no país. Prosseguir nos estudos referentes às pistas positivas, como caminho alternativo a aversão. Definir e conhecer o público a ser prevenido e cuidado no que diz respeito ao uso do cigarro, produzindo estratégias diferenciadas e os afetando no seu território e na sua cultura. Admitir que o outro exista, pois, reconhecê-lo é a aceitação do diálogo e da compreensão em como as imagens de advertências são percebidas pela população.

Acredito que esse trabalho possa favorecer na construção de novas imagens de advertências, bem como outras práticas comunicativas antitabagistas. Problematizar o campo da comunicação, informação e educação no SUS, entendendo-o como um processo circular gestado na produção, passando pela circulação e chegando a apropriação das políticas públicas

do cuidado ao outro, tendo no diálogo e no conhecimento de cunho afetivo a forma de interagir socialmente com foco na redução do tabagismo.

BIBLIOGRAFIA

- ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **Saúde e Comunicação – Documento referência**. Grupo de Trabalho de Saúde e Comunicação, Rio de Janeiro, abril 1996, mimeo, pp. 20.
- ALTHUSSER, Louis. Aparelhos ideológicos de estado: Nota sobre os aparelhos ideológicos de estado. 3^{aa} ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- ARAUJO I.S. e CARDOSO J.M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 152 p. (Coleção Temas em Saúde).
- AROEIRA. Folheto informativo sobre tabagismo. Campanha do INCA. (1993).
- AUTHIER-REVUZ, J. Heterogeneidade(s) enunciativa(s). In: **Cadernos de estudos linguísticos**, Campinas, UNICAMP – IEL, n. 19, jul./dez.,1990.
- AYRES, J. R. C. **Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenêutica filosófica**. V.4. Ed. São Paulo: Salud, Colect, 2008.
- BAILER, C. e D'ELY, R. C. S. **Attention to form and meaning in reading: a 9th year EFL research**. Pôster apresentado na XI Convenção dos Professores de Língua Inglesa dos Estados do Sul. UFSC. Florianópolis, 2009.
- _____; TOMITCH, L. M. B. & D'ELY, R. C. S. **Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada**. Revista Intercâmbio, v. XXIV, pp.129-146, LAEL/PUCSP. São Paulo, 2011.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório Anual 2007**.
- BAKHTIN, M. (VOLOCHINOV, V. N.). [1929] **Marxismo e filosofia da linguagem**. Trad. M. Lahud e Y. F. Vieira. São Paulo: Hucitec, 1988.
- _____. **A estética da criação verbal**. Martins Fontes. São Paulo, 1992.
- _____. **O discurso no romance**. In.: Questões de literatura e de estética: a teoria do romance (1934-1935). Trad. Bernadini et al. 4^a ed. São Paulo: UNESP, 1998.
- _____. **Estética da criação verbal**. Tradução de Maria Ermantina Galvão; revisão de tradução de Marina Appenzeller. 3^a. edição. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- _____. **Os gêneros do discurso**. In: *BAKHTIN, M.* Estética da criação verbal. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- BARTHES, R. **Crítica e verdade**. São Paulo: Perspectiva, 1970.
- _____. **A aventura semiológica**. Edições 70, Lisboa, 1987.
- _____. **Aula**. Cultrix. São Paulo,1992.

_____. **O Prazer do Texto**. Ed. Perspectiva. Rio de Janeiro, 2002.

BECK, U. **Sociedade de Risco, rumo a uma outra modernidade**. 1ª ed. Ed. São Paulo: Editora, 34, 2010.

BECKER, H. S. **Método de Pesquisa em Ciências Sociais**. Hucitec, São Paulo, 1997.

BERG, Ernesto Artur. **Administração de conflitos: abordagens práticas para o dia a dia**. 1ª. ed. Juruá. Curitiba, 2012.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa, Difel. 1989.

_____. **A escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura** (Gouveia, A. J., Trad.). In Nogueira, M. A. & Catani, A. (Orgs.). *Escritos e Educação* (pp. 39-64). Petrópolis, RJ: Vozes. 2002.

BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução de Acidentes no Trânsito - Um Pacto pela Vida**. Denatran. Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011-2020.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. N-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde: 2ª ed. rev.** Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

_____. **Programa Saúde da Família: informes técnicos institucionais**. Revista Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

_____. **Guia de Saúde Mental – Atendimento e Intervenção com Usuários de Crack e outras drogas**. Projeto Caminhos do Cuidado – Formação em Saúde Mental, Crack e outras drogas para agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem da atenção básica. 2013.

CANADA Imperial Tobacco. Website oficial da *Imperial Tobacco Company of Canadá*. Disponível em <http://www.imperialtobaccocanada.com/>. Acesso em 14 dez. 2015.

CÂNCER. Ministério da Saúde. **INCA lança Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. INCA. 2009.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CANHOTA, C. **Qual a importância do estudo piloto?** In: SILVA, E. E. (Org.). **Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. APMCG, pp. 69-72. Lisboa, 2008.

CARNEIRO, Henrique. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no Século XX**. Revista Outubro, IES, São Paulo, vol. 6, 2002, p.116.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Editora, 1999.

_____. **Risco e hiperprevenção: o epidemio poder e a promoção da saúde como prática biopolítica com caráter religioso.** In: Nogueira, RP (org). *Determinação social da saúde e reforma sanitária.* Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

_____. Entrevista à REVISTA RADIS: comunicação e saúde. **Risco, conceito fundamental em permanente discussão.** Junho, nº 106, Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.

_____; GUILAM, M.C.R. e FERREIRA, M.S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde.** Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.

CAVALCANTE, T. M. **O médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar** (dissertação). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

CHARAUDEAU, P. **Discurso das mídias.** Contexto. São Paulo, 2007.

CORTELLA, M. **Não se desespere! Provocações filosóficas.** 7ª ed. Ed. Vozes. Rio de Janeiro, 2014.

COSTA, L.P.A. **A ADC Faircloughiana: Concepções e Reflexões.** Revista Linguagem, 2009.

CRAWFORD, R. 'Healthism and the medicalization of everyday life'. *Int. J. Health Serv.*, v.10, n.3, 365-88. 1980.

DAMASCENO, L. **Marketing de gentileza: manual da gentileza virtual para tocar o coração de seus clientes.** Brasport. Rio de Janeiro, 2015.

DARNTON, R. **O beijo de Lamourette.** São Paulo. Companhia das Letras, 2010.

DELEUZE, G. e GUATTARI. F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** Vol. 5. Ed. 34. 715pp. Rio de Janeiro, 1997.

DIAS, J.C. et al. **Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), pp. 341-348. 2003.

DINIZ, D. A casa dos mortos: do poema ao filme. TRAMA INTERDISCIPLINAR - v. 4 - n. 2. Editora Revistas Mackenzie. 2013.

DOLL, R. and HILL, A. B. **The Mortality of Doctors in Relation to Their Smoking Habits.** *Journal List, British Medical Journal*, 1954 Jun 26, 1(4877): 1451–1455.

DURKHEIM, Émile. *Incest: The Nature and Origin of the Taboo.* Translated by Edward Sagarin. New York: Lyle Stuart. Translation of 1898a (2). With an Introduction by Edward Sagarin. Published together with A. Ellis, *The Origins and Development of the Incest Taboo.* Translation seriously defective. 1963.

ECO, U. **Apocalípticos e Integrados**. São Paulo, SP: Perspectiva, 1987.

_____. **The Name of the Rose**. London: Vintage, 1998.

FAIRCLOUGH, N. **Language and Ideology**. Centre for Language in Social Life. University of Lancaster. Artigo. 1991.

_____. **Discurso e Mudança Social**. 1ª edição. Ed. Brasília. Universidade de Brasília, 2001.

_____. **Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research**. London: Routledge. 2003.

NETO, A. F. **As bordas da circulação**. Alceu, v. 10, n 20, p. 55 a 69, jan/jun 2010.

FIORIN, José Luiz. **As astúcias da enunciação**. São Paulo, Ática, 1996, 318 p.

FISCHER, R. D. **Investigações sobre fotogenia: produção de afetos no cinema de John Cassavetes**, Edição 11, ano 6, número 1, Revista Rumores, 2012.

FLOCH, J. M. *Petites mythologies de l'oeil et de l'esprit: pour une sémiotique plastique*. Paris: Hadès; Amsterdam: Benjamins, 1985.

_____. **Identités visuelles**. Paris: Presses Universitaires de France, 1995.

_____. **Semiotica, marketing e comunicazione**. Franco Angeli, Milano, 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Graal. Rio de Janeiro, 1992.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. 2ª edição. Departamento de Letras PUC-Rio. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Em defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou Comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1980.

_____. **Pedagogia da Autonomia. Saberes Necessários à Prática Educativa**. Paz e Terra. São Paulo, 1999.

GIDDENS, A. **As Consequências da Modernidade**. Editora da UNESP. Journal of the Electrochemical Society, v. 129, p. 2865. São Paulo, 1991.

GOMES, I. **Metodologia de análise de telejornalismo**. In GOMES, I. (Org.) **Gêneros televisivos e Modos de Endereçamento no telejornalismo**. Edufba. Salvador, 2011.

GÜNTHER, H. **Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?** Psic.: Teor. e Pesq., vol. 22 n. 2, pp. 201-210. Brasília, Mai-Ago 2006.

GUSMÃO R. C.; CECCIM R. B. e DRACHLER M. L. **Tematizar o impacto do trabalho em saúde educação: abrindo gavetas, enunciando perguntas, e escrevendo**. Interface (Botucatu). 2015; 19 Supl. 1: 695-707.

HABERMAS, Jürgen. **Técnica e ciência como “ideologia”**. In: Benjamin, W. Horkheimer, M. Adorno, T. Habermas, J. *Textos Escolhidos*. Coleção Os Pensadores. Editora Abril Cultural. São Paulo, 1975.

HAMMOND, D. *et al.* **Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers**. *Am. J. Public Health*. v.94, n.8, pp. 1442-5, 2004.

_____. **Health warning messages on tobacco products: A review**. *Tob Control.*; 20(1): 327-337. 2011.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro. 2014.

IGLESIAS, R. *et al.* **Controle do Tabagismo no Brasil: Documento em Discussão – Saúde, Nutrição e População (HNP)**. Departamento de Desenvolvimento Humano. Região da América Latina e do Caribe. Banco Mundial e Departamento de Saúde, Nutrição e População Rede de Desenvolvimento Humano. Banco Mundial, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. BRASIL. **Estimativas de Incidência e Mortalidade por Câncer**. Ministério da Saúde. 2003.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. 2007.

_____. **Estimativa da Incidência de Câncer para 2008 no Brasil e nas cinco Regiões**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793.

_____. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco**. Ministério da Saúde. 2009.

_____. **O Brasil e a Convenção-Quadro para o controle do tabaco**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. 2011.

_____. **Doenças associadas ao tabagismo**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2588. Acesso em: jan. 2016.

_____. **Manual de orientações: dia mundial sem tabaco 2015: fim do comércio ilegal de produtos de tabaco** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde. 2015.

JAQUES T. A. **Impasses e estratégias: Convenção-Quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005)**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Casa de Oswaldo Cruz, História das Ciências, Rio de Janeiro, 2010.

JHA, P.; CHALOUPIKA, F. J. **Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control**. Washington, DC: World Bank, 1999.

JOLY, M. **Introdução à Análise da Imagem**. 4ª. Edição. Campinas: Papyrus Editora. 2001.

_____. **Introdução à Análise da Imagem**. 13ª. Edição. Campinas: Papyrus Editora., 2009.

KRISTEVA, J. **The kristeva reader**. Oxford: Blackwell, 1986.

KUSCHNIR, Karina. **O Cotidiano da Política**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 162 pp. 2000.

LABATE. B.C. *et al.* (Orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. EDUFBA. Salvador, 2008.

LANG, P.J., BRADLEY, M.M., CUTHBERT, B.N. **International Affective Picture System (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. Technical Report A-6**. University of Florida, Gainesville, FL. 2005.

LASSWELL, H. D. **Propaganda in the World War**. EUA: Congress, Library of, 1927.

LERNER, K. **Saúde e Jornalismo: Interfaces Contemporâneas, Doença, Mídia e Subjetividade: algumas aproximações teóricas**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

LEVY, P. **As tecnologias da inteligência**. In 34 (Ed.); 1 edição ed., p. 208. São Paulo, 1993. Disponível em <http://goo.gl/RUR55u> Acesso em 14 dez. 2015.

LOPES, L. C. **A gestão da informação: as organizações, os arquivos e a informática aplicada**. Rio de Janeiro. APERJ, 1997.

MACHADO, Leticia Vier e BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos**. *Psicol. cienc. prof.* (on-line), vol.33, n.3, pp.580-595, 2013.

MACKEY, A. e GASS, S. **Common data collection measures**. In **Second language research: methodology and design**. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2005. pp. 43-99.

MALINOWSKI, B. **A Diary in the Strict Sense of the Word**. Harcourt, Brace & World. New York, 1967.

MATTELART, Armand e MATTELART, Michèle. **História das teorias da comunicação**. São Paulo. Edições Loyola, 1999.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan Americana da Saúde. Brasília, 2011.

_____. **O processo social de distritalização da saúde**. In Mendes EV (Organizador). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec-Abrasco. 3ª Edição. São Paulo, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resenha da Luta Contra o Câncer no Brasil: documentário do serviço nacional de câncer**. Ministério da Saúde. 2007.

_____. **Campanha do Ministério da Saúde para o Dia Nacional de Combate ao Fumo.** 2011.

_____. **Organograma.** 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias/leia-mais-estrutura-e-competencias>

MOTTA, Luiz Gonzaga. Um só mundo, múltiplas interpretações. Revista de Jornalismo Científico e Cultural da Universidade de Brasília, n.7, p. 48-49, ago. / set. 2011.

NASCIMENTO, B. E. M. *et al.* **Neurociências, artes gráficas e saúde pública: as novas advertências sanitárias para maços de cigarros.** Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos, v.17, supl.1, pp. 243-252, Rio de Janeiro, 2010.

NETO A. F. **As bordas da circulação.** Alceu, v. 10, n 20, p. 55 a 69, jan/jun 2010.

NETO, J.C.F. **Tábuas da lei e surras de gato morto: ética e comunicação na encruzilhada do escrito e do oral.** SACRAMENTO, I. e MATHEUS, I. (Org.). **História da Comunicação: experiências e perspectivas.** 1^a.ed. Mauad. Rio de Janeiro, 2014.

OLIVEIRA, A.C. e TEIXEIRA, L. (Orgs). **Linguagens na Comunicação: desenvolvimento de semiótica sincrética.** Estação das Letras e das Cores. São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, W. **Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas.** Kátia Lerner e Igor Nascimento (Org.). Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic.** 2013.

PEREZ, C. **Análise da interferência da indústria do tabaco na implementação das advertências sanitárias nos derivados de tabaco no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP, Rio de Janeiro. 2013 p.75.

PETUCO, Dênis. **Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack.** Dissertação (Mestre em Educação). Centro de Ciências Humanas, Letras e Humanidades. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 2011. 131f.

PINHEIRO, G. **Metáfora, metonímia e construção de sentido na publicidade: contribuições das ciências cognitivas para a análise da mensagem visual persuasiva.** In: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Caxias do Sul, RS. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2010.

PINHO, J.B. **O Poder das Marcas.** Summus Editorial. São Paulo, 1996.

PINTO, M. J. **As marcas linguísticas da enunciação: esboço de uma gramática enunciativa do Português.** Numen. Rio de Janeiro, 1994.

_____. **Comunicação e discurso: introdução à análise de discursos.** 2^a ed. Hacker. São Paulo, 2002.

PITTA, R. M. A. **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo. Hucitec/ Abrasco, 1995.

PONZIO, A. **Encontros de palavras. O outro no discurso**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2010.

PRAXEDES, W. **Por uma Nova Ciência**. Revista Espaço Acadêmico, n 85, ano VIII, 2008.

RAMALHO *et. al.* **Uma contribuição da semiótica para a comunicação visual na área da saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 13, núm. 29, abril-junio, pp. 409-420, 2009.

RANGEL, M.L. **Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar**. Ciência & Saúde Coletiva. Temas Livres 12(5):1375-1385, 2007.

RENOVATO, R.D. *et al.* **Significados e sentidos de saúde socializados por artefatos culturais: leituras das imagens de advertência nos maços de cigarro**. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (Supl. 1):1599-1608, 2009.

_____ *et. al.* **O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960)**. Educar em Revista, Curitiba, Brasil, nº. Especial 2, p. 277-290, Editora UFPR. 2010.

RETSUS. **Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Disponível em <<http://www.RETSUS.fiocruz.br/>> Acesso em 14 dez. 2015.

RIBEIRO, A. P. G. **A Mídia e o Lugar da História**. Revista Lugar Comum, 11, pp.25-44. 2000. Disponível em: <http://goo.gl/8IOAxQ> Acesso em 03dez. 2015.

ROCHA, Vânia. **Do caranguejo vermelho ao Cristo cor-de-rosa: as campanhas educativas para a prevenção do câncer no Brasil**. História, Ciências, Saúde – (2005). Manguinhos, Rio de Janeiro, supl.1, jul. 2010, p.253-263.

RODRIGUEZ, A. S. **Cinema Clássico Americano e Produção de Subjetividades: o cigarro em cena**. Dissertação (Mestrado em História), Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.

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

SACRAMENTO, I. e CRUZ, C. **A patologização da obesidade: endereçamentos da moralidade corporal contemporânea em um programa de TV**. In: Lerner, Kátia (Org). *Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2014.

SANTOS, M. **A natureza do espaço técnica e tempo, razão e emoção**. 4ª edição.Ed. São Paulo, 2008.

SCHUDSON, M. **The objectivity norm in American journalism**. Journalism. August 2001. vol. 2. no. 2.149-170.

SECRETARIA DA SAÚDE. **Efetivando o controle social no SUS: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social: relatório final.** Conferência Estadual de Saúde. 5-8 out. 3. 48 p. Porto Alegre – RS. 2000.

SIDDHARTHA, M. **O imperador de todos os males. Uma biografia do câncer.** 1ª edição. Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SINDITABACO. Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco, **Dimensões do Setor.** Disponível em <http://sinditabaco.com.br/>. Acesso em: 23 nov. 2015.

SODRÉ, M.; PAIVA, R. **O império do grotesco.** Ed. Mauad. Rio de Janeiro, 2002.

SONTAG, S. **A doença como metáfora.** Edições Graal, Rio de Janeiro, 1984.

SOUZA, M. C. e SAMPAIO, P. M. **Documentos e Sujeitos da Memória.** 2003. Disponível em <http://goo.gl/XVbM3p>. Acesso em 04 dez. 2015.

SPITZ, R., e GAMBA Jr., N. **Projeto de desenvolvimento e implementação das novas imagens e advertências impressas nos maços de cigarro.** Relatório Técnico da Coordenação de *Design*& Produção (Etapa I). Rio de Janeiro, 2007.

_____. **Os Males do Fumo em Destaque. Laboratório de Design de histórias.** Departamento de Artes & Design, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Cristina Perez e Tânia Cavalcante. 2009.

SZKLO, A. S. **Revisão sobre estratégias de captação de fumantes: o olhar do impacto populacional.** Cad. Saúde Pública; 24(supl.4): s621-s634, 2008.

SZKLO, COUTINHO, SPITZ e GAMBA Jr., Estratégia de recrutamento de fumantes no metrô do Rio de Janeiro, Brasil, para ampliar o acesso a linhas telefônicas de apoio à cessação: impacto da novidade. 1º Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11): 2524-2528. Nov. 2009.

TEIXEIRA, L. A. **Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI.** Revista Brasileira de Cancerologia. 57(3), pp.295-304, 2011.

_____ e JAQUES, T. A. **O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.17, supl.1, pp.13-31, jul. 2010.

TOBACCO Labelling Resource Centre. Disponível em: <http://www.tobaccolabels.ca/>. Acesso em 07 dez. 2015.

VAZ, P. **As narrativas midiáticas sobre os cuidados com a saúde e a construção de subjetividade contemporânea.** Logos, 25(1):50-75, 2006. Disponível em http://www.logos.uerj.br/PDFS/25/08_Paulo_Vaz.pdf. Acesso em 9 set. 2015.

_____. **Corpo e Contemporaneidade.** Logos 25. Ano 13, 2º semestre 2006.

_____ *et al.* **O fator de risco na mídia.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, vol. 11, nº. 21, pp. 145-153, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. São Paulo, 2007.

- VAZ, P. e PORTUGAL, D. B. **A nova “boa nova”:** marketing de medicamentos e jornalismo científico nas páginas da revista *Veja*. Comunicação, Mídia e Consumo. São Paulo. Ano 9. vol. 9. n. 2. 6p. 37-60. Nov. 2012.
- VERAS, R. (Org.). **Risco à saúde: fumaça ambiental do tabaco: pontos para um debate.** Rio de Janeiro: UERJ, 2010.
- VOLCHAN, e OLIVEIRA, L. **Projeto de desenvolvimento e implementação das novas imagens e advertências impressas nos maços de cigarro,** Relatório Final. Rio de Janeiro, 2008.
- WEBER, M. *Economy and Society*, 2 v. 1922.
- WEBER, F. **A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?** Horizontes antropológicos, vol.15, nº.32. Porto Alegre, 2009.
- WILLIAMS, R. **Marxism and literature.** Oxford University Press, Oxford. p. 21-44, 1977.
- WITTE, K. e ALLEN, M. **A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns.** Health Education and Behavior, 27(5), pp.591-615. 2000.
- WYNDER, E. L. e GRAHAM, E. A. **Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases.** J. Am. Med. Assoc. 1950 May 27; 143(4):329-36.
- ZALUAR, A. e SANTOS, L.A.C. **Diálogos em embates entre as ciências sociais e a epidemiologia: a retórica dos riscos.** VERAS, R. (Org.) In **Riscos à saúde: fumaça ambiental do tabaco – pontos para um debate.** 1 ed. UERJ. Unati. Rio de Janeiro, 2010.

Referência da Pesquisa

VIGITEL/ MS

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>

KUCINSKI, Bernardo. *Jornalistas e revolucionários.* São Paulo: Edusp, 1991.

ANEXOS

ANEXO 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O/A Sr./Sr^a. está convidado/a a participar da pesquisa “As Advertências Sanitárias no Maço de Cigarros: Política Pública e Prática Comunicativa do Sistema Único de Saúde”, sob a responsabilidade da pesquisadora Ester Cristina Machado Ruas, aluna do curso de mestrado do Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz). A pesquisa, com finalidade exclusivamente científica, vai investigar as estratégias comunicativas utilizadas na produção das advertências sanitárias de 2001, 2003 e 2008 e como elas foram absorvidas e apropriadas pela população quando em circulação e consumo. Ressaltamos que, por meio de sua participação, o/a Sr./Sr^a. estará contribuindo para a reflexão sobre os desafios teóricos que a construção das imagens de advertências no Brasil coloca para a reflexão mais ampla sobre as práticas comunicativas da saúde pública.

Sua participação é voluntária, não implica despesa ou envolve remuneração e não implica riscos significativos. Ela se dará por meio de entrevistas realizadas por e-mail ou telefone (no caso de serem gravadas e transcritas poderão ser submetidas à sua conferência, caso deseje).

Os selecionados para serem entrevistados nesta pesquisa são os coordenadores estaduais do Projeto Caminhos do Cuidado. Por possuírem informações relevantes para a pesquisa, que muitas vezes envolvem procedimentos e rotinas de trabalho e de mobilização social, consideramos que não será possível omitir a identidade desses depoentes. Informamos, assim, que, caso o/a Sr./Sr^a. concorde em participar, a sua identidade poderá ser revelada na publicização dos resultados da pesquisa.

Salientamos que, a qualquer momento, o/a Sr./Sr^a. terá o direito de esclarecer dúvidas e obter informações sobre qualquer aspecto referente à pesquisa, assim como interromper a sua participação, sem nenhum prejuízo ou penalidade.

A pesquisadora Ester Cristina Machado Ruas poderá ser encontrada nos telefones (21) 99195.1956 e (21) 99399.2800 ou e-mail: *crisruastb@gmail.com*

Mais informações poderão ser obtidas na Gestão Acadêmica do ICICT/Fiocruz (Avenida Brasil, 4036/sala 210, Mangueiras, RJ; telefones (21) 3882-9033/9063) ou no Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV – cujo contato está citado no rodapé desta página.

Com a aceitação deste TCLE, o/a Sr./Sr^a. assume que tomou conhecimento da finalidade da pesquisa “As Advertências Sanitárias no Maço de Cigarros: Política Pública e Prática Comunicativa do Sistema Único de Saúde”, leu este documento e esclareceu possíveis dúvidas. Confirma, também, que recebeu uma via assinada deste TCLE.

Data: ____/____/____

Assinatura do/a participante

Assinatura da Pesquisadora
Responsável

ANEXO 02

CESSÃO DE DIREITOS DA VEICULAÇÃO DE IMAGEM

CESSÃO DE DIREITOS DA VEICULAÇÃO DE IMAGEM

LICENCIANTE/ NOME:

ENDEREÇO:

ESTADO:

IDENTIDADE:

CPF/MF:

TELEFONE:

EMAIL:

Eu, acima nomeado, autorizo o Projeto Caminhos do Cuidado, que se configura na “Formação de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da saúde da família – saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas”, a captar, fixar, utilizar, transmitir e distribuir minha imagem, voz e demais sinais distintivos de minha personalidade na gravação de obra audiovisual para fins didáticos, de pesquisa e divulgação de conhecimento ou atividades sem quaisquer ônus e restrições, através de qualquer mídia ou formato, sem limitação de tempo ou território para as finalidades determinadas junto ao Projeto Caminhos do Cuidado.

A autorização ora concedida compreende a utilização das imagens e voz captadas, associadas a eventuais interpretações, por meio de gravação do filme em seus subprodutos e material de divulgação e em transmissão deste através de toda e qualquer forma e processo de comunicação e distribuição audiovisual ao público, em qualquer meio ou mídia.

Fica ainda autorizado, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação, não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.

____/ ____/ 2015.

LICENCIANTE:

ANEXO 03
DIÁRIO DE CAMPO

DIÁRIO DE CAMPO

RIO DE JANEIRO (Estudo Piloto)

Quem: O enfermeiro José Carlos Campos (48 anos).

Quando: Dia 04/03/2015, quarta-feira, 14h30m.

Onde: Na sala 6 do Instituto de Psiquiatria da UFRJ/ IPUB, na Urca/RJ.

Por que: Apesar de não ter finalizado, o coordenador do Rio de Janeiro tinha recém-saído do projeto deixando em seu lugar outra profissional. Essa era uma excelente oportunidade de se fazer um piloto resgatando a memória do trabalho por ele realizado e aproveitando a proximidade geográfica.

E-mail: *jocalima@gmail.com*

Mestrado em Enfermagem pela UFRJ, desde 2001 atua no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, é professor no Centro Universitário Serra dos Órgãos e vinculado à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).



Tabaco – Fumante.

Antes de começar a entrevista, José Carlos fumou um cigarro. Fumante desde os 18 anos, gosta de fumar. Disse ser fumante por prazer. “Parei dois anos de fumar na minha vida por decisão. Voltei a fumar recentemente, me senti em recaída. Estar em recaída é aquele que pode voltar a parar de fumar”.

1 - As campanhas do Ministério da Saúde são agressivas e pouco informativas. Tem outras formas de comunicar.

2 - Não. Imagem como pessoa morta, impotente só apavora e potencializa o sentimento de culpa. As empresas de tabaco fizeram isso, criaram uma forma de tapar essa imagem para não vê-la.

3 - Optou pela imagem do ganho com a saúde para apoiar a política antitabagista: Essa imagem me diz muita coisa, fala do prazer, da resistência do jovem que não fuma, ela é mais convidativa. Consigo fazer outras coisas com essa imagem, como colocar o título “assista amanhã à reportagem sobre como parar de fumar”, convidando mais pessoas a lerem a mensagem.

4 - José Carlos registrou que a falta de acesso para o cuidado com o tabagista é o maior entrave: Vou falar como fumante e não com gestor de saúde. Para parar de fumar no SUS, você obrigatoriamente tem de fazer parte de grupo. Quero parar de fumar, mas não falar para outros sobre as minhas questões. Mesmo na cidade do Rio de Janeiro é muito difícil o acesso ao programa para parar de fumar. Conheço alguns lugares vinculados ao programa antitabaco, mas as reuniões ofertadas são totalmente fora da realidade para quem trabalha. Os horários são impossíveis de serem frequentados. Imagino que, se esse trabalho fosse oferecido após as 18h, na Central do Brasil, teria muito mais adesão. Está faltando “a vida como ela é”.

5 - Não, porque ninguém encara o fumo como doença, ainda não confere a noção de doença. O profissional do SUS, quando fala de outras drogas, fala de tudo, menos de cigarro.

RIO GRANDE DO NORTE

Quem: Jorge Luiz de Castro, diretor do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços da Saúde Doutor Manoel da Costa Souza.

Quando: 09/03/2015.

Onde: Av. Almirante Alexandrino de Alencar 1850, Tirol, Natal (RN). CEP: 59015-350.

A entrevista aconteceu na biblioteca, pela manhã. Uma boa entrevista, mais rica, pois traz o território, tornando-a mais humana.

Tels.: (84) 3232-7634 / (84) 8815-5058.

E-mails: cefope@rn.gov.br / jorgecastrorn@hotmail.com

Site: <http://www.cefope.rn.gov.br>

CV: <http://lattes.cnpq.br/2081602144563206>

Graduado em Comunicação Social pela Universidade Potiguar (1999). Atualmente é diretor-geral do Centro de Formação de Pessoal para o Serviço de Saúde (CEFOPE) – Escola Técnica do SUS (ETSUS) da Secretaria de Saúde do Estado do RN. É Apoiador Institucional da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho / Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Ministério da Saúde. Colabora com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte na condição de pesquisador colaborador desde 2005. Na Secretaria Estadual de Saúde, foi Coordenador de Recursos Humanos atuando nas áreas de ensino, pesquisa e gestão. Tem experiência na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Saúde Coletiva.



Tabaco – Ex-fumante (sensibilizado). Queria parar de fumar, mas precisou de apoio de medicamentos ministrados por uma pneumologista, o que o ajudou a parar de fumar em 2012. Tinha vontade de parar, mas não basta ser homem e ter força de vontade para deixar de fumar. Só quando conheci uma pneumologista que trouxe a condição de uma droga, esse novo elemento que foi uma ajuda para além do meu Deus e daqueles que me queriam bem.

Nessa Escola Técnica do SUS não tinha muitos fumantes. Éramos dois ou três que tínhamos que fumar lá fora. Já estávamos nos sentindo incomodados devido a vários elementos associados desse processo dos ambientes que ficaram livres do tabaco, das campanhas que começaram a conscientizar as pessoas a bater mais forte nessa questão. Lembra-se das jaulinhas no aeroporto, que você fumava dentro dela? Fiz isso duas vezes e comecei a me sentir um intruso, um ET isolado dentro de uma câmara. Para mim, vários foram os elementos que começaram a conspirar, teve ainda a questão do meu filho, que era alérgico, e o fumo traz essa condição. Mesmo aquele que não está fumando, tem a segunda pessoa que, apesar de passiva, está sendo prejudicada. Mas foi com a ajuda da Medicina que estou sem fumar desde 2012.

1 - Essa imagem não. Precisa fazer muita coisa ainda, estamos socializando a informação. Começamos a democratizar a ideia de que fumar não é bom. Mas continuamos vendo nossa condição de feto e pessoas que interrompem um ciclo de vida por causa dessa droga.

2 - Não.

3 - Sem dúvida, essa imagem traz o bem-estar de viver, vida com saúde, que é o que queremos promover: saúde. Não queremos olhar para algo que é um ato já definido, como o câncer. Você pode chegar a imagem que não tenha o cigarro, ter essas condições que são muito mais atrativas.

4 - Nunca pensei nessa avaliação. Mas ambas devem ser mais bem direcionadas. É como se ambas não dialogassem diretamente conosco. Não é só o maço de cigarros, não é só a televisão com propaganda de massa, o mais interessante das campanhas é desenvolver espaço onde as pessoas possam conversar. Sabemos do prejuízo do fumo, pessoas amigas nossas já morreram devido aos males do fumo, mas fazemos vista grossa. Alguns deixam de fazer quando já estão acometidos pela doença, talvez parem por esse motivo. Teve momento em que as políticas eram recriminatórias, isso era muito ruim, era como dizer “isso não me pertence”. Queremos dialogar com a imagem da promoção da saúde, imagens que digam que podemos ter um bem, e, se saúde é ausência da doença, porque não fortalecer essa ideia? Devemos abrir fóruns, estabelecer diálogos e não tratar de forma pontual.

5 - Não temos temáticas transversais na ETSUS, mas assim como a saúde Mental, que estava próxima de nós, convivemos com pessoas que são submetidas pelos transtornos mentais, pelos vícios, e não tratávamos esse tema na Escola, o cigarro ainda não está percebido e assimilado como tema transversal. Ele é considerado o vício branco: podemos fumar, apenas não é permitido em ambientes fechados.

Quem: Valéria de Queiroz Diogenes Negreiros, coordenadora estadual do Projeto Caminhos do Cuidado.

Tels.: (83) 3081-3113 / (83) 9991-2039.

E-mail: valeriadnegreiros@gmail.com

CV: <http://lattes.cnpq.br/8243202907220058>

Possui graduação em Serviço Social - Departamento de Serviço Social/UFRN (1987). Atualmente é técnica de nível superior da Secretaria Estadual do RN atuando na área da Saúde Mental principalmente nos seguintes temas: reforma psiquiátrica, redução de danos, crack, álcool e outras drogas, família, organização de serviços e políticas públicas.



Tabaco – Não fumante. “Pelejei”, mas não sou tabagista.

1 - Terror. Imagem horrível, horripilante, me dá mal-estar. Sensação de que ninguém deveria fumar para não acontecer o aborto de um bebê.

2 - Não. O problema não está no meu mundo, e sim no uso dessa pessoa que fumava demais e estava grávida, fumou no início da gravidez. Não é comigo, é com outro.

3 - Ainda acho que é do bem-estar, pela questão que queremos uma vida boa, com qualidade. Se pudesse ter um intermediário, teria. Bem-estar não aconteceria comigo, não terei esse belo companheiro, praia, isso é para rico, é para quem pode. Falta intermediário que possa me dedicar nem com pobre e nem com rico. Sabe Paulo Freire, me aproximar mais da minha realidade para atingir esse bem-estar.

4 - Me sinto tão distante da seara do tabagismo e é saúde mental. É outro mundo. Teve distanciamento das políticas de tabagismo e saúde mental. Na área de saúde mental há muito tabagista, mas no hospital psiquiátrico a paciente não se interna porque fuma demais. Na história de usuário de outras drogas, as políticas se distanciaram apesar do usuário de drogas ser um fumante. Isso afastou as intervenções de saúde mental com o tabaco. Ao mesmo tempo em que afasta, cria possibilidades. Dentro dos CAPs, por exemplo, de tolerar mais o tabaco. Podemos fazer um trabalho sem muito desespero pela abstinência com orientação, pausas maiores. Lembro-me das atividades externas e lúdicas que usávamos no CAPs como estratégia para deixar o cigarro. Dizia para eles, o que acha de levar cigarro pendurado na boca dentro do

parque ou ônibus, no barco, tinha que deixar o cigarro no CAPs e ninguém fumava. Via o cigarro como possibilidade de trabalhar melhor a qualidade de vida voltada para a redução de danos. Apesar da linha de redução de danos também estar no crack, mas tem o desespero para que o paciente largue logo para não morrer, diminuindo o referencial da RD. Um olhar mais tranquilo para o cigarro com a criação de mais possibilidades. E, este crack, crack, crack, o olhar mais desesperador, tem que parar.

5 - Não. Porque a questão imediata é criar um local para fumar, depois ele vem. Não desenvolve um trabalho, e sim um fumódromo, pois não percebemos que a pessoa tem problemas com o uso do tabaco. Se não tiver um programa articulado com atenção básica e o tabagismo, o olhar será apenas para a criação de local para fumar. O tabaco não está sendo visualizado como um problema de saúde grave que deve ser trabalhado junto a outras drogas.

ACRE

Quem: Anna Lucia Leandro de Abreu.

Quando: 13/03/2015.

Onde: Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, BR 364 Km 2 Distrito Industrial, Rio Branco (AC). CEP: 69920-223.

Tels.: (68) 3227-2716 / (68) 3226-7330.

E-mail: escoladesaude.educacao@ac.gov.br

Site: <http://www.idep.ac.gov.br>

CV: <http://lattes.cnpq.br/5547351022810452>

Possui graduação em Letras pela Universidade Federal do Acre (2006). Pós-graduada em Gestão Escolar pela Universidade Gama Filho, Pós-graduada em Financiamento e Elaboração de Projetos da Saúde, Pós-graduada em Gestão na área da Saúde, Pós-graduada em PROEJA-CEFET Amazonas. Mestre em Letras: Linguagem e Identidade – UFAC. Atua na Educação Profissional no Estado do Acre na área de formação de trabalhadores em Saúde no Estado e na Educação Profissional Indígena. Atualmente é coordenadora-geral da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha Também atua na Educação à Distância como tutora presencial no Curso de Gestão Pedagógica da Escola Técnica do SUS pela UFMG. Já foi tutora presencial e à distância pela Universidade Federal do Acre nas disciplinas de Práticas Pedagógicas e Língua Portuguesa no curso de formação de Professores pela Universidade Federal do Acre.



Tabaco – Não fumante. De 40 profissionais, apenas dois fumantes, que fumam fora do ambiente da escola. Formação evangélica.

1 - Impactante porque apenas um cigarro faz isso.

2 - Sim. Deixaria de fumar, com certeza.

3 - Me apoiaria na imagem do feto, pois a imagem “Viver bem é viver com saúde longe do cigarro” não me convenceria, e, conseqüentemente, não me traria impacto. As empresas de tabaco, até pouco tempo, vendiam essa imagem do viver saudável ou másculo era quem fumava Marlboro.

4 - Posso usar o exemplo da saúde mental? Então, todos pensam que saúde mental são pessoas que têm problemas na faculdade mental (esquizofrenia etc.) e não é isso. São aqueles que fazem uso de algum elemento que causa transtorno na psique. O fato de o cigarro causar câncer leva a crer que posso fumar um pouco e depois parar que não vou ter a doença. Mas quando digo que fumar causa problema de saúde mental é mais forte. Mais forte o tabaco estar ligado à saúde mental e não ao câncer. Cigarro é uma droga que muda o comportamento, assim, ser usuário de droga impacta mais. As pessoas com câncer são acolhidas e aquelas que usam drogas, nem sempre. Quem está com câncer tem benefícios, tratamento e quem usa droga é marginalizado pelo sistema.

5 - Não, tabaco ainda não é visto como uma doença, o uso do tabaco não é marginalizado, a pessoa é apenas fumante. O tabaco só vai se tornar um problema para o SUS quando essa pessoa contrair câncer e precisar de tratamentos caros a serem dispensados pelo SUS.

6 - Os educandos, que são a população que atendemos, muitos deles fazem uso do cigarro, muitos profissionais de saúde também, seja como estimulante ou como inibidor de fome. Precisaria trabalhar essa temática nesses processos formativos, mas não temos área específica que trate desse assunto. Sei que existe na Secretaria Estadual de Saúde uma área técnica, mas nunca vi nenhuma ação montada para isso.

Quem: Maria de Nazaré Bezerra Figueiredo, coordenadora estadual.

Tels.: (68) 3226-7330 - ETSUS / (68) 9991-5595.

E-mails: nfigueiredo2007@yahoo.com.br / acre@caminhosdocuidado.org

Graduação em Pedagogia pela Universidade Federal do Acre (UFAC).

CV: <http://lattes.cnpq.br/7331787356142948>



Tabaco – Não fumante. Quando era adolescente achava bonito o jeito de minha mãe fumar. Experimentei e não gostei. Foi minha única tentativa. Formação católica. Depois que tomei contato com o conceito de Redução de Danos, procurei utilizá-lo na vida pessoal, até com meu marido, pedindo para ele evitar beber nos finais de semana.

1 - Imagem forte. Quem continua fumando não tem esclarecimento dos males que o cigarro pode causar.

2 - Me faria pensar duas vezes antes de pegar o cigarro, até porque eu sou mãe. Talvez não fosse forte o bastante para não fumar, mas diminuiria a quantidade.

3 - Optaria pelo feto por impactar mais. Vejo pessoas que compram cigarro pela imagem. Pedem pela imagem e escolhem aquela que talvez provoque menos danos.

4 - Esse é o problema desses programas, pois muitos ficam em caixinhas, desvinculados da realidade. Ele poderia ser inserido em ambos, pois não deixa de estar ligado aos dois. A divisão em departamentos dificulta para quem trabalha na ponta com esses temas.

5 - Não, porque muitos dos nossos profissionais são usuários de cigarro, você vê profissionais de saúde fumando no serviço. Tem de haver mais capacitações, formas diferentes de trabalhar.

TOCANTINS

Quem: Márcia Valéria Ribeiro de Queiroz Santana, diretora da ETSUS (subordinada à SES).

Quando: 16/03/2015.

Onde: Escola Tocantinense de Sistema Único de Saúde - 606 Sul Alameda Portinari APM 07 - Plano Diretor Sul, Palmas (TO). CEP: 77022-062.

Tels.: (63) 3218-6280/6290/6281.

E-mail: etsus@saude.to.gov.br

Site: <http://www.etsus.to.gov.br>

Impressões – Acolhida com disponibilidade de carro institucional para deslocamento, convidaram-me para almoçar com a diretora da ETSUS, uma funcionária acompanhou as externas. Todas se arrumaram para a gravação (roupa e maquiagem) dando uma grande importância ao fato.

Disponibilidade de agenda para a gravação de Auri, agora subsecretária de Saúde, e a tutora Marudiney, agora na Atenção Básica do Estado.

Cirurgiã-dentista. Formação Sanitarista, Odontologia Social. Concurso no município para cirurgiã-dentista. Coordenadora de Saúde Bucal, Saúde do Adolescente, Saúde da Família. Curso de Gestão em Auditoria e Docência. Concurso no Estado como Gestora em Saúde. Gestão de Educação e Saúde em 2012.

Impressões – A Márcia Valéria era da Coordenadoria de Gestão da Educação na Saúde da Escola quando do início do Projeto e a diretora era Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo. Assumiu recentemente. Quando chegamos, Maria Auri, coordenadora estadual do projeto e hoje subsecretária de Saúde do Estado, estava numa sala ao lado da direção. Ficou clara a liderança e força de Maria Auri sobre Márcia Valéria, ficando junto à mesma durante toda a entrevista, que ocorreu em sua sala. Por outro lado, Auri fez questão de se sentar na cadeira nova de Márcia, suntuosa e de couro.



Tabaco – Não fumante. Cinco irmãos e um único fumante, que deixou o fumo por livre e espontânea vontade e hoje é um grande atleta: Eu nunca tive vontade. E depois, você ser da área de saúde bucal e ver nas aulas o estrago que o cigarro pode possibilitar na boca e nos demais órgãos, isso torna mais forte até a incentivar a não fumar ou deixar o fumo.

1 - Muito forte, chocante.

2 - Não, sempre questiono essas imagens, tanto esta quanto a de câncer de pulmão. Eles viram o maço, vi vários falando que é só virar, isso não modifica. O vício é mais forte.

3 - Não sei se mudando a imagem faria algum efeito, mas, de repente, nos cartazes, banner e folder, que é outra maneira de trabalhar, essa imagem do bem-estar traria mais vantagens. Eu tenho intolerância ao cheiro do cigarro, essa imagem traz pessoas próximas, não ser fumante e estar mais próximas das pessoas, elas estão juntas, o contato até da respiração, você ser não fumante e estar mais próxima da pessoa, isso tocaria. Esse lugar bonito, que parece uma praia. Inclusive de saúde, estar dando conta de carregar uma pessoa, de estar correndo, se divertindo. Eu penso muito no meu irmão, pois se ele estivesse fumando até hoje, provavelmente não seria esse atleta e essa figura não me remeteria a ele em nenhum momento.

4 - A vantagem não é que todos os fumantes vão ter câncer, mas vai ter um grande número e vai mostrar que o fumo é um dos fatores contagiantes. A desvantagem acaba deixando de tratá-lo como usuário de uma droga. A gente percebe que o usuário de drogas tem uma política e que, se você não trata aqui, não adianta lá, só na consequência. Os dois setores deveriam trabalhar em conjunto. Não só trabalhar a consequência, que é a doença, mas tem a prevenção, que é a redução desse dano.

5 - Não, porque se pensarmos em todos os membros de uma equipe em todas as unidades de saúde, ele não vai acessar o ordenador do cuidado, que é a atenção primária, ele vai acessar também o hospital por uma perna quebrada, não pelo fumo. Enquanto tivermos profissionais que chamam essa pessoa que chega ao serviço de saúde de doente, foi o que ouvi semana passada num hospital em TO que tivemos com todas as especialidades e todos chamam o paciente de doente. Porque o doente saiu, operei o doente.... Isso me chocou tanto. Como vamos conseguir que a atenção primária seja ordenadora do cuidado e encaminhe para os outros pontos de toda a rede, se ainda temos muitos profissionais que acham que a pessoa está ali por ser doente. Ele não vai olhar para este fumante e sim para a perna quebrada.

Quem: Maria Auri Gonçalves, coordenadora estadual do Tocantins.

Tel.: (63) 8415-9057.

E-mails: caminhosdocuidado.etsus@gmail.com / aurigoncalves67@gmail.com

CV: <http://lattes.cnpq.br/5669149851335137>

Possui graduação em Licenciatura Plena em História pela Fundação Universidade Federal do Tocantins. Especialista em Saúde Pública pela ENSP. Atualmente é efetiva no Cargo de Executiva em Saúde pela Secretaria de Estado da Saúde.



Tabaco – Ex-fumante. Fumei dos 12 aos 27 anos e estou com 48. Onda da juventude, era bacana acender cigarro nos anos 70, você era um jovem diferente. Parei porque estava me fazendo mal, não gostava do cheiro, fedia muito, aquela coisa de nunca ficar sem o cigarro. A religião teve um papel muito importante, pois naquela época eu não acreditava em nada e as pessoas me diziam “Deus vai ajudar se você pedir a ele”. Fiz um desafio: Se Você existe mesmo, então me ajuda, eu não quero mais usar isso. Foi muita força de vontade. O organismo.... É químico mesmo, eu sonhava que estava fumando, eu acordava e achava que tinha voltado a fumar, mas, de fato, ao acordar via que era um sonho, isso estava na química, no físico. Fui e larguei. Não tem fumante na Secretaria de Estado onde trabalho hoje e na Escola só tem um. Acho que a própria condição hoje do cigarro, de ser fumante, ela te inibe, tem conhecido meu que diz que só sente vontade de fumar ao ar livre, pois hoje não pode pensar em cigarro em ambiente fechado. Não fumar na maioria dos locais te inibe.

1 - Repulsa, repulsa. De pensar que a pessoa, de forma consciente talvez não, por falta de controle, faz isso.

2 - Não, não fariam, o vício é mais forte que esta imagem.

3 - A imagem do feto é agressiva, mas para quem é fumante dependente ela não faz você retroceder. Mas a imagem do bem-estar, da coisa saudável, de estar junto, de poder correr, pois fumante não corre, ela tem mais a ver, ela toca mais. Os anos de vida perdidos que você está se propondo e não de uma possibilidade, apesar de ser agressiva.

4 - Eu acho que teria mais resultado. O câncer é resultado, se você está fumando, a consequência é ter câncer, mas se você trata essa doença como dependência igual a qualquer outra droga teria mais resultado do que vincular. Você vê pessoas que fumam a vida inteira e não têm câncer. Pode ser que venha a desenvolver. Você não vincula a questão se fumar vai ter câncer. Tem que buscar nas pessoas o desejo de não chegar ao ponto de ter um câncer, mas descobrir que você é dependente químico, dependente da nicotina e que você pode vencer esse vício construindo outros caminhos, outras formas. Durante a vida toda você vai reconstruindo caminhos e você faz a opção. Quando você resolve acender um cigarro está fazendo uma opção, consciente ou por forma de dependência é um caminho e você precisa depois voltar para caminho diferente, e, para reconstruir esse novo caminho, você precisa ter um foco e essa questão de vincular à doença não é o melhor caminho. Vai ser tratado como doença e doente.

5 - Nem o fumante e nenhum outro dependente. Você vê no dia a dia. No projeto, tinha o caso do Wesley, que morava no carro, e a gente via alguns depoimentos de alunos que o médico não quer nem ouvir, ele diz que não pode fazer por aquela pessoa. O que mudou no projeto foi que a gente diz agora para o médico: “você pode sim, você pode ouvir, vai ser uma decisão dele sair e você ouvir faz a diferença”. Essa foi a grande mudança do processo de trabalho dos agentes após o curso. Precisa de os profissionais de saúde terem esse tipo de esclarecimento do acolher, a formação médica muito cartesiana tira essa visão do ser humano como ser social, do ser completo, como um todo, você vê ele aos pedacinhos. A pessoa que chega com o vício, já está toda fragmentada e o médico não consegue ter essa visão. Porque, infelizmente, é o pensamento da Saúde da Família, mas o processo de formação do médico não dá oportunidade para isso, pois lá você estuda a perna, o pulmão, o braço, tudo separado e você não consegue em nenhum momento juntar o ser humano. Na hora de você atendê-lo, ele é um ser social. Por que você é dependente da droga, o que está acontecendo.

Quem: Marudiney Brasil César Rodrigues, tutora do projeto Caminhos do Cuidado, em Tocantins.

Tel.: (63) 9238-0010.

E-mail: *marudineybrasil@gmail.com*

Enfermeira especialista em apoio institucional.

Caminhos do Cuidado – Primeira tutora a ser entrevistada por indicação da coordenadora estadual, destacando o trabalho dela na área de difícil acesso denominada Jalapão.



Tabaco – Não fumante: Os usuários fumam muito como válvula de escape, segura a ansiedade.

1 - Nossa, de choque total. Sou mãe, não consigo entender esse tipo de coisa. É uma vida, não consigo nem ficar olhando esta imagem.

2 - Acho que não, infelizmente. Eu tinha uma percepção de que imagens chocantes seriam suficientes para barrar uma vontade química. Isso antes de fazer o curso Caminhos do Cuidado. Depois que me aprofundei mais no estudo de que o desejo químico, o que faz no organismo, não consegue se controlar mesmo diante de imagens como esta.

3 - Talvez mais com a imagem do prazer. Cada pessoa se afeta de uma forma. Preferi fazer reflexão em cima do bem-estar. Quando olho para a imagem do feto fico tentando desviar o olhar o máximo que posso, você chega em qualquer lugar, no caixa de uma panificadora, que tem essa imagem grande e desvia o olho na hora porque não quer olhar isso, tem outras muito ruins. Eu faria uma reflexão em cima da imagem do viver bem, o que isso poderia me proporcionar.

4 - Não é bacana, não é legal, talvez essa não fosse a linha mesmo. Tem que ser abordado na saúde mental sim. Tive vários relatos de agentes comunitários que trouxeram muitas experiências de fumantes e tivemos a oportunidade de trabalhar muito, em fazer redução de danos contra o cigarro, para os fumantes também. E redução de danos a gente não está falando de câncer e nem de uma doença crônica, e sim de uma dependência química e acho que tem de ser totalmente relacionado com a saúde mental.

5 - Talvez agora um pouco mais na abordagem da redução de danos, mas deveria fazer um trabalho mais profundo e direcionado para esses profissionais. O atendimento só quando tem o programa antitabagista com pequenos grupos, quando o município tem esse trabalho, a atenção básica se envolve, mas quando não tem passa despercebido. A não ser que o cigarro esteja causando uma doença, mas no sentido de prevenção é muito incipiente, poderia fazer trabalho melhor, trabalhar com promoção da saúde, redução de danos no território, trabalhar nas escolas. Grande maioria dos municípios tem trabalho nas escolas, já que o tabaco alcança as pessoas mais jovens.

Marudiney contou um caso muito interessante relatado pela tutora Patrícia sobre a usuária de crack Karina, que foi acolhida por ACS após o curso e hoje ela teve o filho e saiu do tráfico.

ESPÍRITO SANTO

Quem: Elzimar Evangelista Peixoto Pinto, coordenadora estadual.

Tel.: (27) 99971-2722.

E-mail: elzimarpeixoto@gmail.com

Quando: 25/3/2015.

Onde: ETSUS Vitória, Rua Maria de Lourdes Garcia, 474, Ilha de Santa Maria (ES).

Tel.: (27) 3132-5194.

CV: <http://lattes.cnpq.br/9951552089896145>

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1991), especialização em Saúde da Família pela Fundação Oswaldo Cruz (2004), especialização em Intervenção Sistêmica com Famílias pelas Faculdades Integradas de Vitória (2005), especialização em Gestão Pedagógica nas ETSUS pela Universidade Federal de Minas Gerais (2013), especialização em Processos Educacionais pelo Instituto de Ensino e Pesquisa/ Hospital Sírio-Libanês (2013) e Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2008). Atualmente é Psicóloga da Prefeitura Municipal de Vitória e Coordenação ES – Projeto Caminhos do Cuidado da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde. Tem experiência na área de Psicologia com ênfase em Psicologia Social.

Impressões – Escola do município de Vitória, com instalações impecáveis em prédio recém-comprado, recém-incorporada à RETSUS, sendo o Caminhos de Cuidado o primeiro projeto da escola fora dos limites da cidade. O número total de trabalhadores do SUS de Vitória é 3.000, e a escola capacitou 5.000 ACS do Estado. Foi um grande *marketing* para eles. Grupo multiprofissional entusiasta que começou como departamento e chegou a ETSUS. Incorporou a tecnologia de formação de tutores do projeto e tem interesse em fazer pesquisa de avaliação. Já estão programando outros cursos de capacitação.



Tabaco – Não fumante: Até tentei na infância, no interior de Minas, em Barão de Cocais. Roubava cigarro do irmão de uma colega para fumar, subia na árvore mais alta do quintal, mas engasgava sempre. Tinha o caráter de uma grande aventura. Nos serviços de saúde, os usuários

fumam muito, mas isso vem diminuindo desde 98 quando eu trabalhava na unidade básica. Lembro que tivemos que fazer um fumódromo, mas isso acabou. No CAPS isso é mais forte.

1 - Me incomoda, dor, sofrimento.

2 - Não, ela é muito distante. A mim parece dor, sofrimento, mas é distante.

3 - A do bem-estar me toca muito mais. A ideia para ser feliz, saudável, ter uma relação bacana, o cigarro estaria excluído. Ser saudável para correr na praia, para brincar me toca mais que a outra. A outra me traz afastamento, eu olho dor, sofrimento e esqueço. A outra, não, me dá vontade de olhar, pensar, nossa, isso eu quero.

4 - Quando começa o combate 'por' as pessoas adoecerem por causa do cigarro. Não tem como desvincular, mas não é suficiente para que mude um comportamento. Se descobrir que tenho câncer, vou ficar mais atenta, mas hoje não tenho essa relação com a doença, e sim com uma vida alegre, saudável e feliz, o que me toca mais, mas não podemos excluir que a consequência do uso do tabaco, além de não ter energia, é também uma doença. Não tem que excluir, mas não é o foco principal para mudança de comportamento.

5 - Tem uma preocupação grande, tem uma formação seguindo moldes do Ministério da Saúde com curso de formação da equipe básica e avançada para lidar com o cigarro para que todos os profissionais da unidade de saúde possam abordar aquele fumante, dizer "se você quiser parar de fumar, tem um programa", tem essa preocupação. Esse curso vem como proposta do MS, temos referência técnica do tabagismo junto ao técnico da escola que organiza esse curso. Estamos fazendo proposta de reorganização, pois o modelo do MS é quadrado, adequar à nossa realidade.

Quem: Regina Célia Diniz Werner, diretora da ETSUS de Vitória.

CV: <http://lattes.cnpq.br/0324740044769743>

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1988) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (2006). Atualmente é enfermeira da Prefeitura Municipal de Vitória, Secretária Municipal de Saúde, ETSUS-Vitória, enfermeira instrutora do Centro Universitário São Camilo Unidade Vitória (ES). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: *home care*, epidemiologia, distúrbio do padrão do sono, vigilância em saúde e atenção primária à saúde.



Tabaco – Não fumante. Formação evangélica. Os serviços de saúde fumam muito, colega enfermeiro, na faculdade, cheiro de cigarro me causou náusea, sempre procurava me afastar do cigarro. Tenho formação evangélica, tínhamos entendimento de que cigarro não fazia bem à saúde, e princípio de conduta. Tenho 25 anos de formada e continuam fumantes até hoje odontólogos, médicos, enfermeiros.

1- Nossa, Deus! Sinto um misto de tristeza e desespero. É uma vida perdida e somos formados para salvar vidas, não perder vidas. Tristeza.

2 - Eu olhando para esta imagem, está mais ligada a aborto do que a tabaco.

3 - Esta causa mais impacto, a Vítima deste Produto. O bem-estar me passa saudável, mas não do cigarro, pode ser esporte, lazer, alimentação. A outra me chama mais atenção ao malefício do produto do que a que está dizendo que vou ter uma vida mais saudável se não fumar.

4 - Talvez estando ligada ao câncer, que ainda é sinônimo de morte, causa mais impacto do que a questão da droga. Quando fala de droga, pensa na ilícita; como é lícita, ela acaba não sendo associada a drogas, como o álcool, então, está mais ligada ao adoecimento pelo uso dela. O câncer vem sendo mais propagado e midiático e o impacto é maior.

5 - Aqui em Vitória, ofertamos dois cursos sobre tabagismo, básico e avançado, por vários anos. Ano passado não os oferecemos pois já tínhamos capacitado toda a rede. Pedimos que fizessem um levantamento de quantos já estão capacitados e onde estão atualmente, porque a nossa intenção é formar os grupos multiprofissionais nas unidades para que eles possam acolher os

profissionais e os usuários e formar o grupo de apoio para que a rede tenha tabaco zero. Fumar na rua apenas. Há uma conscientização no município a respeito do tabaco. Estamos querendo reformular o curso para que possa ter maior adesão e não seja mais um curso para adquirir o certificado. Como podemos formar as pessoas para que elas voltem às unidades para dar conta desses grupos de apoio para que haja redução do tabaco. Temos uma referência, uma área técnica dentro da gestão de saúde e temos técnica na escola que dá apoio a essa gerência. Inclusive essas questões não estão relacionadas à saúde mental, e sim, à saúde do adulto (ciclo de vida), que cuida da política do tabaco. Vamos avançar nessa discussão, vamos para as escolas ampliar nossa abordagem, vamos formar nossos professores.

ALAGOAS

Quem: Janaína Duarte Andrade, diretora.

Quando: 31/03/2015.

Onde: Escola Técnica de Saúde Prof.^a Valéria Hora, ETSAL, Rua Pedro Monteiro, 347 - Centro, Maceió (AL) - CEP: 57020-380.

Tels.: (82) 3315-3392 / 33153390.

E-mail: etsal@etsal.com.br

Site: <http://www.etsal.com.br>

CV: <http://lattes.cnpq.br/1119022430812149>

Impressões – Como em todas as viagens, procuramos chegar um dia antes para evitar imprevistos. No dia 31, às 9h, lá estávamos. Tinha uma expectativa positiva quanto à coordenadora por ser da área de saúde mental e coletiva. A macrorregional Kaciely me adiantou que a comissão estadual pretendia fazer uma ação interessante no território. Quando cheguei na Escola lembrei que lá já tinha ido para dar início ao projeto e a diretora estava assumindo na época. Mas as entrevistas não evoluíram. A diretora abriu as portas da Escola, mas não teve um envolvimento maior, a coordenadora não era da escola, mas tinha acabado de fazer um concurso e seria chamada para a ETSUS. Sua fala trazia discursos acadêmicos, de ativista, mas, de fato, não trazia a prática do território. Como a macro pediu, convidou a Socorro, enfermeira que integrava o comitê local, uma mulher precursora do SUS que trazia uma forte atuação na ponta. Ela fez um trabalho de sensibilização indo a cada unidade e chamando para o curso (essa foi a grande sacada). O mesmo ocorreu em Sergipe. Eles fizeram um questionário e gostariam de realizar uma oficina de avaliação. A coordenadora gostaria que ouvíssemos o relato de duas agentes e nos levou na unidade em que elas estavam atuando.

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Alagoas (1998) e especialização em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (2001) e em Gestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (2010). Foi professora de graduação em Odontologia do Centro de Estudos Superiores de Maceió – CESMAC (2002-2007). Atualmente é cirurgiã-dentista concursada da Secretaria Municipal de Saúde e da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, onde exerce o cargo de direção da Unidade de Ensino Profissionalizante (ETSUS-AL). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente em Educação Permanente em Saúde, Humanização e Formação Profissional em Saúde para o SUS.



Tabaco – Não fumante.

Vem sendo negligenciada há um tempo. Parou de falar de tabaco, não entra mais dentro do diálogo dos prejuízos do cigarro, apesar de ter diminuído. Quando entrei para a Escola estava tendo uma campanha antitabaco com depoimentos de funcionários, inclusive o da gerente, que dizia como foi prejudicial para ela, na vida dela. Ela usava como amuleto psicológico para camuflar a ansiedade. Muitas pessoas, diante desse diálogo, pararam de fumar dentro da instituição. De 2013 para cá, não tenho visto tantas campanhas, apesar de ter percebido que, de uns 15 anos para cá, vem diminuindo, a geração nova já fuma menos, na minha geração era até chique fumar ou super legal. Apesar de que tenho irmã médica que fuma, pai fumante que teve câncer. Ele lutou para parar e não conseguiu e ela tenta. O diálogo, a campanha, reforço positivo, ela quer parar, mas precisa de estímulo de várias frentes para conseguir.

1 - É um fato, é uma questão delicada e complicada, várias situações, parto prematuro, câncer, diante de tal relevância não se discute com veemência a campanha.

3 - Me apoiaria em ambas, cada pessoa apreende de uma forma. Algumas pessoas pelo lado positivo se estimulam e outras precisam de maior sensibilização, contundência, de mostrar as consequências, a relação causa e efeito do cigarro.

4 - Seria interessante tal como o CC este caminho ir se estreitando e desenvolver estratégias de parceria e entrelaçamento, ter a perspectiva de interagir de alguma forma.

5 - Viver mais o tema, através de problematização, trabalhar de forma mais contundente, não tenho conhecimento de uma ação no estado.

Quem: Emilene Andrada Donato, coordenadora estadual.

CV: <http://lattes.cnpq.br/6096438159499991>

Impressões – Esperava uma bela entrevista pelo perfil profissional da coordenadora, que é mestre em Saúde Pública pela Fiocruz/PE, onde se especializou em Saúde Pública e com especialização em Saúde Mental pela Universidade de PE.

Pude constatar em campo que o perfil acadêmico não se traduz na oratória no território. Repetindo jargões e terminologias da área de estudo, via-se a preocupação de repassar informações tendo como local de fala o mundo acadêmico, não conseguindo passar com clareza como foi a prática no campo.

Emilene foi docente no curso do programa Crack é Possível Vencer desenvolvido pelo Ministério da Justiça dirigido aos policiais. Mostrou o material pedagógico (livro). Essas duas ações nunca conversaram, não há um diálogo entre as capacitações do mesmo programa.

Eles têm expectativa de que junto aos gestores consigam desenvolver uma avaliação do projeto repassando questionário (cópia em anexo) que possa fazer levantamento de informação sobre como tem se dado esse trabalho a partir dos caminhos.



Tabaco – Não fumante: Já experimentei por curiosidade, mas não me apeteceu, minha relação com o tabaco não era de nenhuma identificação próxima, nem familiar, nem o gosto. Não me tocou por não fazer nenhum sentido.

A depender do local do serviço de saúde mental percebo que há possibilidade de ser mais nocivo e danoso do que outro. Nos CAPS temos cigarro comercial, filtro. Mas no hospital psiquiátrico Colônia Vicente Barros, de Barreiras, em Pernambuco, é papel ofício e fumo direto, não existe o cuidado com o paciente, de reduzir os danos da saúde física deles, e isso é legitimado pela própria gestão. Até bem pouco tempo, os recursos que chegavam ao hospital eram distribuídos nesses saquinhos de fumo, só recentemente essa ação foi finalizada. Mas, no bojo das discussões das políticas públicas, essa discussão não tem se responsabilizado ou bancado esse tipo de cigarro, mas, em compensação, se omite. Esse hospital é aberto, já avançou nesse sentido, já tem interação com a comunidade, mas tem que avançar mais ainda. Sou idealista, conseguiremos, apesar do cansaço.

1 - Chocante. Tristeza.

2 - Não. O ato de fumar está atravessado por processos consciente e inconscientemente. Conscientemente, apesar de ser uma imagem chocante, mas o que move as pessoas a pegar o cigarro, algum suporte, não vai dar conta, porque há a questão física da própria dependência do organismo, como também psicológica.

3 - Não seria também ideal a do bem-estar, ainda que mobilize sentimentos mais positivos de saúde e de alegria, mas não dá conta que o aspecto de saúde seja esse.

4 - Acho preocupante, precisa desse cuidado de macro e micropolítica dos serviços e isso é conseguido a partir das políticas públicas. Isolar enquanto doença e reforçar isso num signo de um hospital ou um espaço apenas para tratamento curativo não abrangem a prevenção e promoção de interferir nesse processo de interrupção do uso e abuso da dependência do cigarro. É preciso estar também em outras formas, em outros serviços de políticas mais efetivas da saúde mental por ser uma substância psicoativa e interferir no sistema nervoso central, além de demandar processos de subjetivação que a saúde mental junto com a atenção básica vai poder abordar no cuidado mais integral.

5 - Não. A depender da equipe, muito centrada no profissional, se desenvolveu qualificação, preocupação e pensamento mais tolerante, e, para lidar com as questões da droga, isso pode funcionar. Mas nem todo serviço lida bem com o fato das drogas no serviço. Aí perpassa a percepção moral e conservadora de não tolerância ao diferente e às necessidades daquelas pessoas. Por exemplo, no CAPS/AD de Maceió, ele adverte, suspende e expulsa caso utilizem qualquer droga, tabaco no serviço. Não há uma relação de maneira mais acessível, mais clara, oferta de cursos. A mentalidade precisa estar sendo trabalhada continuamente para que essa relação se dê de maneira melhor.

Quem: Maria do Socorro França da Silva Rocha, enfermeira que integra o Colegiado Estadual representante da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde.

Eles tiveram grande dificuldade de conseguir as listas dos agentes, principalmente na capital. Depois de três meses investindo em contatos com as gestões, foi de grande valia o trabalho do colegiado. Quem relata é a enfermeira Maria do Socorro, que, através de contato pessoal, indo a cada unidade, sensibilizando os agentes através da comunicação oral, conseguiu arregimentar todos os agentes de Maceió. Aprendi que não existe demanda espontânea, a demanda não vem: você vai até a demanda. Ia com a lista na mão e atualizava unidade a unidade.

Impressões – Fomos gravar na unidade de saúde com as agentes comunitárias de saúde Monica Socorro de Oliveira Marinho e Maricleide dos Santos. Fomos até o bairro Paulo Oliveira Costa, na Vila Redenção, no Bolão, para gravar o relato das duas agentes que fizeram um trabalho de acolhimento de usuárias que faziam uso abusivo de drogas e se prostituíam. A unidade em que trabalhavam não existe mais, elas foram transferidas para uma unidade assistencial docente, ligada a uma universidade estadual, e a zona foi queimada. O fato é que elas conseguiram tirar uma das usuárias da droga e da prostituição pós-capacitação (escutar áudio). A Mônica, muito bem preparada, está para se formar em enfermagem e articulada politicamente, principalmente no que diz respeito ao papel do ACS. Com menos experiência, a Maricleide também deu seu relato.



SERGIPE

Quem: Alessandro Augusto Soledade Reis, diretor da Escola Técnica de Saúde – ETSUS/FUNESA.

Quando: 01/04/2015.

Onde: Escola Técnica de Saúde – ETSUS/FUNESA, na Travessa Basílio Rocha, 33, Bairro Getúlio Vargas, Aracaju (SE).

CV: <http://lattes.cnpq.br/7599792488550549>

Impressões – Pegamos um ônibus de Maceió para Aracaju. Chegamos tarde da noite e, no dia seguinte pela manhã, esperamos o motorista disponibilizado pela Escola, que funciona na Fundação Estadual de Saúde responsável pela educação permanente. Quem nos recebeu foi uma orientadora, hoje responsável pelo Telessaúde, e lá já estavam nos esperando duas agentes comunitárias para dar os seus relatos a convite da orientadora Rosiane. Essas duas agentes fazem hoje o curso de educação permanente em movimento. Bem organizados e focados, quando chegamos já havia uma sala à disposição com café, água e biscoitos. Entrevistamos as duas agentes, a primeira orientadora, o diretor da escola que estava chegando do Rio, onde cursa mestrado profissional na Escola Politécnica da Fiocruz, e a coordenadora, que chegou no final.

Graduado em Psicologia pela Faculdade Pio X, mestrando em Educação Profissional em Saúde (EPSJV), especialista em Gestão de Saúde Pública e da Família (FANESE-SE), especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (UFRN). Atualmente é coordenador da Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe - ETSUS/SE, vinculada à Fundação Estadual da Saúde – FUNESA. Articulado, com discurso politizado, Alessandro estava preocupado porque, com a mudança do governo, a Escola a que estava ligada a Fundação de Saúde iria passar à gestão da Fundação Hospitalar gerando perda para a autonomia da gestão.



Tabaco – Não é fumante: No serviço tenho funcionários que fumam muito lá fora.

1 - Choca. Fico estarecido. E é isso que acontece. É uma pena que as pessoas não deem atenção ao que chega de informação. Meu sogro fuma como a caipora. Isso vem nas carteiras de cigarro

como uma tentativa, um apelo. Uma política pensada nesse sentido. E ele cobre para não ver essa imagem.

2 - Não. Agora, se fosse fumante, olhava cinco minutos e depois vinha a minha fissura e voltaria a fumar. Talvez pensasse, depois do cigarro, que podia ser aquele bebê e pegaria outro cigarro, pois aumentaria minha ansiedade.

3 - Nem sei te dizer. Antigamente, propaganda de cigarro era nesse sentido, subindo rio, aventura. Poderia dizer que é complexo lidar com imagem e lidar com subjetividade e desejos. Quando olhei, achei que era propaganda de cigarro. Pode significar para mim, mas para a maioria pode não significar. Deveria fazer uma pesquisa para levantar opiniões. A do bebê é forte, mas gera violência e a tendência de bloquear a imagem.

4 - Boa pergunta. Poderia ser associado às duas práticas, pensar propostas de unir as duas. Trabalhando a parte somática, orgânica, que é importante. Quando chega a descobrir que está com câncer é porque tem processo que está instalado há muito tempo. Que processo é esse, o que leva a pessoa a estar com cigarro a satisfazer, diminuir a sua ansiedade quando coloca a nicotina para dentro. Um princípio ativo deve ter no cigarro que favorece isso, além da nicotina. Deveria ter associada junto ao INCA uma pesquisa direcionada para área de saber o que está associado. Procuramos trabalhar isso no CAPS, na saúde mental, pesquisar o que está associado na cabeça do sujeito, aquilo que dá prazer, que dá satisfação e poderia ser substituído.

5 - Eu acredito que não. Há dois anos, quando a política veio com maior força no município, conseguimos montar um centro de referência na rede com dispensação de medicamentos. Trouxemos essa discussão no projeto saúde nas escolas, discutindo com os alunos. Uma proposta seria trazer essa informação mais antecipada para esse público, a maioria é adolescente, começa cada vez mais cedo, com 9 anos já fumam. Começar antecipado, sensibilizar essa parcela a pensar que está fazendo o uso, mas que saiba das consequências.

Quem: Beatriz Cristina Gomes dos Santos, coordenadora estadual.

E-mails: beatriz.funesa.se@gmail.com / sergipecaminhosdocuidado@gmail.com
sergipe@caminhosdocuidado.org

Tel.: (69) 9282-5768.

CV: <http://lattes.cnpq.br/6043497631756906>

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe (2004). Atualmente é coordenadora do projeto Caminhos do Cuidado, em Sergipe, na Escola Técnica do SUS, através da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA). Concludente na Especialização de Gestão de Saúde Coletiva e da Família pela Faculdade de Negócio de Sergipe (FANESE). Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Impressões – Devido à mudança na ETSUS, que tinha acabado de sair da Fundação de Saúde, Beatriz estava ressentida por ter que sair da Escola e voltar para a saúde mental, no CAPS, gerando perda financeira. Não estava à vontade dentro da Escola, mas de bom grado lá estava com os olhos brilhando quando falava do projeto. Mas quem me recebeu de fato foi a orientadora Rosiane.



Tabaco – Não fumante: Os usuários fumam muito por ansiedade. Sempre verifico que eles estão muito ansiosos e fazem cigarro que compram no pacote, larga um cigarro e vai para outro andando sem parar.

1 - Tristeza.

2 - Não. Porque essas imagens já circulam por muito e muito tempo. Meu público de usuário não compra carteira, compra de pacotinho por não ter condições. Pode vir a sensibilizar as pessoas, mas não acredito que deixem de fumar por causa da imagem, pois o acesso não é de todos e nem para todos.

3 - A mensagem de ficar longe do cigarro não é boa. Tudo que taxamos não é bom. Se for para escolher, seria a do feto porque você está vendo de fato o que acontece com o uso do tabaco. O taxativo afasta a pessoa, mas não do cigarro. A imagem do feto afetaria mais.

4 - Não tinha observado isso até então. Uma vantagem pode até ter, não sei quantos morrem e quantos se viciam. Na saúde mental teria vantagem maior que estar vinculado ao câncer.

5 - Não, em sua maioria. Por onde passei ouvi o senso comum, o que aprendia dentro de casa, uma política de taxar. Você não pode fumar. Sempre a política do não, não pode, não deve. As capacitações não têm esse tipo de abordagem para os usuários, muito em cima do senso comum.

Quem: Rosiane Azevedo da Silva Cerqueira, orientadora.

E-mail: rosianecerqueira@gmail.com

CV: <http://lattes.cnpq.br/0702451141958124>

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe (2004). Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Sergipe (2006). Atuou como coordenadora de Saúde Bucal do Estado de Sergipe e como coordenadora dos Centros de Especialidades Odontológicas de Gestão Estadual vinculados à FUNESA/SES. Atualmente coordena o Núcleo Técnico-Científico Telessaúde, em Sergipe.

Impressões – Rosiane assumiu na Escola a Gerência do Telessaúde. Tem prática com ferramentas na web, o que facilitou o trabalho com a comunidade. Muito organizada, preparou a nossa chegada com sala, equipamento, ar-refrigerado, água, café, bolachas e a presença de duas agentes de saúde para registrar o relato. Hoje está no curso de educação permanente na escola, tendo a Rosiane como mestre. Eles têm vontade de fazer uma mostra, pois não fechou o ciclo para os alunos. Fez um trabalho presencial com os tutores.



Tabaco – Não fumante: Já traguei um cigarro de bali por curiosidade e a sensação foi péssima. Não gostava do cheiro e traguei para mostrar a meu marido que o cheiro era ruim. Ele parou de fumar mais tarde. Eu sou muito crítica do uso de cigarro. Aqui na escola só tem dois fumantes, tem diminuído nas unidades, na SMS tinha em maior número e mais velhos.

- 1 - Tristeza, temor, cena forte e violenta, me sinto triste de ver um feto nessa condição.
- 2 - Não. Não o fumante, o não fumante. Isto está mais relacionado à mulher, a gestante ia se sensibilizar, não é todo sujeito que seria afetado. Mas na vivência da mulher...
- 3 - Está comunicada mais. Traz o universo na promoção da qualidade de vida. O mundo reflete sobre a qualidade de vida, hábitos saudáveis com esporte. O cigarro, o álcool, uma consciência de beber e não dirigir comunica mais, traz conscientização do ser saudável.
- 4 - Pensar nas duas possibilidades. O INCA tem *expertise* no cuidado para crônicos, mas tem que pensar política de promoção e quem agrega esse debate são a Saúde Mental e a Atenção

Básica. Trazer para dentro da Atenção Básica essa política do antitabagismo como lugar de cuidar das pessoas, promoção de vida, de sentido. Quem promove o sentido é estratégico, estratégico como interface com o território criando vínculo pela aproximação com as pessoas. Não adianta fazer políticas intervencionistas e proibicionistas. A intenção é promoção de saúde, como a atividade física, a atividade de pensar essas políticas é na Atenção Básica. E pensar o INCA como lugar potencializador do cuidado, de estar construindo e dando suporte à essa rede, nessa perspectiva.

5 - Não. Acho que o processo de formação do SUS ainda é muito na ótica do proibicionismo, achar que manipulamos a vida das pessoas. Tem de ter debate dentro da proposta do cuidar, respeitar o desejo. Não vejo esse debate em Sergipe. Sei que tem um trabalho atuante de antitabagismo, muito cuidadoso e bem feito, mas está dentro do Hospital Universitário, um lugar de cuidado, um lugar de referência do cuidado. Tem de ter mecanismos de transversalizar para dentro da rede de Atenção Básica, mas esses caminhos ainda são pequenos, poucos são os debates para dentro da AB sobre a atuação antitabagista. O tema de uso de drogas na potencialidade, que foi o projeto Caminhos do Cuidado não traz a dimensão do tabaco. O que traz ainda é muito expositivo, não acontece um debate reflexivo de formação para os outros membros da equipe, isso é importante. Por mais que ACS e Atenfs reverberem, movimentem e provoquem os outros atores, precisam dotar esses outros atores de segurança na condução do cuidado e aporte para eles também, como fizemos com os outros.

Impressões – Muito politizada, há tempos com ACS, quando soube do curso pensou.... Lá vem mais uma atribuição. Ao ver o nome, brincou que poderia ser um curso que iria cuidar do ACS e, ao final, viu que de fato foi, pois deu ferramentas para atuar no cuidado com a comunidade. Fez um acolhimento com café da manhã no bar próximo à unidade.

RIO GRANDE DO SUL

Quem: Naia Cloe Aenlhe Corrêa, coordenadora estadual.

Tels.: (51) 8476-3947 / (51) 3901-1506.

E-mail: *riograndedosul@caminhosdocuidado.org*

Quando: 08/04/2015.

Onde: Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, na Rua Nelson Duarte Brochado, 9, Partenon, Porto Alegre (RS). CEP: 90610-090.

Telefone: (51) 3901-1508.

E-mail: *etsus@saude.rs.gov.br*

CV: <http://lattes.cnpq.br/0318763272691326>

Impressões – A Escola estava passando por transformação política, as duas diretoras exerciam política partidária, motivo para a indicação do cargo de partidos contrários. A Naia, que terminava o contrato com o projeto (indicada pela diretora anterior, Waleska), acabara de receber convite para integrar a equipe da nova direção, composta por Terezinha Valduga (candidata a deputada federal) e a vice Estela, ambas enfermeiras da rede privada. Assim, Naia estava numa saia justa, mas com abertura nas duas direções, por isso, tivemos que entrevistar a diretora atual, mesmo conhecendo naquele dia o projeto, e conseguimos, por intermédio de Naia, a presença no dia seguinte da diretora antiga, que acompanhou o projeto.

Graduada em Letras - Língua Portuguesa pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1978). Coursou Especialização em Administração e Planejamento para Docentes pela Universidade Luterana do Brasil (RS) – ULBRA, e Especialização em Gestão Pedagógica para Escolas Técnicas do SUS pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública.

Impressões – Muito segura e com domínio sobre as suas conduções, levou o projeto com muita destreza. O facilitador é que o RS tem 19 núcleos de saúde ligados à escola, instâncias administrativas regionais responsáveis pela organização do projeto no território sob a coordenação de Naia. Assim, a equipe foi ampliada para 19 a mais. Para o projeto, foi um ganho, mas o Estado também ganhou, pois foi a primeira vez que todas foram acionadas de uma vez com trabalho focado no objetivo. Tanto que as mais atuantes conseguiram atingir a meta e as outras, não. O projeto começou com outra coordenadora, que ficou poucos meses na função.



Tabaco – Foi fumante: Comecei a fumar nova. Meus pais eram fumantes: me acende um cigarro e me traz; eu acendia e fui fumando, isso desde os 17 anos. Naquela época, fumar é bá! Eu era professora, com etiqueta, um dia estava fumando e vinham umas alunas: na aula falava uma coisa e agora estão vendo que estou fumando. Joguei no lixo e nunca mais fumei. Depois de 20 anos nunca mais fumei.

1 - Horrível. Hoje sou contra o cigarro. Deus me livre, tive irmãs grávidas, mas ninguém fumou. Minha mãe fumou nas últimas gravidezes: teve ao todo nove filhos. Parou de fumar aos 79 anos, teve mal-estar e ficou com medo de morrer.

2 - Com certeza, eu sim, a imagem que deprime, largaria o cigarro.

3 - Aquela ali vai mostrar pessoa saudável, que tem caminho de vida, e ali mostra que nasceu e nem teve oportunidade. Essa aqui, como tem outras na carteira de cigarros que nem olho, a imagem é deprimente.

4 - Não sei se existe pesquisa que o cigarro tenha afetado mentalmente, desconheço, não poderia opinar. Que ele é causador de câncer, sim. Perdi amigas com câncer de garganta pelo uso do cigarro.

5 - Acredito, buscando no projeto Caminhos do Cuidado, em que foi trabalhada a redução de danos, da aceitabilidade. Ele tem de ter preparo cada vez maior em cima disso, vimos o álcool e outras drogas e eles não enxergam o cigarro como droga, deveria ser trabalhado para essa questão.

Quem: Waleska Antunes da Porciúncula Pereira, ex-diretora da ETSUS.

CV: <http://lattes.cnpq.br/2264891728700477>

Entre vice-direção e direção foram quatro anos na gestão e 17 anos na Escola. Possui graduação em Enfermagem (1983) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), especialização em Enfermagem em Saúde Pública pela UFRGS (1997), licenciatura em Enfermagem pela UFRGS (2000) e mestrado em Enfermagem pela UFRGS (2004). Atualmente, está cursando doutorado em Enfermagem pela UFRGS, é docente da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Acidentes de Trânsito e Violências, Violência Contra a Mulher, Serviços de Saúde, Assistência Pré-Hospitalar, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde.

Impressões – Estava lamentando que, após quatro anos de gestão, desde 2011, foi desmontado tudo o que fez pela Escola. Apesar do seu compromisso com a ETSUS, os funcionários diziam que ela destruiu a Escola Técnica. A direção é espaço de disputa. Um olhar focado na Assistência, na Atenção Básica no campus aproximado na PUC, campo do mestrado e doutorado. Há dez anos está no Grupo Hospitalar Conceição.



Tabaco – Ex-fumante: Comecei a fumar na adolescência porque fumar fazia parte da vida social. Que nem hoje tomar chimarrão agrega. Na adolescência, o cigarro agregava, há situações em que ele pode te ajudar. Não está fazendo nada, fuma cigarro, ajuda a lidar com situações. Fumei e parei algumas vezes. Depois, tive pneumonia, tu sentes que o cigarro te atrapalha um pouco. No interior tive uma crise de bronquite no meio do nada, sem acesso, aí parei de beber, fumar, cuidei da alimentação e o remédio era chá com plantas para problemas respiratórios. Na área rural resolvi melhorar a qualidade de vida.

1 - Uma imagem chocante e, às vezes, a pessoa não se dá conta de que, quando você fuma, o prejuízo não é só para ti. O ex-fumante é mais chato, cheiro de cigarro, tosse, os prejuízos vão indo.

2 - Não sei te dizer. Se a pessoa está grávida, talvez se chocasse. O que me levou a parar de fumar foi quando vi que estava fazendo mal e talvez não tivesse chance de recuperar. Quando é mais dramática para algumas pessoas cai a ficha e toma atitude.

3 - Na verdade, a outra imagem trabalha mais com o que tu ganha sem o cigarro, isso mobiliza mais as pessoas. Ali independe se tem alguma doença ou se está grávida, você ganha com qualidade de vida se parar de fumar. Tu ganha em qualidade quando não fuma. As relações mudam, as pessoas que fumam estão impregnadas de cigarro. Meu pai era fumante, os dentes e os dedos eram amarelos de cigarro, fora os prejuízos respiratórios. Optaria por trabalhar a questão de resgatar o que tem de positivo, o que tu ganha sem o cigarro e não o que tu perdes com o cigarro, que é outra abordagem.

4 - Vem da concepção que começa com câncer de pulmão, do fígado devido ao álcool, ele tem o foco todo na doença. Todas as campanhas iniciam com esse foco na doença. Essa concepção da qualidade de saúde é posterior. Está ligada ao INCA como processo histórico. Talvez abrisse mais e ligasse a algo que pense a saúde não como doença. Hoje as pessoas estão mais abertas, pois atinge qualquer pessoa. Essa imagem que choca as pessoas leva elas a não quererem ver, pois não tem identidade com elas. Já a imagem de qualidade de vida toca a todos, adolescente, velho, criança. A qualidade de vida independe da faixa etária e é o que as pessoas buscam hoje.

5 - Mais ou menos. Talvez não estejam. Eu não estou agora na ponta, mas até pouco tempo estava na equipe, e o trabalho todo fica focado na questão dos grupos para parar de fumar. Para ter uma abordagem diferenciada, trabalhar numa outra lógica e ter o grupo para quem quer parar de fumar como uma ferramenta, mas não ser o foco, as pessoas não estão preparadas.

DISTRITO FEDERAL

Quem: Tereza Cristina dos Reis Lyra Martins Leite, coordenadora estadual.

Tels.: (61) 3325-4944 / (61) 9907-2425.

E-mail: tcrisleite@gmail.com

Quando: 14/04/2015.

Onde: Escola Técnica de Saúde de Brasília, SMHN - Quadra 3/Conjunto A/Bloco 01, Asa Norte, Brasília (DF). CEP: 70710-907.

Tels.: (61) 3325-4944/ 3327-3914

E-mail: etesb.fepecs@gmail.com

Site: <http://www.etesb.fepecs.edu.br>

CV: <http://lattes.cnpq.br/9541077055128930>

Impressões: Apesar de tudo confirmado, dois dias antes de ir, a coordenadora disse que a diretora teve uma questão familiar e precisou viajar. Propus que mantivéssemos a entrevista apenas com a coordenadora, e assim aconteceu. Lá chegando, entendi o motivo da desmarcação: a Escola está sem diretora. Ena de Araújo Galvão, que vivenciou o projeto, deverá ser reconduzida, mas, até aquela data, não tinha se efetivado. A Escola estava com duas turmas de rescaldo acontecendo, daqueles agentes que, por motivos diversos, não tinham conseguido fazer o curso antes. Foi ótimo ver a Escola viva. Tereza chamou três agentes para dar depoimentos e, em particular, chamou atenção a Maria José, que além de ACS é conselheira tutelar.

Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília (1987), fez especialização em Educação à Distância pela Universidade Católica de Brasília (2006) e especialização em Planejamento e Administração de Recursos Humanos pela Associação de Ensino Unificado do Distrito Federal (1989). Tem experiência na área de Saúde Coletiva.

Impressões – Em sua tranquilidade e com uma avaliação muito clara e objetiva do projeto e do processo, Tereza estava orgulhosa de ter conseguido incorporar o projeto Caminhos do Cuidado na grade da Escola, bem como de ampliá-lo a todos os auxiliares e técnicos de Enfermagem da rede de Brasília.



Tabaco – Não fumante: Desejo já tive, mas nunca fumei por ser asmática desde a infância, grande impeditivo de colocar em prática o desejo adolescente. Sou neta de fumantes.

1 - Imagem que choca, a ideia que tem é de não querer ver esta imagem na nossa frente, não querer encarar isso. O que destaca é a mutilação e o cigarro.

2 - Não, para a pessoa que fuma. Isso parece que vai acontecer com outro, por exemplo, eu não estou gestante, isso não tem a ver comigo, e, se eu engravidar, vou parar de fumar.

3 - A imagem que trabalha a qualidade de vida longe do cigarro seria uma primeira aproximação para fazer uma campanha. O cigarro acaba sendo uma grande válvula de escape. “Eu largo esse prazer, mas o que coloco no lugar?” Ou “eu não vou ter esse prazer o que vou buscar?” O esporte ou poder estar envelhecendo com a pele melhor eu chamaria a atenção em vez de colocar cenas que causam repulsa. Trabalharia a construção de um hábito saudável e não a negação de um hábito que você já tem construído.

4 - Pelo fato de não estar ligada à saúde mental deixa que seja discutida a questão do prazer que está ligado ao consumo da substância e à ansiedade relacionada à privação dessa droga que observamos na pessoa que fuma e que é muito presente. Ficou muito associada ao medo. Eu faço isso para não ter câncer, não ter outras doenças, mas não trabalho a possibilidade de estar construindo uma saúde mais plena. A pedagogia do medo que é muito utilizada nesse tipo de campanha, se ela funcionasse, nós teríamos uma redução efetiva do número de pessoas que fumam, o uso do tabaco, que tinha decrescido em algumas gerações, voltou a aparecer, a crescer. A saúde mental tem de discutir isso de uma maneira melhor, e, às vezes, não o faz porque o tabaco é lícito. Passamos umas três gerações sem ver o cigarro entre os adolescentes, e hoje isso é muito grande entre a comunidade de alunos do ensino médio entre 15 a 18 anos.

5 - A Secretaria tem programa muito estruturado, há muito tempo que é feito nesse processo de atendimento para quem já fuma, inclusive disponibilizando apoio com as substâncias que podem ser utilizadas nessas circunstâncias. Temos unidade de referência, mas para que tenha mais efetividade, esta discussão tem de estar dentro da equipe da atenção primária. É um avanço que precisa ser feito.

Quem: Ena de Araújo Galvão, pedagoga.

Quando: 09/06/2015.

Onde: Escola Técnica de Saúde de Brasília, SMHN - Quadra 3/Conjunto A/Bloco 01, Asa Norte, Brasília (DF). CEP: 70710-907.

Tels.: (61) 3325-4944 / 3327-3914.

E-mail: etesb.fepecs@gmail.com

Site: <http://www.etesb.fepecs.edu.br>

CV: <http://lattes.cnpq.br/7243860339873445>

Fiz da prática pedagógica a minha história de vida na educação profissional dos trabalhadores da saúde e neste percurso lá se vão 35 anos. Trabalhei no ensino agrícola no MEC, na área industrial nas Escolas Técnicas Federais, e, depois, na área da saúde como representante do MEC, num acordo com a OPAS para lidar com a força de trabalho da saúde, pensando propostas de macropolítica, como PROFAE e PROFAP, pensar e mudar a estrutura do docente, lá fiquei 17 anos. Ajudei a criar a Rede de Escola Técnica do SUS, com Isabel Santos, numa concepção de escola do mundo, trabalho onde o espaço do trabalho é um espaço de aprendizagem, ao mesmo tempo em que o trabalhador aprende ajuda a organizar os serviços e acha o sentido em sua prática. Ao sair do Ministério fui convidada pela Escola para assumir a direção e estou no cargo há três anos.

Impressões – Era a segunda vez que íamos à Escola e Ena não comparecia, pois ainda não tinha sido reconduzida ao cargo. Toda a Escola estava sentida, num sentimento de expectativa. Mas pressionei explicando que iríamos entrevistar a diretora que estava quando do projeto Caminhos do Cuidado. E, caso ela não fosse à Escola, iríamos à sua casa. Em meia hora, ela apareceu feliz. Ao chegar, justificou que tinha esquecido e já começou a falar elogiosamente sobre o projeto. Segundo ela, até então ela estava no lado oposto, no MEC, pensando propostas que trouxessem melhoria nos processos de ensino e nos serviços. Como diretora da ETSUS, ela recebeu do Ministério uma proposta pronta do projeto Caminhos do Cuidado. Movida a paixão e o compromisso com o outro, ela assumiu primeiro pela temática, mas depois, ao ver o efeito na ponta, entre os trabalhadores, ficou impressionada com como o projeto ensinou a ela e potencializou a Escola, que teve visibilidade e conseguiu capilarizar pela primeira vez um curso descentralizado, que trouxe uma proposta boa de preparação de instrutores e encontrou um caminho que traz o sujeito para a centralidade, que é capaz de transformar. Só pessoas transformam, quando trazem o aluno para o centro fazendo com que ele opine, aprenda etc.



Tabaco – Ex-fumante. Fumou por 35 anos. Tem 10 que deixou de fumar, tentou seis vezes: Com o cerco ao cigarro, você começa a ficar discriminada, me incomodava. Na minha casa, meu neto de 4 anos me chamava atenção, me policiava, passei a fumar na minha casa escondida para que ele não me visse e não fosse censurada. Olha que coisa horrível para uma avó! Queria muito parar, tomei remédio e consegui. Foi a melhor coisa que fiz. Vez por outro sonho que estou fumando escondido e me pergunto: depois de tanto sacrifício, porque voltei? Fico triste e, quando acordo, vejo que não é verdade e fico feliz.

1 - Ave Maria! É um crime. É muito forte.

2 - Tive três filhos, não fumei na gravidez pois passava mal, quando vejo bate o remorso, essa imagem é muito forte...

3 - Ah.... Basta olhar a cara feliz, as pessoas brincando, rindo, vivendo, curtindo, traria uma imagem que mostrasse vida, alegria, pois o cigarro leva à morte. Se fosse fazer, seria uma imagem que trouxesse a ideia que tem de ser de vida e alegria.

4 - Eu não sei, estou em dúvida com esta resposta, não está muito claro... Talvez o INCA seja o espaço de cuidar dessas pessoas, não tenho clareza. Por ser um espaço que promoveu tecnologia, provocou a descoberta de medicamentos e cuidados, talvez.... Não tenho claro...

5 - Eu não tenho proximidade com isso, mas sempre vejo propaganda e serviços dizendo: se quer parar de fumar, busque ajuda no SUS. Eu não tenho certeza, nos três anos na direção, esta escola se voltou muito para a comunidade, os docentes devem ter abordado essa questão, mas não sei se fizeram um trabalho específico nessa área. Aqui trazemos curso técnico e ligado aos referenciais curriculares que as pessoas tornam rígidos. O nome já diz que é referencial, mas essas pessoas os tornam rígidos. Quem bota conteúdo é a escola, o que você quer formar, para que, quais as competências, estão lá nos referenciais, daí você bota o conteúdo e não vejo esse movimento aqui na escola, ela trabalha com cursos técnicos tradicionais. Vou fazer analogia com o projeto Caminhos do Cuidado, é de 60h, que valeu muito, ele tem princípio, meio e fim, coerência, sabe aonde chegar e dá resultado, não é aquela proposta que eu falo e você escuta, metodologia tradicional de transmissão. Você não coloca o sujeito como ator, quem tem de ser ativo não é o professor e nem o conteúdo, e sim, o aluno.

BAHIA

Quem: Cláudia Cristiane Moura Silva Souza, especialista em Enfermagem do Trabalho.

Quando: 16/04/2015.

Onde: Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis, na Av. Cardeal de Silva, 1339, Federação Salvador (BA). CEP: 40231-305.

Tels.: (71) 3357-0810 / (71) 3357-0811 / Fax: (71) 3276-6738.

E-mail: sesab.efts@saude.ba.gov.br

Site: <http://www.saude.ba.gov.br/efts>

Impressões – Foi difícil a marcação, a coordenadora tencionava em nome da diretora dizendo que ela só daria entrevista se tivesse o roteiro etc. Consegui finalmente. Entendi que a Cláudia, de apoiadora do projeto passou a diretora após a saída da coordenadora Mavie, e, ao acabar o projeto foi convidada pela diretora da Escola para integrar o grupo. Nesse momento ela estava assessorando a direção, que estava de férias, havia a mudança de secretário de Estado (saída do sanitarista Solla para um cardiologista). Motivos que levaram à tensão. Esperamos a diretora, mas, ao chegar, a tensão se dissipou, uma conversa densa e bem cordial. A tensão foi criada pela Cláudia, que está num momento mais frágil. A Cláudia tem pouca experiência na área (jovem, apenas um emprego e só agora na saúde). Não rendeu. Mas a Maria José, que não teria tempo, ficou mais de meia hora e ainda fez a entrevista do tabaco. Ao entrar na Escola, a percepção é de estar viva, com movimento de professoras e alunos em sala de aula. Lá já funcionou a UnaSUS. Pude perceber ainda quadros de aviso com informações estruturadas, resultado do trabalho da jornalista recém-incorporada ao quadro permanente.



Tabaco – Não fumante: Quando criança roubava as bingas da minha avó. Pegava os restinhos de minha avó e tentava acender no banheiro, mas minha mãe me pegava. Já tentei fumar uma vez, mas não gosto do cheiro.

1 - É triste, ainda mais eu que sou louca por criança e quero ser mãe. Ver uma imagem dessas, para mim, é chocante.

2 - Para quem fuma, não. A tentativa é fazer com que as pessoas diminuam o uso. Mas quem fuma nem olha essa imagem, já ouvi de quem fuma até piadas de todas essas imagens. Quem fuma não olha.

3 - A imagem de hábitos saudáveis surtiria mais efeito, mas a frase “fique longe do cigarro” eu não usaria, pois inibe, dando uma ordem.

4 - Não perguntei, pois não é da área da saúde.

5 - Muito pouco. Na verdade, não tenho contato com unidade de saúde, mas, no meu ponto de vista, eles não estão preparados. Uma amiga queria parar de fumar, mas não sabe onde recorrer, não existe uma campanha que mostre onde são as formas onde teria apoio.

Quem: Maria José Cortes Camarão

CV: <http://lattes.cnpq.br/2305142417763621>

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (1986), atuando principalmente nos seguintes temas: SUS, educação profissional, atenção básica e agente comunitário de saúde.



Tabaco – Ex-fumante: Fumei na juventude, na universidade, fumava por curtição, influência de todos, bebida, mas nunca fui fumante inveterada. Um dia estava na praia um rapaz que, ao acender cigarro, me perguntou “por que vai fumar, você nem traga?”. Aquilo ficou soando. Um dia, um sobrinho me disse: “você gosta das coisas tão saudáveis, não faz sentido fumar”. Desde aquele dia nunca mais fumei.

- 1 - Sensação muito ruim. De autodestruição. Como a gente é medíocre!
- 2 - Evitaria, pois não tinha certeza por que eu fumava, e, com esta imagem, eu evitaria com certeza.
- 3 - As duas são focos diferentes. A imagem da vida saudável, praia e sol, que a vida vale a pena me afeta mais e me atrai mais.
- 4 - Penso que seria uma vantagem se fosse trabalhada na política de saúde mental. O uso do cigarro é uma muleta, é algo que falta e com que o indivíduo não sabe lidar direito no emocional dele. Se tivesse essa abordagem para tentar compreender o que é mesmo que incomoda, o que está por trás dessa necessidade, clareando com teorias da Psicologia e fundamentando, veria que isso é uma alteração por problemas mentais, nível de pensamento, qualidade de pensamento, crenças. Para mim, está muito ligado às crenças, famílias que criaram indivíduos que não melhoravam a autoestima, desleixo, falta de estímulo de conhecimento do que é desenvolver uma pessoa, sofríamos muito isso. Tive uma vizinha que o avô ensinou a fumar, chegou a ser usuário de drogas e a ser preso como traficante. Ela teve muitos problemas com mãe, pai e esse avô que não deu esclarecimento a ela. Ela não teve essa chance de educação, e sim para outro lado, ela precisaria de terapia e conversa profissional.
- 5 - Não. Tem o preconceito: fuma porque é irresponsável já que tem acesso a todos os males que o tabaco provoca, já diminui o valor da pessoa. O olhar do profissional é carregado de

preconceito, fuma e deve beber também. Essas políticas coercitivas têm dado efeito, percebo a diminuição de fumantes em restaurantes, lugares públicos, de fato tem de ter. Sempre gostei de ver o indivíduo e relacionar mente e corpo e espiritual do indivíduo. Faço terapia, fiz e tive que voltar devido a uma perda que me trouxe muitas crenças, O profissional tem de aprender a trabalhar com as crenças das pessoas, o que está por trás. Qual a insegurança? Porque disseram a ele que era incapaz, feio, inseguro, ignorante? Compreender de que lugar esse sujeito fala, qual a ansiedade dele. Espero que o SUS dê conta de tratar as diferenças, temos dificuldade de tratar as diferenças e perceber que nem todo mundo é igual. Tentar conversar e descobrir, e não taxar logo que está errado.

Aquilo pode ser uma salvação para aquela pessoa, às vezes, é o momento em que ela lembra que tem de respirar, que não deveria. Nós, ocidentais, temos muito isso. Pela ansiedade, não respiramos bem, o próprio cigarro faz isso: quando traga, você respira, ele inspira errado e inala toxina, mas dá a sensação do alívio, pois a respiração profunda alivia. Por que não ter no SUS uma oficina para ensinar a respirar nos serviços de saúde? Se aprendermos a respirar isso pode melhorar e resolver muitas coisas. No Vale do Capão, na Chapada da Diamantina, no coração da Bahia, no município de Paulina, tem uma equipe da ESF que procura fazer uma abordagem assim. O médico Áurio Augusto, um odontólogo, uma enfermeira e um agente comunitário fazem uma abordagem levando em consideração todos os aspectos do indivíduo. E lá houve um encontro da estratégia saúde da família que o estado e a escola apoiaram e que ocorria anualmente. Tinha uns fantoches ou marionetes que cantavam uma música sobre respiração para a comunidade: “Se o feijão queimou, respira: se o marido brigou, respira; se, no trabalho, você se desentendeu, respira...” Levei meus filhos com 3 anos na época e até hoje eles sempre cantam essa música para mim: “Mamãe se aborreceu, respira...”.

Agora imagina isso na comunidade: Ah! Se ela vê que nem estou respirando para lidar com as adversidades... Veja que abordagem maravilhosa na ESF, que estratégia mais doce para incluir as diferenças. Tem gente que não vai aprender nada numa sala com um profissional falando na frente dele. Ele está ali muitas vezes em pânico, doido para sair dali. Temos que trazer mais essas estratégias mais ricas para incluir essas diferenças, pois cada um aprende de um jeito. E deixar que o sujeito se expresse e fale por que ele fuma, alguém o ouça e não só dizer pare de fumar. Por que você fuma? Mas será que alguém quer ouvir? Por que não está nessas questões o transtorno alimentar, que devia ser abordado, que traz danos sérios à saúde assim como o cigarro.

PERNAMBUCO

Quem: Célia Maria Borges da Silva Santana.

Quando: 17/04/2015.

Onde: Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESP), Rua 48, nº 224, Espinheiro, Recife (PE).
CEP: 52020-060.

Tel.: (81) 3184-4091.

E-mail: esppe.ses@hotmail.com

Site: <http://www.saude.pe.gov.br>

Impressões – A Escola está em reformas. No momento, funciona em um prédio cedido pela Secretaria Estadual de Saúde. A Célia conseguiu, além de curso técnico, aprovar recentemente residência multiprofissional voltada para o interior, o que denominam de área rural. O projeto Caminhos do Cuidado segue em várias frentes na Escola, principalmente o formato (uma aula presencial e dispersão) e material didático. Além da incorporação no quadro da coordenadora estadual do projeto. Faço a ressalva de que tanto a Bahia como Pernambuco incorporaram há menos de um mês uma jornalista no quadro permanente, entendendo, depois do projeto, a importância da comunicação.

Assistente social especializada em Gestão de Serviço de Saúde com mestrado em Educação para Docência para a área de saúde, e toda a experiência profissional no SUS na gestão pública.

Impressões – Célia estava disponível em sua manhã para a gravação. Preparou-se com uma conversa prévia com a Lívia depois que apresentei a proposta. Depois, desceram as duas juntas e a jornalista recém-incorporada ao quadro da Escola. Com um caderno de anotações na mão fez um discurso mais político voltado para o Ministério da Saúde. Não fiz a pesquisa do tabaco por estarem as duas juntas, iria tirar o efeito da percepção das imagens. Ao final, após a fala da Lívia, ela quis voltar (apesar de ter falado uma hora) por ter esquecido de falar nos parceiros (fez uma fala ruim) e me pediu para responder a pesquisa do tabaco (repetiu a fala da Lívia).



Tabaco – Não é fumante: Por muito tempo fui fumante passiva, meu pai, meu esposo e meu sogro fumavam. Nunca tive desejo de ser fumante ativa.

1 - Tem esta e outras mostradas nas embalagens de cigarro. É uma sensação ruim. Esta imagem não chama a atenção e não dá visibilidade aos danos do cigarro, mas é traumática.

2 - Apóio a imagem que traz o contexto de saúde, que traz uma vida saudável. Acho que os fumantes são de diferentes classes, não é a realidade de pessoas de baixa renda para que elas se identifiquem. Não chamaria tanta atenção. Apenas com pessoas mais esclarecidas se identificaria melhor. Teria que ter uma outra imagem que atenderia a todos os públicos, que teria que trazer o contexto do cuidado e do dano que o cigarro traz e de viver bem e ter uma vida saudável e como o uso do cigarro o impede de tê-la.

3 - Acho quando traz o contexto da saúde mental. Tem como trabalhar a saúde, respeitar a questão singular do uso da droga de cada um. Isso a saúde mental permite, olhar enquanto pessoa o seu histórico, trabalhar o uso do cigarro, e como fazer a adesão dela a deixar de usar com maior consciência, trabalhando dentro do olhar integral e não dissociado do contexto de cada indivíduo. Para quem usa cigarro o contexto de saúde é um, diferente do outro que não faz uso, e cada um tem de reconhecer quanto o cigarro dentro do contexto de saúde pode comprometer a sua saúde, além do que já traz o uso.

4 - Não, quando se trabalha na saúde é um desafio trabalhar a questão da saúde de forma integral. Como as políticas são feitas de forma fragmentada, nem todos os municípios têm como trabalhar isso. Quando não está dentro da saúde mental e da atenção primária, traz maior dificuldade, precisa de formação e discussão de como abordar um trabalhador que está dentro da equipe de saúde da família, do CAPS. Não está preparada, falta formação e falta inclusão no olhar do cuidado como um todo.

Quem: Livia Milena Barbosa de Deusimelo.

Tels.: (81) 3181-6090 ESP / (81) 9279-6496 (institucional).

E-mails: livia.caminhosdocuidado@gmail.com/pernambuco@caminhosdocuidado.org
academicope.caminhosdocuidado@gmail.com/infrape.caminhosdocuidado@gmail.com

Fisioterapeuta, sanitarista.



Tabaco – Sou fumante quando bebo. Fumo com cerveja, comecei a fumar no ambiente de trabalho, break do cigarro, comecei na rodinha de conversa.

1 - Principalmente para mim, que tenho filho hoje, é um sentimento bem ruim.

2 - Não. Apesar de ver sempre nas carteiras de cigarro, não é bem o que deixa de fumar. Porque não faz a ligação direta, automática, na hora. Eu olhando e você perguntando, eu remeto à minha filha. Mas, na hora em que está fumando, está em outro clima. No momento de lazer eu não vou prestar atenção nestas imagens, estarei focada no momento que eu estou vivendo.

3 - As duas. Vale uma imagem que traz a perspectiva do medo e de aversão, e essa convida mais para um hábito saudável. Olho mais para uma imagem positiva de um viver bem com saúde. O cigarro não me chama atenção num primeiro momento, e sim o bem-estar, que é positivo num momento de lazer, mas não me remete ao cigarro.

4 - Eu acho que quando vincula a uma política de saúde mental você compreende a questão da droga não só como algo negativo, mas como bem-estar, como prazer, forma de obtenção do prazer. Sai da dimensão estritamente negativa, mas como momento de relaxar e ter prazer.

5 - Muito pouco, vi avanços, principalmente quando trabalhei na Prefeitura de Recife. O trabalho de tabagismo ficava num setor específico, eles se deslocavam até o serviço para instaurar ambientes livres do fumo, estruturar serviços nos ambulatórios, possibilidade para que atenção básica pudesse ter isso como referência. Vi avanços na minha prática profissional. Tem um processo em curso de qualificação desse trabalhador? Tem, mas o trabalhador ainda está pouco preparado.

PARANÁ

Ex-diretora Regina Gil - Atual diretor Márcio (que indicou a Ana para falar)

Quem: Ana Lúcia Fonseca, assessora pedagógica e diretora interina.

Quando: 22/04/2015.

Onde: Escola de Saúde Pública do Paraná e Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (atuam hoje dentro da mesma estrutura), na Travessa F da Rua José Verissimo s/nº, bairro Tarumã, Curitiba (PR). CEP: 82820-002.

Tel.: (41) 3342-2293.

E-mail: cenforpr@sesa.pr.gov.br

Site: <http://www.saude.pr.gov.br>

Enfermeira pela Universidade de Pernambuco. Atuou na atenção primária, depois foi enfermeira de UTI e de Hospital Psiquiátrico, CAPS AD e atuou em docência de ensino superior. Foi para a área de saúde mental durante a reforma psiquiátrica. O mestrado foi na atenção primária com reinserção de pacientes com transtornos mentais por meio dos agentes comunitários. Quando o projeto chegou na Escola teve vontade de ser tutora.



Quem: Carolina Bocchi Maia, coordenadora pedagógica.

Tel.: (41) 8751-2860.

E-mail: *caminhoscarol@yahoo.com.br*

Enfermeira, formada há 31 anos na PUC-Paraná. Trabalha com prevenção. É especializada em Enfermagem do Trabalho e atuou em empresas de grande porte com inserção na temática de dependência química.

Impressões – Ainda não fizeram relatório. Aqui foi um super desafio, pois assumiu na última semana de dezembro com 75 turmas para fazer num momento de férias e final do ano. Na verdade, ela foi a primeira pessoa que a Escola convidou para ser coordenadora, mas estava envolvida no PMAQ. Mas não deu, ela queria ser tutora. Depois, houve a desistência da coordenadora anterior para dar continuidade ao que ficou pendente. Como o PMAQ tinha acabado, aceitou o desafio e terminou a pendência das turmas. Na equipe ficou um apoio que estava desde o começo e mais um profissional que entrou com Carolina para dar apoio acadêmico. Perfil organizado, propôs que o projeto, antes de ir ao território, desse um tempo para que os coordenadores organizassem as planilhas com o mapeamento do território, listagens dos gestores etc. e preparassem os textos e documentos padrões, matrizes a nível nacional, convite para gestor, organização de turma, relatório etc.



Tabaco – Não fumante, filha de pais fumantes e mãe de dois fumantes: Vivenciei muitas etapas. Época na faculdade de permissão para fumar dentro de sala de aula; no mundo do trabalho, nas empresas de grande porte, podia-se fumar. Depois veio a criação de fumódromos e, por fim, a proibição de fumar em ambientes fechados. Sempre trabalhei coordenando programas de uso de drogas, a abordagem de tabaco perpassou pela vida toda. Mas nunca senti vontade e, por ironia, meus dois filhos fumam. Achava charmoso, a minha mãe era muito chique, ela fumava de piteira.

1 - Eu fecho o olho. Não acredito na psicologia do terror. Não ajuda, não educa, não é próxima, só afasta. Faço uma analogia com a aranha. Eu não gosto de aranha, então, não vou querer olhar para a aranha. Essa imagem é horrorosa.

2 - Não. Para mim, o que funciona está no subjetivo e não no objetivo. O conhecimento objetivo é pouco eficaz para mudança de comportamento. Uma imagem objetiva como essa de terror não agrega.

3 - Não dá para ser uma tão terrorista e nem outra tão Polyana, tão idealizadora. As imagens que melhor funcionam são aquelas que estimulam a pensar e não as tão diretas. Aquela família está forçada e a outra, a da psicologia do terror, afasta da discussão. Trabalharia uma terceira ideia na perspectiva de deixar a pessoa participar na construção, precisa entrar na emoção da pessoa, o que significa e no julgamento, pura e simplesmente.

4 - Eu creio que pelo INCA, tirando a capacitação científica, você fala o que não é verdade, pois atribui uma linha direta como fumo-câncer, e não é verdade, também tem de deixar mais aberto. O fumo pode dar câncer, fumo pode dar enfisema ou outra doença. Mas o fumo precisa ser trabalhado como a opção que as pessoas têm de lidar com outras questões emocionais que ela vê e o fumo pode ser um caminho. Nenhuma droga não pode ser trabalhada como uma relação direta. O INCA, no que pese toda a qualidade técnica, está vinculando diretamente uma coisa que não é verdadeira. E, quando você faz isso e vai ter uma abordagem com jovem, por exemplo, ele vai reagir, pois se lembra do avô que fumou uma vida e não morreu, ele se lembra de pessoas maravilhosas que fumam. Particularmente, gostaria que as pessoas que fumam não fumassem, mas sei que não é por aí a abordagem para ajudar alguém. Com a saúde mental seria mais ampla.

5 - Não. Nem fumante e nem usuário de nenhuma outra droga. Ao longo da formação dos profissionais da área de saúde em geral, a área de saúde mental é negligenciada. Não é dada a mesma importância à área de saúde mental como é dada para os outros agravos cujo componente principal é físico. Quando termina a formação, a saúde mental, a saúde espiritual, é negligenciada. Quem não deu certo faz saúde mental. Tem que constituir uma aproximação no Estado com a atenção primária no SUS. Está sendo tentada no Paraná essa aproximação com o nível primário no SUS, o APSUS. As redes de Atenção à Saúde Mental formam uma das áreas. Fazer com que ela seja tratada no nível primário. O que não der conta vai para o secundário, como qualquer outra doença. Os principais agravos de saúde mental ou não mental podem ser resolvidos no nível primário. Mas não existe uma forma de comprometer os profissionais de saúde a se prepararem. Infelizmente, a categoria médica ganha destaque e dá o direito de não quererem atender: “Ah, é saúde mental. Manda para psicólogo”. Tem que trabalhar o sujeito com corpo, alma e espírito. Tenho que preparar o profissional para atender o sujeito como um todo na atenção primária.

Quem: Rejane Cristina Teixeira Tabuti.

Enfermeira formada, em 1995, em Paranavaí. Atuou em clínica médica, cirúrgica, pediatria e em Hospital Psiquiátrico, concursada no município de Curitiba e depois no Estado. Trabalhou com adolescente em conflito com a lei e, depois, na coordenação estadual de saúde mental. Coordenadora de saúde mental no Estado, integrante do colegiado do projeto Caminhos do Cuidado e orientadora.



Tabaco – Não fumante.

1 - Pena.

2 - Eu não sei. Dependendo da minha idade, pensaria: eu nem penso mais em ter filho, isso não é comigo não.

3 - Me tocaria mais esta, mas está tudo muito bonito, enfeitado, sadio, não é real. Também acharia que não é comigo. Talvez uma cena de uma pessoa numa situação mais comum, usual, talvez num ponto de ônibus.

4 - Não tenho propriedade no sentido da política para dizer das vantagens e desvantagens de estar ligada. Como está hoje, já está dizendo a consequência do cigarro. Para o usuário comum não faria diferença onde está e para o profissional, desde que o material para que a área técnica possa trabalhar com essa política, talvez não importe estar na saúde mental ou no INCA. Se ela estiver numa área mais restrita, talvez tenha possibilidade de fazer melhor trabalho.

5 - Sou vizinha da área técnica do tabagismo e vejo as capacitações que fazem, imagino que sim. Desde que tenha equipes necessárias, ele faz capacitações e atende os usuários.

PARÁ

Quem: Raimundo Nonato Bitencourt de Sena, médico, diretor.

Quando: 05/05/2015.

Onde: Escola Técnica do SUS Dr. Manuel Ayres, na Rua Cônego Jerônimo Pimentel 207, Umarizal, Belém (PA). CEP: 66055-000.

Tels.: (91) 3202-9300 / (91) 3202-9301.

E-mail: etsuspa@gmail.com

Site: <http://www.sespa.pa.gov.br/etsus>

Impressões – Chegamos no dia da Mostra Caminhos do Cuidado Pará, que marcava o encerramento do Projeto no Estado. Poucos inscitos, justificado por Edelves, da coordenação executiva, que, naquele momento, assumia o papel de macro naquele Estado, pois a coordenadora estadual Rafaela ia se casar e ficou sem tempo. Por outro lado, Rafaela alegou que não teve recursos para deslocamento dos participantes e pelos deslocamentos serem muito longos e adversos, foram apenas os tutores da região metropolitana. A coordenadora estadual até dezembro de 2014 foi a Izabel Cristina Borges Correa de Oliveira, na época coordenadora pedagógica da Escola. Assume essa posição a Rafaela ao deixar o projeto Caminhos do Cuidado. Muitas Escolas assumiram profissionais capacitados pelo projeto, vetor que deu visibilidade a muitos recursos humanos que estavam invisíveis dentro do corpo da Escola. Havia uma tensão do diretor quanto aos números – havia divergência dos números finais da Edelves e da Rafaela –, aresta aparada ao detectar que Rafaela não tinha incluído um município. O diretor fez questão de deixar claro que as ETSUS fizeram pressão para de fato serem parceiros do projeto e não apenas receptores. No caso, ele negociou a contratação de nove pessoas, equipe que iria para o projeto bem como para outras áreas da Escola. Aí, sim, a Escola do Pará abraçou o Caminhos do Cuidado. A Escola é uma diretoria da SES e é uma unidade descentralizada com autonomia financeira.

Área com 1 milhão 247 mil quilômetros de território. O problema está aqui: difícil acesso, arquipélago do Marajó com 20 municípios. Tem município que tem que esperar a maré, o rio subir para ter acesso.



Tabaco – Ex-fumante: Fumei por dez anos e parei em 84. Coisas de adolescente, propaganda bonita do cigarro, autoafirmação própria do adolescente do interior vendo a família fumar, entrando na onda. Parei por estalo. Como médico, passei a perceber os danos do cigarro.

1 - Algo degradante. O cigarro tem inúmeras facetas. Principal fator de câncer pelos seus milhares de agentes nocivos e cancerígenos, o cigarro hoje destrói a sociedade, fumantes ativos e passivos, a criança, o feto no ventre da mãe sendo atingido pelo uso do cigarro.

2 - Talvez não. Observo mesmo a propaganda tendo sido agressiva, uma ofensiva do MS. O fumante de longo tempo encontra alternativa de burlar essas imagens, compra uma capa para encobrir o box do cigarro, os vendedores escondem o lado da propaganda do governo. O cigarro é tratamento psicológico, médico e decisão própria. O cigarro é mais complicado de deixar que o álcool, e o crack provoca fortes destruições no cérebro e rapidamente.

3 - A imagem positiva ajuda mais a convencer as pessoas. Trabalhar a vida saudável, é mais por aí do que mostrando os aspectos negativos do câncer. Temos que investir na qualidade de vida das pessoas, que elas adquiram hábitos saudáveis de vida, qualidade de vida, e isso tem de começar no pré-natal, com a mãe, com o aleitamento materno, que, com certeza, vai concorrer para um desenvolvimento mais saudável e vai ajudar na vida inteira.

4 - Os dois têm de trabalhar de forma integral. Os dois atuam em momentos diferentes. A SM enfrentando que as pessoas não tenham os danos causados por essa droga; o INCA entra para cuidar do dano biológico, do câncer. Pensar que a integralidade da atenção à saúde tem de começar com promoção da saúde e aí dentro entra a educação da saúde. Mas também não posso deixar de articular política da saúde com educação, lazer, assistência social para afastar as pessoas das drogas. O processo da educação é fundamental.

5 - Ainda é muito incipiente o trabalho de atendimento integral ao fumante, ainda é muito centrado nas ações de educação em saúde que quase todos os municípios fazem, mas, quando se trata de assistência, de uma ajuda mais concreta, médicas e psicológicas, aí são poucos. Os serviços de referência têm que investir de forma regionalizada. Desde a década de 80, já fazemos algum trabalho de enfrentamento do tabagismo puxado pelo INCA, mas dá para integrar nas duas áreas da atenção psicossocial para não ficar só no componente mental. A questão da promoção de saúde e educação é fundamental. Levar para dentro da escola esse debate de enfrentamento de crack, álcool e outras drogas, e que o cigarro entre nesse contexto e seja inserido no currículo escolar. Você veja a saúde escolar, você vai à escola, o profissional vai à escola, mas não é suficiente porque ele não vai todos os dias. Isso deveria estar inserido no conteúdo curricular das escolas, a noção de risco e danos que as drogas podem causar. Isso reduziria o uso do cigarro. Escola é fundamental.

Quem: Rafaela de Nazaré Chiappetta, coordenadora estadual do Pará.

Tel.: (91) 98459-0064.

E-mail: *caminhosdocuidadopa@gmail.com*

CV: <http://lattes.cnpq.br/2937548944611306>

Nutricionista graduada pelo Centro Universitário do Pará (2007) com especialização em Gestão Pedagógica das ETSUS pela Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem. Atualmente trabalha na Secretaria Estadual de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA), onde exerce a função de assessora da gerência pedagógica da Escola Técnica do SUS do Pará - ETSUS/PA.



Tabaco – Não fumante.

1 - Silêncio... Medo. Medo de que isso possa vir a acontecer com alguém próximo a mim.

2 - Sim.

3 - No feto, porque a imagem dos casais está associada a um momento de alegria e prazer e pode levar ao usuário a sensação ao mesmo tempo em que está fumando, diferente da imagem do feto.

4 - Deveria ser ligada à atenção psicossocial em vez de ao câncer. O câncer é doença crônica que é uma evolução de que descuidamos, não nos prevenimos dos nossos hábitos, dos nossos fatores genéticos, e um dos fatores é o cigarro. Acho que precisa estar mais na política social ligada às drogas e não ao câncer, que está ligado a uma doença que já está instalada.

5 - A questão, o tabagismo. Dentro do Estado do Pará temos um programa do tabagismo. Onde trabalhava tinha uma central que realizava atendimento, mas não é muito abordado. Eles veem o cigarro associado ao prazer e não como uma droga. Não conseguem vivenciar isso. Em relação aos trabalhadores do SUS, não é um assunto que estejam preparados para abordar.

6 - Antes do CC temos uma formação de qualificação para ACS de 400 horas com cinco módulos, e, dentro dela temos educação e saúde que já trabalhava a SMS com foco no álcool e no crack, mas o cigarro não está fortalecido, a gente perpassa, mas não é inerente. Até o álcool as pessoas conseguem ver como droga, mas cigarro, não.

AMAPÁ

Quem: Eliana Maura Teixeira Cardoso.

Quando: 05/05/2015.

Onde: Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza, Avenida Duque de Caxias 60, Central, Macapá (AP). CEP: 68900-071.

Tel.: (96) 3212-5175.

E-mail: grazielareis2010@bol.com.br

CV: <http://lattes.cnpq.br/7414949264027935>

Obs.: A entrevista aconteceu na Escola Técnica de Belém. A coordenadora fez a gentileza de nos encontrar no encerramento das atividades de Belém.

Impressões – Eliane nos conta que o perfil de diretor é muito político. Só nestes últimos três meses, três diretores já passaram por lá. Segundo ela, eles não conseguem entender o que é uma escola técnica de fato. Assim, ela vai ficando na coordenação e levando os projetos à execução desde 2006. A Escola é pequena e dependente de recursos do governo. Está vinculada à Secretaria Estadual de Educação. Seu prédio abriga 16 laboratórios, nove salas de aula, uma biblioteca e um auditório. Uma instituição que está precisando desse apoio e fortalecimento para que valorize a importância da educação e da saúde, e quem sai perdendo são os trabalhadores que precisam de capacitação.

Enfermeira formada também em Farmácia e Bioquímica no Pará (1983) e agora em Gestão em Saúde Pública, no Amapá. Atuou em Laboratório e Assistência Farmacêutica ao longo de 10 anos, e, depois, em planejamento da SES para melhorar os serviços de laboratório e assistência farmacêutica. Em 2006, foi convidada a assumir a coordenação da ETSUS, onde está desde então.



Tabaco – Ex-fumante. Fumou por 10 anos e há 8 anos parou: Colega, achava legal, gostava de sentir o cheiro, e, entre uma cerveja e um diálogo, o tabaco se aproximou. Parei, pois passei a

ter consciência de que era prejudicial, o cheiro começou a me incomodar. Tentei de várias maneiras até que um dia disse: vou parar com isso, embolei a carteira, joguei fora e parei.

1 – É muito triste, nos sentimos impotentes e percebemos que temos um papel muito grande na sensibilização e na mobilização das pessoas que ainda fumam.

3 – Sim, pelo menos tentaria.

4 - Na alegria de viver, na ausência de fumo, pulmão ventilado, a imagem colorida é vida. A ausência do tabaco é essa alegria que nos traz.

5 - Inclusive hoje, ao vir para cá, estava no hospital com minha irmã com câncer de pulmão provocado pelo cigarro, que foi o grande vilão. Não vejo problema de ser o INCA a coordenar.

6 - Ainda falta um “mucado”. Tentei sensibilizar colegas que fumam, procurei ajuda em posto e em vários locais e não achei satisfatório o atendimento, não encontrei apoio na área da saúde. As campanhas são pontuais como palestras em escolas, caminhadas isoladas que não fazem efeito. A ETSUS nunca capacitou e não sei informar sobre outros segmentos. Falta ser mais agressivo, a população está mudando de hábito e o trabalho está tímido, o tempo não espera, a mudança tem de ser imediata. Trabalharia com educação, principalmente em escola. Em todo lugar onde pudesse entrar, eu estaria sensibilizando, principalmente onde houvesse jovens e população em idade produtiva.

Quem: Lorilei Stefanello Seccon, coordenadora estadual no Amapá.

Quando: 08/04/2015.

Onde: Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

CV: <http://lattes.cnpq.br/6276017086562387>

Impressões – Foi entrevistada na ETSUS de Porto Alegre. Ela é gaúcha e foi para o Amapá em 2011 acompanhando o marido. Tem formação, há 18 anos, em Saúde Coletiva, Saúde Mental e Terapia Comunitária. Atuou em Gestão de Saúde Mental, coordenou as políticas de saúde integral e sua maior formação foi dentro da escola pública. Trabalhava na Política de Saúde Mental da SES coordenando CAPS/AD. Eliana conversou com a chefe da Lorilei e foi liberada para atuar no projeto que, para ela, foi um presente. (Não fiz a entrevista do tabaco, pois estava com a coordenação executiva do projeto CC. Edelves ficou ao lado e eu não tinha falado sobre a pesquisa do tabaco).



PIAUI

Quem: Patrícia Samara Portela Oliveira, coordenadora estadual.

Quando: 07/05/2015.

Onde: Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez (ETSUS Piauí), Rua Climério Bento Gonçalves s/nº, Monte Castelo, Teresina (PI). CEP: 64017-430.

Tels.: (86) 3216-6406 / 2668.

E-mail: *etsus.piceeps@ymail.com*.

Impressões – O Centro Formador é coordenado por Maria de Jesus Dias de Araújo, que cedeu duas salas para a Escola Técnica. A recém-empossada coordenadora da Escola era o apoio técnico do projeto Caminhos do Cuidado. Equipe jovem. Perguntei sobre a diretora, elas disseram que ela não pôde ir, e, no dia seguinte, quando do encerramento, lá estava ela identificando-se de maneira mais acintosa, dizendo quem ela era, relatando que fez cursos tais, que conhecia fulano da Fiocruz.... Passando a impressão de que, só no final de dois dias de ação do projeto CC, se deu conta da projeção da ação que teve a presença do secretário de Estado de Saúde, e, tentou se encaixar de forma isolada no processo.

Enfermeira e professora, atualmente, está fora de sala de aula. Trabalhou na atenção básica, como enfermeira, de Norte a Sul do estado. Há dois anos está atuando com álcool e drogas, no Consultório de Rua. Está lotada na Secretaria de Educação, Centro Educacional do Estado na Saúde, conhecido como o PremenSUS, onde funciona a ETSUS há oito anos. Lecionou nas turmas noturnas de enfermagem, e, recentemente, coordenou o curso técnico para agentes comunitários de saúde.



Tabaco – Não fumante.

1 - Olho com tristeza. Caso que vi ontem de uma gestante usuária de crack que estava passando mal no albergue e vejo que há muito o que fazer em relação à educação. Existem vítimas relacionadas ao uso do fumo, ao uso de substâncias tóxicas.

- 2 - Sim, evita. Se faz esse estrago “num” ser tão pequeno deve fazer em você também.
- 3 - Imagem feliz. Mostrar o lado bom é melhor que mostrar o lado ruim. O que você pode ter de potencial em relação a um uso, a um hábito, deve ser mais feliz.
- 4 - Não vejo vantagem, tanto a saúde mental como a atenção básica têm mais estratégia para lidar com o fumante. Tudo na vida da gente passa por educação. Em termos de políticas públicas, a SM e a AB têm mais experiência e mais poder de projetar, de fazer uma ação mais abrangente por estarem na ponta. Nada contra o trabalho do INCA.
- 5 - Não. Inclusive conheço uma equipe em Teresina que trabalha com grupo de fumantes, projeto piloto no parque Piauí, e não foi para frente. São muito carentes e precisam ser despertados para isso. Nunca promovemos ou tivemos nada direcionado a essa área na Escola. Os únicos que talvez tenham falado são o Curso de Vigilância e Saúde e o Curso de Agentes Comunitários de Saúde porque têm na grade curricular saúde mental, que envolve o uso de substância abusiva, mas não tem nada relacionado diretamente à essa área.

Quem: Francisca Josélia Moreira da Silva, diretora da Escola Técnica.

Administradora com formação em Gestão Financeira, especialista em Administração Pública e Controladoria. Funcionária da Secretaria de Estado e lotada na ETSUS, trabalhava em projetos na área da saúde quando surgiu a oportunidade de trabalhar como apoio estadual no projeto Caminhos do Cuidado. Com o término, foi convidada a assumir a direção da Escola.



Tabaco – Não fumante: Tive curiosidade de criança, pegava folha seca de mamão, quebrava, colocava num papel para enrolar e acender para ver a sensação de como seria colocar a fumaça para fora.

1 - Silêncio. Destruidor, negativo, imagem muito forte. Dá a sensação de que o cigarro acaba com vidas inocentes.

2 - Não sei, eu nunca fumei, mas creio que sim.

3 - Viver bem. Temos que nos apegar às coisas boas da vida. Viver bem, se tiver noção do que seja saúde, do bem-estar e respirar ar puro, você não vai se interessar por cigarro ou droga. Você consegue raciocinar melhor estando em paz em um ambiente agradável do que vendo uma imagem tão negativa.

4 - Creio que eles deveriam andar juntos, o cigarro, o álcool e o que conhecemos como droga, o trabalho tem de estar junto. Por que uma propaganda de cigarro tão feio e uma de cerveja tão bonita? Se o cigarro provoca tanta doença e mal, o álcool também provoca. Por que o governo permite propaganda de álcool com mulheres bonitas, festa e praia, e cigarro com propagandas tão feias e negativas. As três têm que andar juntas e serem trabalhadas em saúde mental, atenção básica, em todas as instâncias.

5 - Percebo que vem diminuindo o consumo de cigarro na população em geral. Até pouco tempo atrás, na nossa região, o uso do tabaco era medicinal para melhorar a respiração, costume indígena. Só que os profissionais da área da saúde não estão preparados para lidar com esse público, a maioria é fumante. Como eu, fumante, a população chegar num posto de saúde e o profissional o recriminar? Os profissionais da saúde não estão preparados para as causas, os males. Como evitar, como diminuir esse consumo? Não estão capacitados para isso. Nenhuma capacitação foi feita em relação ao tabaco e estou aqui desde 2009.

MATO GROSSO

Quem: Neuci Cunga dos Santos, diretora.

Quando: 18/06/2015.

Onde: Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, Rua Adauto Botelho, 552, CoopHEMA, Cuiabá (MT). CEP: 78085-200.

Tels.: (65) 3613-2323 / 2324.

E-mail: *dgesp@ses.mt.gov.br*

Site: <http://www.saude.mt.gov.br/portal/escola>

E-mail: *neucicunha@gmail.com* e/ou *dgesp@ses.mt.gov.br*

Telefones: (65) 3613-2323 (ESP) / (65) 9977-3846 (CER) / (65) 3052-3799 (res.)

Impressões – Mais uma mudança de direção. Ambiente tenso. Marta, antiga diretora, que está na Escola desde a sua criação, e por duas vezes assumiu a direção, deu lugar a Neuci Cunha dos Santos, que nos recebeu e mostrou interesse em nos assistir. Na conversa entre a ex e a atual diretora foi dito que um único município ficou de fora. Apesar de próximo à Chapada dos Guimarães, estava com problemas políticos. Como agora mostrou interesse, as duas vão fazer esforços para capacitar com recursos da própria Escola, fechando assim todos os municípios de Mato Grosso. Mas, como só foi avisada naquele momento, não pôde estar e fiquei de enviar o link. Marta chamou a antiga coordenadora da Escola, convidada por ela a ser coordenadora estadual do projeto, e a atual. Gravamos, mas as duas eram muito fracas de conteúdo. Depois da gravação, a própria Marta me explicou que, apesar de ter sido convidada por ela, a Cecília não vestiu a camisa e nada fez, motivo que a levou substituí-la pela filha Samira. Fato que criou tensão provocando a saída do macro Felipe, substituído por Lenice.

Quem: Marta Maciel Metello Mansur Bumlai.

Assistente social, militante do SUS, 42 anos de carreira. Primeira assistente social da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso. Especialização em Saúde Pública, Gestão, Elaboração de Projetos e Direito Público. Trabalhou na área de Planejamento e Recursos Humanos na SES, e, quando criada a Escola, trabalhou no Núcleo de Desenvolvimento e Pesquisa em Saúde, de 2000 a 2014. Foi diretora por duas vezes.



Tabaco – Ex-fumante: Por modismo, era status na época. Comecei a fumar na adolescência, com 16 anos, e continuei até os 40. Parei com a chegada da primeira neta que, com seis meses, olhava para mim e soprava como se perguntasse: “Cadê a fumaça?” Decidi parar de fumar, pois que exemplo estava passando para ela?

1 - Muito triste, chocante. Uma mãe viciada me faz lembrar que a primeira coisa que fiz quando estava gestante foi parar de fumar, respeitei a nova vida que trazia no meu ventre. Não acredito que possam haver mães fumantes que venham trazer uma consequência tão grande para o filho que está sendo gerado dentro dela, fazendo de vítima o próprio filho.

2 - Sim. Uma reflexão, uma imagem agressiva.

3 - Feto. Ela toca, mexe mais com o sentimento da pessoa. A outra para Mato Grosso? Não temos praia, parece que não passou por uma situação, não encara uma realidade. A outra faz a pessoa parar e refletir mais.

4 - Os dois deveriam estar integrados. O INCA dá apoio, diagnóstico, e a área de saúde mental trabalha a questão da identificação dessa clientela dentro do território explicando as consequências.

5 - Não. Até porque, na época em que o Júlio Muller era secretário de saúde, trabalhamos com a questão do tabaco, mas, desde então, algumas ações foram esquecidas pelo Estado. No meu ponto de vista, que trabalho com política de educação permanente, isso está esquecido no Estado. Os trabalhadores do SUS não estão sendo mobilizados, ativados a trabalhar com tabaco. A própria Escola não se envolve, não se integra com a área de atenção básica para elaborar um plano de educação permanente que envolva o tabaco como uma política de redução de danos.

Quem: Rosiene Rosa Pires, orientadora.

Professora de ensino médio e da Universidade Estadual do MT. Foi diretora regional de saúde da região do norte do Araguaia do Carajás, a mais distante do Estado. Foi convidada a trabalhar na Escola e se envolveu no projeto pela inovação na redução de danos, do acolhimento, de olhar a saúde mental diferente, olhando o outro de forma significativa, como um ser humano de fato.

Impressões – Por motivo de desistência, só ficaram duas orientadoras no Estado. Rosiene, que é da Escola, e Cida Milhone, que é coordenadora de Saúde Mental do Estado. Cida ficou com a capital e Rosiene, com o interior. Por dificuldade de internet para trabalhar com postagem na comunidade de Prática, a própria Rosiene pedia que os tutores enviassem o material num pen drive e ela mesma o postava. Como fotos e imagens o sistema não aguentava. Ela copiava e colocava no Word, fazendo um portfólio de imagens. Foi a entrevista que teve conteúdo sobre o projeto. A publicação dessas ações resultou em projetos acadêmicos e na implantação de projetos em outras áreas.



Tabaco – Não fumante.

1 - A gente se choca. Colocamo-nos na realidade dessa pessoinha que está aí. É uma pessoa que não teve oportunidade de vir ao mundo.

2 - Ela dá um impacto, mas, por conhecer os fumantes, a maioria olha e fala que isso não vai chegar a acontecer com ela. É chocante, mas isso não vai chegar a mim, não vou ficar grávida, coloco no contexto onde ele está.

3 - Muito mais chamativa. Quem não quer viver bem? A outra, nunca vou ser esse outro. Viver bem, todos nós procuramos uma qualidade de vida, viver mais e melhor, e ficar longe de cigarro, com a família envolvida, com um olhar mais forte para si. Eu me coloco muito mais dentro dela. E o fumante também quer esse momento maravilhoso de felicidade.

4 - Se estivesse na saúde mental, estaria trabalhando mais a promoção da saúde. Vinculado ao câncer, já fica a imposição de fumar e ter câncer, vinculando à doença e não à promoção e à qualidade de vida. Na saúde mental teria mais resolutividade.

5 - Teve movimento de distribuição dos adesivos e de outras formas de parar de fumar. A atenção primária tem de fortalecer com saúde mental, um trabalho conjunto com a promoção da saúde, que é transversal na SES, e tem que fortalecer um com outro intrasetorial. O tabagismo tem que ser um projeto transversal trabalhado por todas as áreas, a educação como chefe. Não tem de ficar num caixa, tem de estar voltado no campo da promoção, não só na saúde e sim em todas as outras secretarias, como a educação, que tem de ser o carro-chefe, de forma integral.

MATO GROSSO DO SUL

Quem: Ewângela Aparecida Pereira, coordenadora estadual.

Quando: 19/05/2015.

Onde: Escola Técnica do SUS Profª Ena de Araújo Galvão, Av. Senador Filinto Muller, 1.480, Vila Ipiranga, Campo Grande (MS). CEP: 79074-460.

Tels.: (67)3345-8054/8058 / (67) 3345-8061 (direção).

E-mail: etsus@saude.ms.gov.br

Site: <http://www.etsus.ms.gov.br>

Cursou Pedagogia e Direito. Formada em Humanas, especializou-se em Saúde Coletiva. Trabalhou como professora no Procon, e, em 2002, fez concurso para a ETSUS MS, que é vinculada à SES.

Impressões – A equipe que executou o projeto foi toda da Escola, o que teria facilitado o trabalho. Eles já têm experiência com cursos descentralizados e usaram a mesma *expertise* com apoiadores em cada município (71). Enviaram uma carta-compromisso para cada secretário solicitando o nome do apoiador, a relação de alunos e a indicação do local. A partir de então, os apoiadores é que executavam o curso no município. Senti uma falta de motivação, e não acenaram com continuidade. Naquela semana, o diretor na Escola de Saúde Pública tinha morrido de infarto, fato somado à mudança política que estava sendo aguardada.



Tabaco – Não fumante.

- 1 - Impactante. Quem pensou nessa imagem foi para gerar esse impacto: ficar chocado.
- 2 - Na minha visão, quem usa o cigarro acho que não, mesmo sendo chocante. A pessoa não se detém muito, é questão de foco, mal olha, e, se olha, não é para ver.
- 3 - Não sei se só a imagem por si, mas, por incrível que pareça, aquela que mais choca. Mas esta é mais simpática e acaba chamando seu olhar. A outra você nem olha, é tão chocante que você desvia o olhar rapidamente, não quero lembrar desse assunto. A outra não, as pessoas estão

sorrindo e, de repente, o seu olhar se volta e você até lê. Ali você nem olha, bloqueia na hora, não quero pensar em mais tristeza. Talvez você até pare para pensar mais, olhar com mais carinho, com mais calma.

4 - Já são tradicionais na saúde as caixinhas. Não trabalhar de forma integralizada. Essa discussão poderia estar ocorrendo e em outros departamentos. Não deveria estar centralizado no INCA, até pode estar com ele, mas não só com ele.

5 - Não. Todo trabalho educativo é complicado. A educação não consegue resultados tão rápidos como gostaríamos. Para fazer um trabalho que tenha resultado na educação, esses profissionais tinham que ser capacitados. Até a forma de abordagem e o trabalho tinham de ser revistos. A Escola nunca promoveu curso na área por causa das questões culturais que, infelizmente, acabam prevalecendo. Às vezes, é promovido na própria secretaria e não sabemos como ocorreu, apesar de estarmos tão próximos.

Quem: Evelyn Ana Cafuri, diretora da ETSUS.

Comecei a faculdade tarde, aos 40 anos, tinha curso técnico em contabilidade. Fiz mestrado, especialização em Gestão Governamental. Assumi a coordenação da saúde da família e da educação e conciliei os dois. Fiz mais três especializações. Há 11 anos estou na ETSUS, antes estávamos na Escola de Saúde Pública e depois construímos um prédio próprio para a Escola.



Tabaco – Não fumante.

1 - É muito triste (mostrou repulsa com o corpo).

2 - Sim.

3 - Em ambas. A primeira mostra as consequências, e a segunda é o não fumar, a saúde, o viver bem.

4 - Para mim, ela está ligada às duas. Está na saúde mental e psicossocial e está no INCA devido às consequências. Não deveria estar ligada à uma.

5 - Estamos afastados da SES. A Secretaria tem controle no tabagismo, existem vários programas na área. Penso que estão capacitados. A Escola nunca fez um curso na área, pois tem programa dentro da SES, onde fazem a capacitação da equipe própria e dos trabalhadores de referência. Ainda não está na Escola, mas dá para pensar nesse assunto. A Secretaria Municipal deve estar fazendo um trabalho mais amplo.

AMAZONAS

Quem: Acácia de Lima Uchuyama, enfermeira.

Quando: 27/05/2015.

Onde: Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra, Rua Desembargador Felismino Soares s/nº, Colônia Oliveira Machado, Manaus (AM). CEP: 69070-620.

Tel.: (92) 3878-7620 (secretaria).

E-mail: etsus_saavedra@yahoo.com.br

Site: <http://www.cetam.am.gov.br>

Está na ETSUS desde 2005. Diretora da Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra, unidade do Centro Tecnológico do Amazonas. Atualmente está ligada à Secretaria de Educação do Amazonas, antes era ligada à Ciência e Tecnologia. Não tem vínculo com a Secretaria de Saúde, apenas parceria.

Impressões – Cheguei à Escola de manhã para a gravação com a diretora e coordenadora e, à tarde, faria a cobertura da mostra celebrando o evento de finalização, que ocorreu na sede da Secretaria de Estado de Saúde. Lá estava a coordenadora executiva e macro Edelves e a orientadora Patrícia, que era de Roraima, foi convocada para Manaus e estava assumindo o Maranhão. Gravei com ela em Roraima. A diretora da escola, por entender num primeiro momento que o projeto não contaria com o seu envolvimento e por não estar na primeira reunião, contratou uma coordenadora estadual que era uma tutora na Escola. Com o decorrer do tempo, viu que as Escolas estavam se envolvendo no processo, e, quando tentou se aproximar, a referida coordenadora criou tensão e não abriu espaço para interação. Isso dificultou o processo, que culminou com a saída turbulenta da coordenadora, que levou todas as informações. A opção da diretora foi convidar a Juliana, que era apoio do projeto, para ser coordenadora.



Tabaco – Não fumante.

1 - Impactante.

2 - Com certeza.

3 - Com certeza. Viver bem é viver com saúde, fique longe do cigarro. Não consigo nem sentir o cheiro, quando estou próxima me dá mal-estar e me afasto. Essa seria a ideal.

4 - São as consequências que são as piores e chegam ao câncer. Nada mais correto que o INCA para trabalhar a prevenção para que a consequência não chegue ao ponto mais crítico.

5 - Avalio como mais ou menos. Que nem foi em todas as outras áreas. Poucas pessoas têm capacidade de lidar com saúde, precisa ter conversa mais aberta para que o preconceito não venha antes. A pessoa tem que ter maior qualificação, experiência, pois o vício não pode ser tratado como doença, e sim, com conversa para entender as consequências do que pode vir a acontecer. A escola nunca formou. Pior que nunca realmente houve aqui uma ação relacionada ao uso do tabaco. Só os alunos que fazem eventos no saguão da Escola contra o tabaco, bem superficial.

RORAIMA

Quem: Luciana Freitas dos Santos, coordenadora estadual.

Quando: 28/05/2015.

Onde: Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima, Rua Uraricuera, 1.346. São Vicente, Boa Vista (RR). CEP: 69303-453.

Tels.: (95) 3224-0092 / (95) 3623-6891.

E-mail: etsus_rr@hotmail.com

Site: http://www.saude.rr.gov.br/etsus_rr

Pedagoga, começou sua atuação há 11 anos na Escola Técnica. Tem especialização em Educação Profissional em Jovens e Adultos, Educação no Trabalho e na Saúde.

Impressões – O prédio da Escola foi recém-inaugurado, lá estava tendo aula de capacitação de ACS em Hemoterapia. Tivemos que alterar o horário da tarde para manhã devido ao voo, no dia anterior. Fomos recebidos com muito carinho em uma sala reservada com uma bela mesa de café da manhã regional feita por eles. A tapioca foi feita pelo motorista, tinha paçoca quentinha com banana, suco de cupuaçu e muito afeto.



Tabaco – Não fumante.

1 – Feia.

2 - Eu, sim.

3 - A de cá é melhor, é mais agradável de ver e mais fácil de trabalhar, pois mostra o que é bom, a qualidade de vida que vai ter se não fumar. A outra é muito feia.

4 - Pergunta difícil, não sei responder por não ter o conhecimento apropriado.

5 - Não, a maioria aqui fuma o que é pior. Boa parte é fumante. Porque ainda não tivemos esse olhar, a gente se incomoda, fala porque fumamos na copa, questionamos, mas nunca despertamos para formação ou discussão sobre a temática. Pior é que vira e mexe estamos brigando com as meninas, questionamos, mas não numa temática de formação e de educação,

sensibilização. Olha, você está me dando um beliscão, um tapa na cara, um puxão de orelha bem dado. Gostei, bem gostei.

Quem: Neile Vieira Campos Carneiros, diretora da Escola Técnica do SUS de Roraima.

Gestora pública trabalhando há 32 anos em saúde, assumiu a direção-geral da ETSUS em janeiro de 2015. Foi diretora administrativa do Hemocentro por 14 anos: “Na Escola é diferente, aprendi a andar e falar.”

Impressões – Chegou ao final do projeto, foi a dois eventos de encerramentos e impressionou os depoimentos dos alunos, houve uma conscientização dos ACS. O diferencial do curso foi a temática, eles não sabiam como lidar.



Tabaco – Fumante: Faz muito tempo, na casa da minha mãe tinha uma boate. A coisa mais bacana era quando acabava a festa: encontrava muita carteira de cigarros cheia, com modelos variados. Acendia, dava tonteira, vômito, mas a cada dia encontrava carteiras e modelos mais bonitos. Fumo até hoje. Hoje sou a parte excluída, no trabalho e na vida social, a gente se sente incomodando. Ontem foi aniversário da minha mãe, e, para fumar, tive que ir para o meio da rua, chovia e me senti excluída.

1 - Prefiro não ver.

2 – Sinceramente, não faz diferença, prefiro virar e ignorar.

3 - Com certeza essa aqui que te mostra pessoas felizes, alegres e de bem com a vida. Ali significa a morte, acabou, parou.

4 - Não consigo ver. Tem de sempre estar ligado à área da saúde. (Não entendeu a pergunta)

5 - Não, há grupos que atendem. Pequenos, que funcionam em igrejas, grupos religiosos. Na saúde, especificamente, é muito pouco. Eu desconheço que a Escola tenha feito algum trabalho neste sentido.

Quem: Patrícia Ludmila Barbosa de Melo, orientadora.

Fisioterapeuta, foi da Paraíba para Roraima. Trabalhou na assistência, depois na gestão. É especializada em Gestão de Sistema de Saúde pela Fiocruz. Passou pelo processo seletivo e se tornou orientadora em Roraima. Depois, foi convidada a ser orientadora no Amazonas, e agora no Maranhão.

Impressão – Trabalha com afeto e de forma presencial, cutuca os tutores para que eles entendam a potência deles. O poder de argumentação da fala, vários momentos presenciais, fomento da plataforma e outras redes, como grupos no WhatsApp e no Facebook, com discussão do projeto pedagógico de forma diferenciada.



Tabaco – Não fumante: Fumante, só passiva.

1 - Ela é chocante, mas não impacta em relação aos efeitos negativos. Na realidade, eu me incomodo que as pessoas e empresas ainda achem que com uma imagem como essa as pessoas vão deixar de fumar. Sou radicalmente contra essa mídia que utiliza esse tipo de artifício para orientar contra os malefícios do cigarro. Tem trabalho do Denis que fala que essas mídias não têm impacto nenhum quanto ao uso ou não uso dessas substâncias, inclusive do tabaco.

2 - Não existe. Essas imagens e a incidência não tem diminuído do uso desta substância.

3 - Eu acho que a segunda imagem é mais próxima do que imagino. Mas essa coisa do real, dessas pessoas sempre felizes, não é o que imaginaria. Não tenho conhecimento para propor uma terceira imagem, mas a outra de jeito nenhum.

4 - É porque existe relação direta entre o uso do tabaco e o aparecimento do câncer. É importante estar ligada a uma instituição que vai pensar na forma de tratamento para esses malefícios.

5 – Hoje, na rede de saúde mental, o programa de tabagismo formou uma equipe para trabalhar com essas pessoas. Na ISAM tem um grupo multiprofissional que faz esse trabalho e estava obtendo bons resultados. Com a mudança de gestão, não sei se vai continuar. Existiu ainda um movimento para descentralizar esse serviço para a atenção básica, mas, na época eles argumentaram que, com a dispensação de medicamentos, a rede não estava pronta para fazê-lo, então, ficou centralizada na saúde mental, que é ligada à Secretaria de Estado. Enquanto diretora da Escola nunca foi feita capacitação, pois não era o grande tema a ser discutido na época, e passou despercebido. Não teve interesse, talvez tenha sido uma lacuna.

PARAÍBA

Quem: Jonathan Elias Teixeira Lucena, coordenador estadual do projeto Caminhos do Cuidado.

Quando: 02/06/2015.

Onde: Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba, Av. D. Pedro II, 1.826, Anexo à Colônia Juliano Moreira, Torre, João Pessoa (PB). CEP: 58040-440.

Tels.: (83) 3218-7763 / (83) 3218-7765 (administração) / (83) 3218-7501 (secretaria escolar).

E-mail: ceforsuspb@gmail.com

Site: <http://ceforpb.wordpress.com>

CV: <http://lattes.cnpq.br/9829295045016714>

Professor de Educação Física pela Universidade da Paraíba, trabalhou no NASF e depois no CEFOR para trabalhar como educador. Hoje dirige a administração da Escola. Um jovem que acaba de assumir uma parte importante da gestão da Escola. Teve dupla representação, como gestor do CEFOR e como coordenador do projeto.

Impressões – Paraíba foi um estado que passou por muitas tensões políticas. O coordenador estadual Paulo Ricardo Rodrigues da Silva, que hoje está assessorando a Secretaria de Estado de Saúde, dividia a coordenação com mais cinco pessoas da Escola. Dessas, entrevistamos duas: Jonathan Elias, que assumiu a direção administrativa, e, na época, coordenava a educação permanente; e Shirlene, que hoje coordena a saúde mental naquele estado. Inicialmente desconfiados, mas depois muito receptivos, Jonathan falou sobre as questões estruturais e Shirlene, da temática. A pessoa que é o nosso apoio ficou na sala o tempo todo. Queriam que ela falasse, mas preferiu ouvir. Todos os componentes da equipe exercem outras funções. Ninguém tinha dedicação exclusiva ao projeto. Apesar de não ter cumprido a meta, Jonathan relata que dois municípios encaminharam a lista, mas digitaram o e-mail dele errado, sendo assim, não chegou no prazo determinado e não foi realizado naquele município. Não esboçou nenhum esforço para tentar dar conta daquele município que demonstrou interesse. Além de Escola, é gerência de educação permanente do estado.



Tabaco – Não fumante.

1 - Tristeza e angústia. Perceber que uma criança teve uma má-formação por uso do cigarro. No projeto Caminhos do Cuidado trabalhamos na questão da redução de danos todas as substâncias prejudiciais. Tentamos trabalhar com o usuário para reduzir os danos, quando a gente vê uma figura como essa, vê que falhou, que os meios de combater essa infelicidade não foram eficientes.

2 - Não. Já vi relatos de amigos meus que até brincam com as imagens. As imagens são impactantes, fazem com que as pessoas que fumam reflitam sobre o que estão fazendo com o próprio corpo, mas não deixam de fumar.

3 - Olha, é um dilema. Essa imagem da esquerda talvez atraia mais a atenção pela expressão das pessoas, pois elas estão vivendo bem. O texto é viver bem é viver com saúde, fique longe do cigarro. Mas a outra traz um impacto num viés diferente. A da qualidade de vida talvez chame mais atenção.

4 - Estando ligado ao INCA, o viés do combate está sendo o tratamento e não o uso, é mais desvantajoso. Se estiver ligado ao INCA, está às pessoas já usaram o cigarro boa parte de sua vida e tiveram câncer ou doenças relacionadas ao tabaco. Estando ligado a uma política de atenção psicossocial talvez seja mais eficaz. Não deve se desvincular, mas o INCA deve estar atento a todas as causas e a política deve estar ligada a uma estratégia de diminuir o uso e não tratar quem já usou. O cigarro deve ser combatido e não tratado o problema depois do uso dele.

5 - Não sei se os trabalhadores, mas os serviços de saúde talvez não estejam. Temos programas nos CAIS, que são as clínicas de saúde, temos psicólogos, grupos de fumantes, distribuições de medicamentos, mas a fila é imensa. Por mais que tenha o serviço, a demanda é maior que a procura, isso desmotiva, ou quem está participando não adere à proposta. Não é uma questão ligada aos trabalhadores. O CEFOR nunca fez um curso voltado ao tabaco, de combate ao tabagismo. Aqui, como somos ligados à SES, as áreas técnicas nos procuram para certificar os trabalhadores que participam de curso de 40 horas ministrados pelas áreas técnicas, mas o CEFOR diretamente não ministrou um curso de combate ao tabagismo.

Quem: Shirlene Queiroz de Lima, psicóloga, coordenadora de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Paraíba.

CV: <http://lattes.cnpq.br/3484176393211374>

Trabalhadora de saúde mental atuando em municípios de pequeno porte na atenção básica, depois trabalhou no CAPS e no CAPS AD. Especializou-se em saúde mental e regulação em saúde pela Fiocruz. Militante do SUS e de saúde mental. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (1999); especialização em Saúde Mental pela Faculdade Integrada de Patos; especialização em Regulação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Universidade de São Paulo em parceria com o Hospital Sírio-Libanês. Tem experiência na área de Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Atualmente é psicóloga na Prefeitura de São João do Cariri (PB) e coordenadora estadual de Saúde Mental na Paraíba.

Impressões – Domínio do tema, militante da saúde mental, politizada. Estava com pressa para voar para Brasília, A coordenação de saúde mental funciona no mesmo complexo do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, onde também funciona a Escola e um CAPS. Eles têm uma grande rede de serviços de saúde mental.



Tabaco - Não fumante.

1 - Bem assustadora.

2 – Mas, ao mesmo tempo, questiono, como psicóloga, até que ponto isso é eficaz. Os fumantes, por mais que vissem essas imagens na carteira de cigarros, não conseguem ver o quanto isso produzia o efeito de não fumar. Ela é assustadora, ela choca, reforça os malefícios do tabaco, mas não sei em que sentido faria uma pessoa não fumar.

3 - Certamente a segunda imagem, que não foca na droga, foca na possibilidade de qualidade de vida, de coisas boas, já aprendemos isso com as drogas em geral, droga mata, cadê caixão, essa linha não funciona tão bem. Essa sim, trazer mais prazer. Ele tem uma dependência física e psicológica, tirá-lo de uma condição de prazer, e, muitas vezes, de uma companhia. Vejo relato que cigarro é uma companhia, estamos eu e meu cigarrinho.... Mostrar que é possível ter essa companhia e ter esse prazer independentemente do uso da substância é mais atrativo.

4 - Não sei em que momento isso vai se separando. Em 1999, participei de uma capacitação quando da implantação do programa de combate ao tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Fizemos mapeamento, foi bem bacana e conseguimos com diálogos, mas muito voltado para a questão do câncer, de via transversa. Quando vim para João Pessoa, fui trabalhar no CAPS. Não tinha o programa de tabagismo no CAPS AD e o implantamos, mas fiquei bem triste semana passada: um motorista me procurou pedindo ajuda para parar de fumar, liguei para o CAPS David Capistrano e não tinha mais o programa. Agora está só no CAIS, gostava de ter o programa no CAPS para estar trabalhando as drogas lícitas e ilícitas, e uma das drogas que mais traz malefícios do ponto de vista clínico é o tabaco, e também era uma forma de trazer a família, a mãe e irmã, porque elas frequentavam o CAPS também para o programa de tabagismo. Isso tem de ser revisto, tem que aproximar. Se está cuidando de todas as drogas, por que escolher uma em detrimento de outra? Apesar de saber da correlação com o câncer e a experiência do INCA, mas a abordagem psicossocial devia estar fazendo isso junto.

5 - Não, teria que melhorar, deveria fazer mais formações. Estou distante dos serviços, mas me marcou um fato que aconteceu recentemente: houve uma reunião técnico-administrativa de serviço, e lá estavam decidindo acabar com o fumódromo do CAPS. O fumódromo foi uma decisão conjunta com os usuários, funcionava na área externa, e tinha critérios de uso que eram respeitados. Mas boa parte da equipe queria acabar com ele. Que coisa retrógada, que redução de danos é essa onde os profissionais de saúde querem a abstinência do usuário total? Um usuário que fica oito horas aqui e querem que ele não faça uso nem do tabaco, que, para eles, tem uma função importante, não pode ser essa coisa impositiva. Aí que percebo que precisava não esquecer, não desvincular, só falamos em crack, crack, e aí vamos abordar a questão de tabaco e álcool. O tabaco por excelência, pelas normativas, restrições, leis, como pensar esse indivíduo que também tem dependência e que não é fácil e que por anos foi reforçado do ponto de vista cultural e social como símbolo de *status*. O centro formador nunca fez curso para formação com a temática do tabaco. A Secretaria do Estado faz através da gerência de vigilância. Lá tem curso e formação de trabalhadores e articulam a rede como um todo. A questão do CAPS foi determinação do município que não tivesse esses grupos de apoio no serviço CAPS e ficassem só nos centros especializados. Temos que reverter isso, pois é contraditório. Temos um CAPS e não podemos ter grupos de apoio do tabaco.

CEARÁ

Quem: Raimunda Felix de Oliveira, conhecida como Rani, coordenadora estadual.

Quando: 03/06/2015.

Onde: Escola de Saúde Pública do Ceará, Av. Antônio Justa, 3.161, Meireles, Fortaleza (CE).
CEP: 60165-090.

Tels.: (85) 3101-1401/1403 / (85) 3101-1081 (Dieps) / (85) 3101-1412 (Ascom).

E-mails: esp@esp.ce.gov.br / dieps@esp.ce.gov.br / ascom@esp.ce.gov.br.

Site: <http://www.esp.ce.gov.br>

CV: <http://lattes.cnpq.br/6842489720992435>.

Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual de Campinas, mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Coordenou a saúde mental, álcool e outras drogas da Prefeitura de Fortaleza. Trabalhou como consultora na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Foi gestora na Secretaria de Saúde do município de Acopiara. Atualmente é coordenadora do projeto Caminhos do Cuidado do Ceará e presta consultorias no campo de gestão e organização de sistemas municipais de saúde, atuando no campo de políticas públicas de saúde, especialmente saúde mental e prevenção do uso de drogas. Integra a Rede Interdisciplinar de Pesquisa e Avaliação em Sistemas de Saúde (RIPASS).

Impressões – A diretora da Escola Técnica é sub da Escola de Saúde Pública, o que fortalece e une as duas instâncias. A nova diretora, Izabel, aproveitou a coordenadora estadual do projeto para tocar os cursos de qualificação dos ACS em sua totalidade. Uma parceria potente e única foi a Federação dos ACS, que, além de ajudar na articulação, foi o responsável por fornecer a tão difícil lista de ACS atualizada.

Impressões – Rani, sempre muito agitada, veio logo abrindo uma caixa com material que foi exposto na Mostra para fazer cenário. Disse ainda que vai fazer o evento de encerramento. O resultado de sua atuação no projeto Caminhos de Cuidado e o apoio político do deputado federal Odorico a levou a ser absorvida pela Escola para finalizar os cursos de capacitação dos ACS.



Tabaco – Não fumante.

1 – Aversiva.

2 - Não. Quem fuma, com certeza não. É muito parecida com a história da pessoa usuária de crack e colocá-la como doente por usar droga. O cigarro é uma droga, mas como tem a ver com a ordem do desejo das pessoas ela ia fumar independentemente disso. Além disso, a imagem fica bem escondida, nos cantos, é pequena, a gente olha assim e vira as costas.

3 - Esta nova. Viver bem com saúde, aqui é importante pois tem a história da promoção e não tem aquela pesada de culpabilizar o usuário pelo uso de qualquer que for a droga, mas dele saber lidar com o uso. Mesmo a pessoa fumando, a outra imagem passa a ideia de uso recreativo, momentâneo. A outra passa o terrorismo. A outra imagem é bem mais forte apesar da outra ser mais chocante.

4 - Acho que ela está ligada à política psicossocial. Quando coordenava a saúde mental em Fortaleza, a questão do tabagismo na atenção primária tinha grupos dentro da metodologia que o INCA traz “não fume” de jeito nenhum, acho que até eles estão evoluindo apesar de ter essa coisa de pare de fumar. Mas no CAPS AD tinha duas formas de trabalhar, fazia um grupo dentro dessa metodologia do INCA, bem impositiva, estímulo-resposta, motivação, mas também tinha o grupo de redução de danos para o tabagismo, trabalhando na perspectiva de que não precisava parar de fumar e sim reduzir os danos.

5 - O pessoal da área hospitalar que passa pela formação no INCA na abordagem de não fume, com essa metodologia mais *hard* de não fumar, eles capacitam para isso. Mas não são capacitados para outra forma de intervir, como na redução de danos para uso abusivo de nicotina. A Escola não promove curso nessa área. Quando a Secretaria de Estado faz voltado para o serviço, o Hospital do Coração também faz formação na mesma metodologia do INCA.

Quem: Isabel Cristina Cavalcanti Carla Diniz, farmacêutica bioquímica, diretora da Escola.

Trabalha desde 82 na Secretaria de Estado como bioquímica, depois integrou a revitalização na área de medicamentos e alimentos da Vigilância Sanitária. Coordenou a assistência farmacêutica no Ceará. Coordenou as regiões de saúde no Estado e compôs a equipe da Escola de Saúde Pública do Ceará, inicialmente coordenando o centro de educação permanente em atenção em saúde, depois, na superintendência adjunta, e, agora, diretora de ensino profissional em saúde.

Impressões – Gestora capacitada, politizada e com visão ampla das ações em educação e saúde. Propõe o desafio de capacitar todos os ACS aproveitando a experiência do projeto Caminhos do Cuidado.



Tabaco – Não fumante.

1 - Muita pena. O ser humano se torna viciado e escravo de alguma droga e tem dificuldade de vencer esse vício.

2 - Podia até provocar, mas não superaria só vendo o cigarro. Pois, se fosse assim, com as carteiras de cigarro que trazem a imagem provocando a morte.... Isso é uma criança filha de fumante.

3 - Eu gosto do impacto e apoiaria esta (foto).

4 - Poderia estar ligado aos dois. Só quem conviveu com alguém que perdeu com câncer de pulmão pode avaliar o sofrimento. Perdi a minha mãe com câncer de pulmão em 87 dias, e não era fumante. Ficou a lição, imagina se fosse fumante. Minha mãe era professora da geração pó de giz, que pode ter sido o motivo. O INCA é o fim, teria que ter outra instância, um espaço para motivar as pessoas a deixarem o vício.

5 - Acho que não. Porque a rede é pequena para tal. Houve uma redução grande, as campanhas foram válidas, o grupo do tabagismo estava próximo da gente nas campanhas, dificilmente hoje você vê alguém fumando, apesar de ser alta a incidência. As pessoas foram se conscientizando, vida saudável, atividade física, o cigarro passa por esse processo. A escola já promoveu, mas pontualmente, não é sistemático um curso de saúde mental que fala sobre todas as drogas. Não é sistematizada com Caminhos do Cuidado, que chegou a todos os lugares. Hoje, o uso da droga, o cigarro também é uma droga, já declina em relação aos outros.

GOIÁS

Quem: Meire Incarnação Ribeiro Soares, diretora da Escola.

Quando: 10/06/2015.

Onde: Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás, Rua 26 s/nº, Jardim Santo Antônio, Goiânia (GO). CEP: 74853-070.

Tels.: (62) 3201-3428 (secretaria escolar) / (62) 3201-3425.

E-mail: cepsaudeses@gmail.com

Site: <http://www.saude.go.gov.br>

CV: <http://lattes.cnpq.br/8435059107791883>

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade do Oeste Paulista (1984), graduação em Pedagogia pela Universidade Norte do Paraná (2009), é acadêmica de Direito pela Faculdade Raízes - GO, tem especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), especialização em Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar-ENSP/Fiocruz (2012), especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), especialização em Micropolíticas de Saúde - UFF (2015), curso de aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL (Uni-Evangélica), mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2002), mestranda em Educação com ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e doutorado em *Doctor of Education - University of Cambridge* (2005). Formação em docência na Universidade de Goiás, mestrado e doutorado na área de educação. Foi convidada em janeiro de 2011 a assumir a Superintendência da Escola.

Impressões - Segundo ela, nos primeiros anos, fez o ajuste de documentos fiscal e parafiscal da Escola, para depois qualificar a equipe e então, em 2003, começou a retomar os projetos. Quando a Escola foi convidada a coordenar o projeto Caminhos do Cuidado, estava com sua equipe comprometida com os outros projetos, assim ela indicou a sua assessora Miriã para coordená-lo, já que o Ministério da Saúde alertou que não deveria ser a diretora. Os outros componentes da equipe, os três apoios, foram indicados pelos parceiros que formavam o Colegiado, um representante do COSEMS, outro da Saúde Mental e da CIES. Por ser apaixonada pela docência, participou do termo de referência e fez a formação para tutora. Segundo ela, era uma forma de poder acompanhar de perto. Foi tutora de sua comunidade, Senador Caneto, e teve como parceira uma profissional da área de saúde mental, complementando as *expertises*. Fez elogios aos materiais didático e pedagógico e contou casos de transformações de olhares pessoais e profissionais. Outro fato que chamou atenção é que, com a sua saída, uma auditoria foi implementada pela nova gestão, a partir de uma denúncia anônima, por ela ter indicado os nomes que formaram a equipe estadual. Segundo ela, esses nomes foram aprovados no Colegiado. Apesar de o gestor atual não ter participado do projeto e de eu ter explicado que a entrevista era uma avaliação do projeto, o atual diretor, Nelson Barbosa, fez questão de ser entrevistado. Tive apoio de Tânia, que foi da equipe de apoio e integra a equipe da CIES, bem como, à distância, da coordenadora estadual. Foi indicada pela diretora a atuar como coordenadora do projeto, justamente por ser sua assessora e, assim, poder dividir com ela as ações. Ao terminar o projeto, sai a diretora Meire e a Miriã que veio acompanhar o marido em Brasília. Entrevistei-a na Escola de Brasília.



Tabaco – Não fumante: Minha história é traumática. Perdi meu pai com câncer de pulmão aos 47 anos de idade, muito cedo e com muito sofrimento. A perda em consequência de cigarro foi um trauma, por isso nunca fumei e nem a minha família.

1 - Choca. Impossibilidade de vida em consequência do cigarro, assim como tive a perda do meu pai, que interrompeu precocemente a sua vida. Isso é impedir a possibilidade de viver, é traumatizante.

2 - Se olhasse atentamente.... Tenho um único cunhado que ainda fuma. Minha sogra, de 91 anos, falou que iria comprar remédio. Ele disse que não precisava, pois fuma automaticamente e ele, com certeza, não reparou numa foto como essa, pega o cigarro automaticamente. É impossível, se observar, não se sensibilizar com uma situação como essa e interromper o uso.

3 - Eu acho que não é pelo trauma... eu acho que as pessoas têm que enxergar que há outras formas de viver, outros prazeres na vida que não o vício. Usaria a da qualidade de vida.

4 - As duas deveriam trabalhar juntas, é responsabilidade de todos. Todos os serviços deveriam trabalhar juntos. Falamos tanto em integralidade do processo pedagógico, integração do processo disciplinar ou de conteúdo, de habilidade e competências e a gente vai para uma prática que cada política fala sozinha, conversa e age sozinha e não há interação entre elas. Nem um nem outro, e sim todos deveriam trabalhar juntos.

5 - A capacitação nunca é completa, estamos em constante processo de necessidade de qualificação, por isso que se chama educação permanente. O que é verdade hoje não é amanhã, a ciência caminha correndo e o processo de qualificação andando. Se tem um processo de ciência correndo e ainda estamos num processo do caminhar precisamos acelerar o processo de qualificação, não resta dúvida. A Escola já fez capacitação nessa área, a Escola serve para a política tanto da vigilância como a da atenção e cuidado, ela faz parte desse processo como organizadora e, mais, como executora. Boa parte, dependendo da carga horária, tem participação no projeto, esses fazem parte de projeto político e pedagógico elaborado em conjunto com a Escola e os cursos livres são feitos direto para a área técnica, mas têm apoio da Escola.

Quem: Miriã Alves Coutinho, coordenadora estadual de Goiás.

CV: <http://lattes.cnpq.br/912221489500407>

Graduada em Farmácia (Faculdades Objetivo - GO, 2011) e Enfermagem (Universidade Paulista, 2012). Especialista em Vigilância Sanitária e Saúde Pública (Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade - ICTQ, 2011). Atuou como coordenadora da Divisão de Desenvolvimento de Pessoas do Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia - HUAPA/GO organizando os processos de admissão, movimentação, acompanhamento, avaliação e educação institucional destinados aos servidores. Coordenou e estruturou o Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia – HUAPA/GO. Exerceu a função de assessoria técnica na Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago - ESAP/GO, coordenadora estadual do projeto Caminhos do Cuidado e coordenadora loco regional do Curso Básico de Atenção Primária à Saúde nas Regionais de Saúde de Goiás Sudoeste I e Sudoeste II. Desde janeiro de 2015, trabalha na Supervisão de Atenção à Saúde - Regional de Saúde - RS Entorno Sul apoiando e assessorando os municípios dessa RS, motivo que levou Meire a convidá-la para atuar na Escola de Saúde Pública Cândido Santiago, de Goiás, desde 2010.

Impressões – Fez questão de ser entrevistada, falando do que ouviu dos tutores, que o curso rompeu com os moldes tradicionais, o envolvimento dos trabalhadores que foram sujeitos desse processo de investimento de capacitação e que pretende incorporá-lo na grade curricular dos módulos de capacitação dos trabalhadores do SUS.



Tabaco – Não fumante.

1 - Pena.

2 - Seria um impacto.

3 - Ambas. Esta levaria pela questão do que ele pode causar; esta, se você não fumar, você poderia ter momentos assim. As duas são interessantes.

4 - Vantagem, porque o tabagismo está relacionado a alguns tipos de câncer, então, era para poder ter mais informação e controle sobre a doença.

5 - Acredito que todas as formações nessa questão de álcool e outras drogas abordem também a questão de tabagismo. A Escola não forneceu curso específico sobre o tabagismo.

Quem: Nelson Bezerra Barbosa, diretor da Escola Técnica do SUS de Goiás.

Psicólogo de formação e sanitarista, com mestrado e doutorado, é ligado desde 88 ao Sistema Único de Saúde. Está na Escola desde que foi criada, em 2004, quando foi trabalhar em educação aplicada à saúde. Em fevereiro deste ano assumiu a Superintendência.



Tabaco - Ex-fumante: Fumei na adolescência, de modismo e inserção social, de pertencimento. Na época, fazia parte do charme adolescente fumar, certo símbolo de *status*. Era um dos rituais de passagem da fase adulta.

1 - Dura, pesada, sentimento de choque e susto, quase uma desesperança ao observar que, por trás disso, há muitos interesses fomentando esse tipo de situação. As imagens fortes têm aparecido nos maços de cigarros e têm sido bastante efetivas.

2 - Olha, se não deixasse, pensaria duas vezes nas consequências desse hábito ao longo da minha vida.

3 - Com certeza, prefiro imagens mais positivas, você associar o comportamento ou adoção de determinado hábito ao ganho da qualidade de vida. Esta imagem aqui, sobretudo, que é a imagem do feto, choca muito mais, ela é mais forte visualmente, tem um impacto mais forte. Do ponto de vista de estratégia a médio e longo prazo, continuar explorando só isso é suficiente. De repente, fazer esse tipo de associação é interessante, a pessoa pode estar se perguntando: “Eu fujo disso aqui, mas o que eu ganho exatamente?” A manutenção do hábito pode ter esse tipo de impacto, a não adoção do hábito pode ter esse ganho aqui com melhor qualidade de vida. Meu amigo relatava: “Ainda bem que parei de fumar, era nadador e o desempenho estava pior”. Quando parou de fumar, seu desempenho melhorou, ele fez associação imediata com ganho de qualidade de vida e é esse tipo de percepção que as pessoas devem ter. É a pergunta que as pessoas fazem ao longo da vida quando você faz a adoção de comportamento ou quando vai consumir algo: “O que estou ganhando com isso, o que me traz de benefício?” É essa mensagem que precisa trabalhar melhor.

4 - A grande vantagem é a *expertise* que o INCA tem, o conhecimento acerca de quais são as consequências e de como pode ser tratado, esse olhar técnico da assistência de quem lida no dia a dia é fundamental. Temos que fazer ponte maior com a promoção da saúde, associar isso não

à prevenção ao problema específico, mas associar esse hábito a um ganho da qualidade de vida. Você não está deixando de fumar para evitar um câncer de boca, você está deixando de fumar para viver melhor, com mais saúde, melhor qualidade de vida. Não sei se tirar o *locus* da coordenação de um ou outro setor, mas pensar numa estratégia de integração dentro desses vários olhares das várias perspectivas dentro de um mesmo processo de intervenção. Não faria restrição de a coordenação estar com o INCA, a restrição é: se o olhar prevalente sobre o problema for do INCA, a gente tem problema, vai ter dificuldade? Mas se tenho o olhar do INCA associado à saúde mental, à promoção da saúde, faço a integração desses vários olhares, conteúdos, estratégias e formas de abordagem, o ganho será muito maior.

5 - É uma coisa difícil de dizer. Não arriscaria fazer juízo de valor, precisaria fazer um estudo. Mas posso dizer que a Escola atuou muito pouco. Essa é uma área em que temos poucas pessoas atuando, temos sempre demandas mais gritantes. Como isso é um enfrentamento de longuíssimo prazo, as demandas mais imediatas tomam tempo na agenda. Ninguém fala de tabagismo em momentos de dengue. Epidemia de dengue, pressão da opinião pública é muito grande, mais de 90 obtidos, mais que o Césio 137, mas a repercussão está até hoje, os descendentes estão sendo acompanhados. Tem um aspecto adicional: quando trabalha tema dessa natureza, você está entrando na intimidade das pessoas, na capacidade delas de decidir e fazer escolhas. Ah, fumar é ruim, eu sei que é ruim, mas é a minha escolha. Como lidar com isso, é difícil de ser trabalhado. Você entra na intimidade das pessoas, na decisão que elas devem tomar, no uso que elas fazem do corpo. É difícil normatizar e estabelecer padrão de conduta e exigir que as pessoas o sigam. É preciso de educação em longo prazo, informação e negociação permanentes de mostrar ganhos, benefícios com a adoção de novos hábitos.... Em última instância, é uma decisão que ela vai tomar analisando os ganhos secundários, que ela tem o prazer de fumar o cigarro que só ela tem. Ou mesmo o usuário de droga, é muito fácil criminalizar ou condenar, fazer julgamento moral sem entender quais foram as motivações daquele sujeito de fazer o vínculo com a droga, o que ele está procurando substituir, o que ele perdeu. E, por isso mesmo, a taxa de fracasso é muito grande, a reincidência é muito alta, a taxa de recuperação é baixíssima, pois é decisão do indivíduo. Ele tem total liberdade para fazer o que quiser com o corpo dele e temos que respeitar, mas não podemos abdicar do nosso papel de continuar informando que a adoção desses hábitos vai trazer consequências para ele pessoalmente, para a coletividade, e, em última instância, para o próprio sistema, pois o custo de atender essas pessoas envolve dispêndio de recursos para realizar outras coisas, mas a decisão é dos indivíduos em última instância.

SÃO PAULO

Quem: Isabel Cristina Gorla, coordenadora do Núcleo de Multimeios, representando a diretora Maria Helena de Oliveira e Silva de Nardi.

Onde: Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara, Av. Martinho Gerhard Rolfsen, 827, Vila Nossa Senhora do Carmo, Araraquara (SP). CEP: 14801-070.

Tel.: (16) 3335-7545.

E-mail: *cefor-araraquara@saude.sp.gov.br*

Diretora Maria da Graça Lopes Cesar.

Onde: Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Osasco, Rua Antonio Bernardo Coutinho, 150, Centro, Osasco (SP). CEP: 06013-050.

Tels.: (11) 3681-3994 / (11) 3699-1916 (fax).

E-mail: *cefor-osasco@saude.sp.gov.br*

Diretora Maria Elisabeth Ferreira de Palma.

Onde: Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Franco da Rocha, Av. dos Coqueiros, s/nº - Núcleo Central do Complexo Hospitalar Juquery, Centro, Franco da Rocha (SP). CEP: 07850-320.

Tel.: (11) 4811-9392

E-mail: *chj-cefor@saude.sp.gov.br*

Diretor Ricardo Chaves de Carvalho

Onde: Centro Formador de Pessoal para a Saúde de São Paulo, Rua Dona Inácia Uchôa, 574, Vila Mariana, São Paulo (SP). CEP: 04110-021.

Tels.: (11) 5080-7458 / 7459 / (11) 5080-7462 (fax).

E-mail: *cefoRETSUS-sp@saude.sp.gov.br*

Onde: Escola de Saúde Pública de São Paulo.

Quando: 10/06/2015.

Impressões – São Paulo conta com seis Escolas Técnicas em Saúde Pública estaduais e uma municipal. Juntas dão conta da capacitação de todo o estado e têm um núcleo coordenado por Carolina Feitosa, que foi indicada para ser a coordenadora estadual do projeto Caminhos do Cuidado, por entenderem ser essa a representação de todas as Escolas. Carolina era a articuladora, e escolheu a Catarina como apoiadora, que ficou à frente do operacional. Foi ela que marcou um encontro no dia da reunião do Núcleo, na qual estariam todos os diretores. A Laura, do município, se prontificou a estar cedo lá, às 8h, antes da série de reuniões que teria no dia, e trouxe uma fala mais política, de gestora. Ricardo ainda tentou que fizesse uma fala coletiva, mas, depois, foi um caminhar tranquilo, em sequência, cada um apresentando aspectos de que tinha se apropriado mais. Ricardo, com o material pedagógico, mostrando claramente que participou de todo o processo, com domínio de todas as etapas. Elizabeth, como psicóloga, falando mais da temática; enquanto Graça abordou mais o operacional. Isabel, que representava Maria Helena, foi tutora e trouxe uma bela fala de sala de aula, relato de alunos e o papel dos tutores e orientadores, bem como uma boa leitura da Comunidade de Prática. Iorani, um pouco mais preso, falou mais como gestor, e, por fim, Ruth Gouvêa, que fez questão de participar. Do alto de seus 91 anos, saiu às 7h da manhã, mas o carro quebrou e chegou às 15h30min. Fez uma fala trazendo o afeto e o vínculo dos alunos com o tema, a importância da alimentação, que deu dignidade a essa classe trabalhadora que está na base da pirâmide. Todos, sem exceção,

enfocaram os atropelos de não ter envolvido as Escolas num primeiro momento, chamando-as apenas para serem executoras, e o projeto só deslanchou após a pressão das mesmas para se apropriarem dele.

ENTREVISTAS:

Quem: Ricardo Chaves de Carvalho.

CV: <http://lattes.cnpq.br/3501226321292046>

Pedagogo, 23 anos trabalhando na SES e há sete na Escola Técnica de SP. Na saúde, atuou na área administrativa e reforçou no Estado a política de humanização no Hospital Emílio Ribas. Aí, a educação começa a surgir do trabalho, educação e saúde. Com cursos de especialização em Gestão Pública de Saúde pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP (2009), especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (2011) e especialização em Gestão Pedagógica nas Escolas Técnicas do SUS.

A proposta do projeto Caminhos do Cuidado chegou, via núcleo estadual, no momento em que ele estava trabalhando com os agentes comunitários na formação inicial. As ações formativas vêm como ação transformadora do processo de trabalho desses profissionais, a temática vem instrumentalizar para um problema que é recorrente, entendemos a importância e como podíamos incluir essa temática dentro do nosso processo formativo, apesar de o projeto ter vindo como um pacote pronto, que, aos poucos, fomos adequando às nossas necessidades. Hoje, precisaram ouvir para dar uma resposta melhor aos nossos serviços, e o projeto nos faz pensar no nosso papel enquanto formadores e cidadãos do mundo.



Tabaco – Ex-fumante: Parei por uma questão de saúde: tive uma hérnia de umbigo e a médica disse que, se eu não fosse fumante, ela me operaria na hora. Saí aquele dia do consultório e parei de fumar.

1 - É duro, acho que fica aquela coisa de que culpa tem da minha escolha.

2 - Talvez não. Já presenciei o povo chegando para comprar cigarro e dizer: “Troca esse que esse causa impotência”. Está faltando a compreensão de que não é aquele maço, e sim o cigarro, que vai causar problemas de saúde. As pessoas acabam satirizando: “Esse causa impotência, então me dá o outro, que é melhor ter câncer do que impotência”.

3 - Ficaria com a segunda. Enquanto educador tenho que reforçar o positivo e não o negativo. Subo de escada no meu prédio de três andares, chego bufando. Quando parei de fumar, realmente fui melhorando. É muito mais agradável olhar essa figura do que a outra.

4 - Eu acredito que, na verdade, todos devem estar envolvidos e comprometidos com essa questão independentemente de onde estiver vinculada. Se não pensarmos que todos somos corresponsáveis e deixarmos só o INCA, não vai resolver. Todos têm um papel importante nessa prevenção.

5 - Tem tido um esforço muito grande para isso. Temos a campanha antitabaco, temos uma equipe da saúde. A vigilância tem um papel não só fiscalizador, mas também orientador. A junção de duas coisas importantes, um processo educativo antes do punitivo. É toda uma questão de hábito, e isso muda o hábito. Quando você vai ao estabelecimento e tem que atravessar ele todo para fumar lá fora, você pensa duas vezes antes de ir. Até mesmo quando queria parar de fumar, as campanhas do MS diziam que a vontade de fumar passa em cinco minutos quando você muda o seu foco. Quando você coloca essa lei antifumo nos estabelecimentos fechados, que tem que ir lá fora, daqui a pouco eu vou, mexe com o sedentarismo, assim evita muito o fumo. Hoje tem investimento forte nesse sentido. A Escola não tem formação na área específica, mas a temática permeia as nossas formações, do agente comunitário ou da enfermagem, saúde bucal, o tabagismo, o uso ou abuso de álcool e outras drogas permeiam nossas formações, pois está presente na realidade deles.

Quem: Maria Elisabeth Ferreira de Paula.

Psicóloga e pedagoga, duas disciplinas irmãs, que, durante um tempo, caminharam separadamente. Clinicava e dava aulas. Depois, fiz concurso público para o complexo hospitalar de Juquery, onde funciona a Escola Franco da Rocha. Fui articuladora de saúde mental da região, depois fui coordenar o núcleo do centro de formação unindo as duas áreas de escolha, trabalhando para o que defendemos: a saúde pública deste país. Assumi a direção da Escola há quase 14 anos, como gestora. Foi um privilégio trabalhar no projeto Caminhos do Cuidado, mas a entrada no projeto foi esquisita, pois só fomos evocados quando da execução dele, o que lamentamos muito, pois, quando estamos nos bastidores da concepção, já vamos revestindo da lógica, comprando a proposta.



Tabaco – Não fumante.

1 - Tristeza, lamento. A vida é o bem mais precioso que temos, e saber que podemos comprometê-la...

2 - Não sei, pelo pouco que acompanho, hoje já há uma política que veicula imagens no maço de cigarros sofridas como esta. Sabendo que o tabagismo vai para além da consciência, dói, machuca, talvez incutindo no inconsciente possa projetá-los em algo, pois é impossível ver uma imagem como essa e não ser tocado.

3 - Numa sociedade capitalista e consumista como a nossa, uma imagem como essa nos reporta a bens e conquistas outras... tem o chamamento tão grande para o céu lindo e para uma família Dariana e algo deste tamanhinho contra o cigarro. Talvez pensasse em uma terceira.... Talvez esse buraco entre essas duas imagens seja a lacuna que estamos precisando preencher: nem negar que existe e nem impor a imagem, um processo de conscientização de que qualidade de vida não é só isso, mas também estamos combatendo isso.

4 - Se é uma questão subjetiva que implica em necessidade de desejos, deveria estar ligada à política de saúde mental. É óbvio que uma instituição com a potência que tem o INCA pode contribuir para logística e apoio, mas a capilaridade vem das outras redes e temos que potencializar isso.

5 - Acho que não. Temos vivido isso com o álcool, que, muitas das vezes, é associado ao tabagismo. Infelizmente, não. Temos muitos potenciais para serem desenvolvidos, temos que dar espaço para a subjetividade do trabalhador, suas crenças e visões, e a gente ter um norte para trabalhar essa questão no sentido de chegar às pessoas respeitando esses movimentos. Reportando-me ao projeto Caminhos do Cuidado e à grande lógica da redução de danos, você não concorda com o que acontece necessariamente, mas você respeita as pessoas e pode oferecer possibilidades de ela avançar, de evoluir, crescer e ter outras possibilidades, pois o usuário de drogas se sente contemplado em suas necessidades com aquele mecanismo. Não somos nós que vamos dizer o que ele está ganhando ou perdendo, mas podemos com ele construir uma possibilidade de ir além disso, é uma missão muito interessante.

6 - Na verdade, trabalhamos com eixos transversais que sedimentam essas questões na forma de olhar e cuidar, trabalhamos com a linha de cuidado. Especificamente como curso e transformar isso numa disciplina, não.

Quem: Maria Graça Lopes César.

Pedagoga e administradora, com Especialização em Saúde Pública, Gerência de Serviço de Saúde e Administração Hospitalar. Comecei minha trajetória nas secretarias estadual e municipal de Saúde, fui gestora municipal na Grande São Paulo. Estou na Escola de Osasco, que abrange 68 municípios em cinco regiões de saúde, desde 95 como gestora. Ficamos indignadas quando o Ministério da Saúde nos chamou para a reunião do projeto Caminhos do Cuidado apenas para articular, mas sem nos apropriar das questões pedagógicas. Temos um comitê de saúde mental, sediado pelo CEFOR, muito atuante. Se os tutores ficassem por conta da Escola, acho que iríamos deslanchar. Para minha região foram muito poucos tutores que atenderam o edital.



Tabaco – Fumante: Comecei a fumar por influência das amigas, aos 17 anos. Morava no interior, onde era bonito e moderno fumar, e fumo até hoje.

1 - Tristeza, muita tristeza, muita, muita e muita.

2 - O meu vício é maior, minha compulsão por cigarro é maior. Tentei participar do programa no Hospital das Clínicas, usei o Tampix, mas não consegui.

3 - Viver bem é viver com saúde, fique longe do cigarro. O cigarro não traz saúde, sei que faz mal, tenho neto agora e eu não posso mais fumar. Ele chega em casa, eu me lavo toda e não quero que ele sinta o cheiro do cigarro em mim. Chega às cinco horas, tomo banho que não consigo sentir meu cheiro. No CEFOR, desço quatro vezes para fumar.

4 - Acho que devia ser ligado à saúde mental porque é um vício. Hoje é o dia dos Alcoolatras Anônimos. Acho que o tabaco deveria ser tratado da mesma forma, e ele tem um grande índice de sucesso. Falo por mim.

5 - Não. É um assunto que não entrou em pauta, as pessoas não se interessam. Falam que tem reduzido o índice de fumantes, mas não é o suficiente e o profissional de saúde não está atento a trabalhar com isso. E a Escola nunca fez nenhuma capacitação na área.

Quem: Carolina Rosa de Barros Feitosa.

Assistente social formada pela UFF. Há muitos anos atuando no SUS, iniciei na UERJ no projeto *Kellogs*. Fiz residência na área de adolescente, coordenei projetos de prevenção de Aids para esse público. Sou concursada do Ministério da Saúde e estava atuando no Hospital dos Servidores quando me aproximei da área de recursos humanos, onde atuei me especializando na ENSP. Em 98, vim para São Paulo e fui para a SES, compus o início do polo de saúde da família da Grande São Paulo, que se transformou em polo de educação permanente, desde 2004. E, em 2007, vim para o CEFOR para responder pelo núcleo das Escolas Técnicas, depois, fui diretora da divisão, e, hoje, estou na direção do departamento do grupo de recursos humanos da secretaria.

Nossas seis escolas compõem a RETSUS e estão envolvidas com vários projetos do Ministério da Saúde, quando chegou mais um projeto, o Caminhos do Cuidado, quando estávamos com o compromisso de colocar 11 mil ACS em sala de aula, estávamos no meio do projeto de qualificar os ACS quando chegou à proposta do CC e a Educação Popular, que concorriam com o mesmo público dificultando a nossa entrada no projeto. Desde o início, o CC foi bem-vindo, pois trabalha com a temática em que as escolas têm pouca *expertise*, saúde mental e drogas, com metodologia bem estruturada e dinâmica elaborada, uma grande oportunidade para viabilizar o tema. A maior dificuldade foi como viabilizar as articulações políticas e toda a infraestrutura para que o projeto acontecesse, apesar de todo o reconhecimento de sua importância. O projeto trazia ainda menos autonomia das Escolas, a proposta já veio formatada, a seleção dos tutores já seguia um termo pactuado nacionalmente, trazendo alguns obstáculos, causando muitas lacunas da cobertura no Estado.



Tabaco – Não fumante: Fumei pouco e em um período pequeno, como adulto jovem, dando plantões, mas nunca me deu prazer.

1 – Deprimente.

2 - Não. Se fosse fumante, é o que mais veria nos bares, mesmo assim, as pessoas olham e continuam comprando. Ela tem um primeiro impacto, mas, depois de um tempo, ela naturaliza. Ou passam a não enxergá-la mais e ela perde o efeito.

3 - A mais positiva. O público sempre tem que ser convidado a fazer coisas melhores, atrai mais ser convidado para “isso aqui vai melhorar”, a gente não gosta de ouvir coisas erradas. Eu ficaria com a mais positiva.

4 - Não tenho muito domínio, sempre tento que as coisas têm que ser juntas, tudo que envolve a saúde. Quanto mais atores estiverem juntos, os efeitos serão maiores. Nós sempre tendemos a colocar em caixinhas. A história tem mostrado que isso não funciona, o ser humano não é uma caixinha, é um todo. A coisa se mistura, os limites são borrados quanto mais complexos, mas a atuação tem de ser conjunta de todos os atores até aqueles que a gente nem imagina que deveriam estar no tema.

5 - Não sei se estão. Sei que está tendo investimento para que isso aconteça, temos a lei de tabaco, temos o centro de referência, que oferece apoio e treinamento para as equipes da unidade básica na condução clínica, investindo em capacitar as unidades básicas no estado. As escolas não da nossa estrutura da SES, a área de vigilância e o centro de referência de álcool e drogas, o instituto de saúde que faz essa abordagem e oferece aos municípios. Esse tema é falado quando se aborda outras questões, mas um trabalho direcionado para o tema, não.

SANTA CATARINA

Quem: Alessandra Dias da Silva.

Quando: 16/06/2015.

Onde: Escola de Formação em Saúde (EFOS), Rua das Orquídeas, s/nº, Bela Vista, São José (SC). CEP: 88110-800.

Tels.: (48) 3246-7038 (geral) / 4647 / (48) 3258-9397.

E-mails: direcaoefos@saude.sc.gov.br, contatoefos@saude.sc.gov.br

Site: <http://efos.saude.sc.gov.br>

CV: <http://lattes.cnpq.br/2946577067160147>.

Impressões – O Estado tem duas Escolas, uma em Florianópolis e outra em Blumenau. Para potencializar o encontro, a macrorregional Renata ajudou na articulação para a equipe de Blumenau se deslocar até a EFOS, e assim ficou combinado. Em vez de dois dias, ajustamos, por meio de vários e-mails, o dia 16 para tal. Cheguei mais cedo na Escola por ser um dia puxado, de várias entrevistas, e, ao final do dia, iríamos para o Maranhão. Estranhei, não ter ninguém nos esperando, pedi, então, para ver o espaço que estava disponível para ir montando os banners. Ao olhar na planilha, a secretária viu que estava marcado para o dia seguinte e a apoio Alessandra, que ia nos receber, estava no enterro de um parente. Só com a chegada da nova gerente à Escola é que conseguimos uma sala e começamos a gravar com a ex-coordenadora de Curitiba (por motivo de discórdia na Escola do Paraná, não pudemos gravar com ela lá, apenas com a atual coordenadora estadual). Depois, chegou a Alessandra pedindo desculpas pela confusão, mas, apesar de termos alterado para o dia 16, ela não atentou nos e-mails e não notificou Blumenau sobre a alteração, e, por coincidência, a coordenadora de lá, que estava copiada nos e-mails, estava de férias. Enfim, tivemos que adiar Blumenau para o dia 6 de julho. Gravamos com a apoio que assumiu o final do projeto, pois a coordenadoras Rosana passou num concurso público e teve que sair. A atual diretora não quis gravar, e consegui que, Leni, que atuou na gestão quando do projeto, fosse a Blumenau no dia 6. Quanto mais distantes do término do projeto mais difícil contar com a equipe, que já se dispersou e está atuando em outras frentes, bem como a gestão da escola, que são cargos políticos, de confiança, sujeitos às mudanças eleitorais. É muito difícil fazer educação permanente numa gestão tão perene de descontinuidade.

Funcionária da Secretaria de Estado de Saúde desde 2004, entrou para a Escola em 2006. Formada em Administração. Começou na saúde e, depois, fez administração, “o que foi muito bom, pois, na saúde, tudo recai em organização, planejamento, gestão de recurso”. Segundo ela, isso ajudou muito ao projeto, o olhar de planejamento: “Nossa equipe trabalhou muito em cima do planejamento das ações, tínhamos planilha mensal de acompanhamento e monitoramento para alcançar a meta de 100%”. A Escola atende 13 regiões do estado junto com a Escola de Blumenau, que atende as outras 13. Ela defendeu que as Escolas deveriam estar no processo desde o início e observou que o projeto pronto provocou algumas dificuldades. Teve um colegiado com reuniões sistemáticas que apoiou muito o processo.



Tabaco – Não fumante.

1 - Horrível, não dá vontade de fumar.

2 - Evitaria pegar o maço de cigarros, é muito forte.

3 - A do feto é muito forte. Acredito que, atualmente, as pessoas estão querendo ter mais qualidade de vida. A imagem da família, por querermos viver bem e melhor, e eles estão demonstrando muita alegria. A outra é impactante, mas essa traz um prazer maior, realmente é isso que quero, então, não vou me aproximar do cigarro para ter essa alegria que eles estão tendo. Eu trabalharia mais com a alegria das pessoas.

4 - Talvez tivesse uma articulação muito próxima para alcançar o resultado. Tem sentido estar junto ao INCA, mas teriam que estar próximas para as duas trabalharem com o mesmo objetivo, conversando bastante, teria que ver se isso está realmente acontecendo. Se trabalharem numa parceria forte e efetiva, daria certo.

5 - Poderiam estar mais, a gente está sempre aprendendo. Claro que estão, mas o nível de câncer está aumentando consideravelmente. Precisaria de mais empenho. Quando um fumante chega na unidade de saúde teria que fazer um trabalho mais intensificado, algo que é possível deixar de fumar, deveria focar mais e usar mais a comunicação. Hoje a comunicação é tão visual, e qualificar um pouco mais os nossos profissionais. A EFOS não fez um curso específico.

MARANHÃO

Quem: Dayana Dourado de Oliveira Costa, diretora da ETSUS.

Quando: 17/06/2016

Onde: Escola Técnica do SUS Dr^a Maria Nazareth Ramos de Neiva, Rua do Giz, 312, Centro, Projeto Reviver, São Luís (MA). CEP: 65010-680.

Tels.: (98) 3221-5547 / (98) 3222-8347.

E-mail: etsusma@hotmail.com

CV: <http://lattes.cnpq.br/9480214549048033>

Enfermeira com mestrado em Saúde Coletiva e especialização em Gestão Pedagógica. Doutoranda em Saúde Coletiva. Sou apaixonada pela Escola, entrei recém-formada em 2008, quando tinha um único curso para agentes comunitários. Viajei o Maranhão todo fazendo articulação com os gestores em todos os municípios, e fui crescendo com a Escola. No ano passado, assumi a gestão da Escola e a gestão da educação permanente do Estado. Quando assumi, em janeiro de 2014, o projeto já deveria estar executando turmas desde setembro de 2013. Apesar do prazo bem apertado, a Escola foi muito parceira conseguindo alavancar o processo das dificuldades de entrega de material, formação do tutor etc. A Escola entrou pesado com injeção de recurso financeiro para garantir a execução do projeto. Foram cerca de 10 a 15 pessoas da escola e convidadas que integraram a equipe do Maranhão. A meta era muito desafiadora, não tivemos tempo para desenvolver mais ações políticas e de reflexão, pois ele veio muito definido e priorizamos a meta. Pretendo incorporar a pedagogia do projeto à sua matriz curricular. Os apoiadores matriciais da Escola, que faz a ponte com o gestor e atenção básica nos municípios, fizeram esse trabalho de capilaridade para o projeto Caminhos do Cuidado.

Impressões – A escola está situada no Centro Histórico, num prédio tombado pelo Patrimônio Histórico, e estava passando por reforma e restauração. A gestão anterior da Escola não conseguiu fazer deslanchar o projeto, que só ocorreu na atual gestão. A Escola tem autonomia na gestão financeira, gerenciada por uma Fundação da Universidade, motivo que levou a críticas ao projeto por ser centralizador, o que causou morosidade e a injeção de recursos financeiros para acelerar o processo, o que não foi feito por nenhuma outra Escola. Quando a gestora solicitou a troca da coordenadora por ela indicada, por não estar podendo se dedicar ao projeto por ter assumido outros compromissos profissionais, se ressentiu de o projeto não ter atendido a sua demanda, não havendo reciprocidade. Esse ruído levou à saída da coordenadora, que nem quis gravar na Escola. Tivemos que gravar no hotel, e a apoiadora Amanda é que está finalizando o projeto junto à gestão da Escola. Depois da entrevista com a diretora, já no caminho para o aeroporto, ela liga para o celular para dizer que se esqueceu de falar uma coisa importante na entrevista: que, no dia seguinte, eles fariam a festa de encerramento do projeto. Que ato falho! Falei com ela que podia ter ficado para cobrir o evento. Reclamou que esse evento teve de ser adiado de novo por ruídos, pois o projeto disse ter um recurso que, ao final, não foi o suficiente e também não foi repassado, então, a festa era da Secretaria e da Escola. Pedi para Rosana fazer a matéria para o site.



Tabaco – Não fumante.

1 - Muito triste, muito preocupante, muito. Nossa, eu não estava preparada para esse tipo de entrevista, é uma responsabilidade em nossos ombros. Fumar não prejudica só a quem fuma, tem todo um cerco de enfrentamento e problemas que precisamos discutir.

2 - Depende do público-alvo. Nos homens, nenhum impacto. Talvez nas mulheres e mulheres que já tenham tido filhos. Eu até brinco: tem enfermeira que, antes de ter filho, entrava numa enfermaria infantil, fazia punção... depois de ter filho, não passa na porta de enfermaria infantil e nem pode ouvir choro de criança sem se abalar. Muito específico, nem para todos.

3 - Talvez a da praia. Dificilmente se vê pessoas fumando no calor e na praia...

4 - Acredito estar ligado ao INCA, e positivo, traz uma força do embasamento específico necessário para isso. Porque a sociedade em geral frisa muito isso, a política já não tem mais essa força no impacto pessoal. Quando pensa no INCA, a sociedade já associa à tal doença, estar ligado ao INCA é muito bom.

5 - Acredito que precisa avançar muito. Conhecemos programas de apoio tabagista com distribuição de adesivos. Isso não é muito divulgado. Se a sociedade em geral não tem muito conhecimento sobre isso e se fosse melhor trabalhado na atenção básica, a comunidade teria melhor acesso. A Escola ainda não trabalhou com essa temática.

Quem: Sara Fiterman Lima, coordenadora estadual do Maranhão.

CV: <http://lattes.cnpq.br/9758819880252637>

Enfermeira, especialista em saúde mental. Trabalhava em hospital psiquiátrico, especialista pela UFRJ, trabalhei com saúde mental no Maranhão. A proposta de leitos psiquiátricos em hospital geral, que ganhou projeção mundial pelo êxito, e sempre estive envolvida com a docência, com a disciplina em saúde mental numa escola particular há 14 anos. Estava terminando o mestrado e fui convidada para trabalhar no projeto Caminhos do Cuidado, a proposta me encantou. Essa é uma questão que trago há muito tempo, que é a formação de pessoas que se aproximam da realidade, os ACS, a possibilidade de trabalhar uma intervenção breve daquelas pessoas que estão nas casas vivenciando as crises com a capacidade de produzir espaços de cuidado. Todos eles tinham diversas histórias, estão dentro da comunidade, lidando com pessoas que tinham sofrimento psíquico, e a proposta do projeto trazia uma resposta real. As possibilidades colocadas no curso eram viáveis para eles, a caixa de ferramenta era real e a ampliação era verídica e não tinha uma linha utópica de que vamos livrar o mundo das drogas, mas o que você pode fazer, quais são suas possibilidades de acolhimento dentro do seu contexto. Os tutores e alunos que se aproximaram desse processo trouxeram algo que vai além da formação, trouxeram para o Maranhão uma transformação, quantos profissionais de nível superior, 127, a produção de pessoas que vão levar esse conhecimento. Levou a saúde mental dentro da Escola Técnica do SUS, que não era valorizada, produziu espaços de reflexão sobre abordagens que são possíveis para os ACS e Atenfs, que hoje falam de redução de danos de forma esclarecedora transformando a visão dessas pessoas que vão disseminar conhecimentos. São mais de 17 mil profissionais de nível médio dentro do estado.



Tabaco – Não fumante.

1 - Chocante, é uma sensação muito difícil e acho que essa foi uma proposta interessante do MS quando usou essas imagens para sensibilizar as pessoas de que realmente o cigarro tem muitos efeitos que são deletérios.

2 - Não sei te dizer porque já vi muitos deles pegando o cigarro, não observando a imagem e permanecendo na utilização deles. Pode provocar um impacto, mas existe uma questão da

dependência produzida pelo tabaco, não sei o que pesa mais: a questão da dependência ou o impacto da imagem, mas acredito, pelo que tenho visto, é a necessidade do uso.

3 - Eu me apoiaria na segunda imagem. Existe uma coisa que é o desejo de todos de viver bem. A questão de um feto ou de outra imagem, acho que pode distanciar de você, câncer de pulmão, enfisema, pode achar que não vai acontecer comigo. E a coisa do desejo de viver bem, todos têm em si, não vai subjetivar ou tirar da vida dela nunca. Eu acho mais interessante a segunda imagem, produz mais efeito.

4 - Pelas próprias imagens, se você está ligado a um departamento que cuida de uma patologia, ele vai trabalhar em cima de uma prevenção para que essa patologia não ocorra. A gente sabe que o tabaco vai levar, em muitos casos, à existência de câncer, mas acho que é mais que isso. Essas mudanças passam por uma produção de subjetividade que seja ligada só à prevenção de uma determinada doença, mas à mudança das pessoas com relação ao cigarro. Havia um tempo em que as pessoas achavam um charme fumar e hoje se criou através das campanhas, que tiveram essa eficácia, uma subjetividade de que o cigarro faz mal. Hoje, quem fuma se sente constrangido em determinados espaços por estar com cigarro porque percebe que as pessoas se incomodam, então existe uma subjetividade que faz mais efeito. Colocando isso num determinado departamento de saúde mental se trabalha um contexto mais amplo onde a prevenção da doença surge como um dos pontos, mas não é só isso e acho que seria interessante que houvesse outros links, não só o câncer.

5 - Não estamos bem distantes disso. Te digo porque já vi. Na verdade, o programa antifumo ainda está no município e estado. Está crescendo, mas precisa de mais investimentos. Fui superintendente de ações de saúde no município, fiz a substituição de pessoas que estavam no projeto antifumo, modificar as pessoas e levar a difusão das informações no próprio município, pois existia uma deficiência muito grande da capilaridade do projeto nas unidades de saúde. Isso foi em 2013. Em dois anos não mudou muita coisa, era bem deficiente.

MINAS GERAIS

Montes Claros

Quem: Geraldo Antonio Reis, diretor.

Quando: 23/06/2015.

Onde: Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio e Fundamental, um órgão da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Rua Coronel Celestino, 65, Centro, Montes Claros (MG). CEP: 39400-014.

Tels.: (38) 3229-8594 / 8591 / 8592.

E-mail: ets@unimontes.br

Site: <http://www.unimontes.br>

CV: <http://lattes.cnpq.br/6516279346941546>

Possui graduação em Ciências Econômicas pela Faculdade de Administração e Finanças (atual Unimontes) (1987) e mestrado em Economia pela Universidade de São Paulo (1995). Atualmente é professor de Educação Superior da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e doutorando no Programa de Pós-Graduação em Geografia na PUC-MG.

Impressões – Minas Gerais tem duas Escolas, Unimontes e ESP BH. A segunda, desde a primeira formação, mostrou-se muito mais forte. Na mesa de abertura, por não ter chamado o diretor, ele se retirou do evento. A proposta era que a ESP coordenasse o estado. O resultado foi dado, depois de muita negociação: a autonomia para as duas Escolas. O que vi foi uma Escola fortalecida e um diretor empoderado, com entendimento e desejo de dar continuidade a outros cursos, com a capilaridade e potência do projeto Caminhos do Cuidado.



Tabaco – Não fumante. Consegui vencer esse assédio que é naturalmente promovido e oferecido pelo cigarro.

1 - Chocante, mas que, infelizmente, nem sempre choca o fumante.

2 - Essa campanha do MS tem ajudado e eles precisam ser cada vez mais contundentes. Entretanto, nem sempre se consegue atingir o objetivo, dada uma série de características e

outras variáveis que acabam levando as pessoas a continuarem com o vício do cigarro.

3 - Eu acho que a imagem da qualidade de vida é muito interessante, é mais inovadora e diferente. A outra cumpriu um papel importante ao longo da história, mas quem sabe não pode experimentar outro tipo de abordagem para ter maior redução? Tem havido diminuição, vejo como professor em sala de aula, que antes tinha mais de 80% dos alunos fumantes. Hoje é difícil encontrar alguém fumando, é um exemplo interessante. Mas, de qualquer modo, precisamos reduzir ainda mais o número de pessoas que aderem ao vício do cigarro.

4 - Poderia sim estar mais articulada com a política de saúde mental. É um vício e precisa ter mais campanhas educativas estimulando as pessoas a abandonarem o vício para reduzir o consumo, como existem campanhas estimulando o vício de drogas que podem causar danos.

5 - Eu acho muito pouco, precisaria fazer todo um esforço, como o projeto Caminhos do Cuidado fez. Faz parte daquelas perspectivas de projetos novos, arrojados e abrangentes para conseguir ampliar a nossa capacidade de lidar com as várias questões da saúde pública. Na Escola, possivelmente nos vários cursos já oferecidos, houve a abordagem relacionada aos males do tabaco, entretanto, não foi objeto de uma formação específica.

Quem: Aparecida Rosangela Silveira, coordenadora estadual.

CV: <http://lattes.cnpq.br/7205785912095413>

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2014) e mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (2001). Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1983). Atualmente é professora de Educação Superior da Universidade Estadual de Montes Claros. Analista de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde, assistência à saúde mental, cuidado primário de saúde mental e clínica psicanalítica.

Impressões – O diretor, entendendo que, pela dimensão do projeto, a escola não teria equipe para assumir a execução, e sendo professor da Unimontes, buscou no departamento de saúde mental da universidade a parceria. Convidou a coordenadora Rosangela para ser coordenadora estadual. Como ela estava fechando o doutorado, dividiu a coordenação com Leonardo, também do departamento, e levou Glória, antiga parceira, que põe a mão na massa e foi, de fato, a executora do projeto.



Tabaco - Não fumante.

1 - Desolação. Mas, para uma criança ficar assim, a pessoa teve que fumar muito, o uso prejudicial que é complicado.

2 - Claro que não (risos), porque o que leva as pessoas a fazerem uso abusivo de drogas não passa pelo nível da informação, não basta a informação, está na ordem da subjetividade, na ordem da posição na vida que faça com que determinadas pessoas não abram mão das drogas na vida delas. Vai para além da informação, a mesma lógica das DSTs, saúde reprodutiva. Tem de ter informação, mas ela não basta para mudar o comportamento.

3 - Não usaria nenhuma das duas, uma terceira via que falasse: você pode usar, mas que não seja prejudicial. Essa aqui está muito radicalizada pela lógica da vida saudável, tenho uma certa preguiça, pois virou camisa de força, todos têm de ter hábitos saudáveis. E a outra vai para o campo de provocar o horror, a relação da droga não se rompe pelo horror, são outras vias, fazer o uso, mas que não seja prejudicial.

4 - Conheço pouco desse programa, mas conheço da forma que tem sido adotado. No programa Saúde da Família ele desconsidera as particularidades e singularidades, são processos mais em massa, que se encaixam nele bem. Quem fica de fora é tratado de uma forma como se eles fossem incapacitados de lidar. Tem uma metodologia que deveria valorizar um pouco a singularidade, a particularidade do caso, mas o processo é para atingir grandes grupos. As massas excluem, ficam ligados à identidade, todo mundo tem que parar de fumar. Tem alguns que de acordo com a patologia deles, o momento que vivem, sabem disso em relação a outras drogas e às psicoses. Por exemplo, uma pessoa era usuária de tabaco e cocaína e esposa de um dos grandes traficantes da cidade, ela chega procurando o serviço para parar de usar a cocaína. Foi acolhida e conseguiu, aí eles queriam inseri-la no grupo do tabaco. Disse espera aí, dê um tempo para ela, pergunte se ela se interessa, e, quando ela quiser, vai procurar. Estava dando graças a Deus, tendo a oferta dentro de casa da cocaína, ela conseguiu abrir mão, são esses detalhes. Não tem de estar num ou no outro, tem de ser em parceria, para que essas coisas do biológico só que fiquem e sim a dimensão psíquica, social, deste corpo, de um coletivo e não de um extremo ou outro. Quem vai executar é irrelevante, é quem conseguir. O modelo que se propõe é que me preocupa, todos vão erradicar o cigarro. Por exemplo, uma amiga minha fumante quebrou a perna e no hospital a família resolveu tirar radicalmente o cigarro dela, irritada e contida. A primeira coisa que fiz foi dar um cigarro para ela, mas se você quiser fazer daqui uma oportunidade para você tem de fazer de forma orientada, pois não ia aguentar a abstinência, essa delicadeza que é introduzir a dimensão da subjetividade deveria ser valorizada nessa campanha.

5 - Não saberia avaliar porque o modelo biomédico faz a captação das pessoas. Enfermeiro, médico, dentista, tudo que é biomédico vai com mais facilidade, mais prescritiva. Eles têm facilidade com essa metodologia. Mas quando a gente fala em escutar, acolher, colocar as pessoas para trocarem experiência, eles têm resistência. O que sei é que na atenção primária há muitos profissionais trabalhando. Eles gostam dessa forma toda orientada pois se sentem tranquilos, justamente o ponto que critico. A universidade, que eu tenha conhecimento, não capacitou na área, já vi estudos sobre o tema, mas capacitação desconheço.

MINAS GERAIS

Belo Horizonte

Quem: Ludmila Brito e Melo Rocha.

Quando: 25/06/2015.

Onde: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

CV: <http://lattes.cnpq.br/6542728556756563>

Dentista, trabalhou na atenção primária em saúde, unidade básica, enveredou nos caminhos da docência na Escola de Saúde Pública nos cursos técnicos. Tem especialização em Saúde Coletiva, Gestão em Saúde na Fiocruz e mestrado em Enfermagem ampliando o olhar para Ciências Sociais e Gestão. Na Escola foi docente, referência técnica em saúde bucal, e, hoje, é Superintendente de Educação.

Abrilantar o leque de atuação da Escola. O Caminhos do Cuidado entra nesse escopo com muita propriedade. A proposta assustou, causou um estranhamento pela magnitude, com mais de 30 mil vagas. Minas é um estado muito grande, até então nunca tinha tido uma experiência de oferta simultânea de tantas vagas, de uma oferta simultânea a um público específico. Acho que o formato de governança de grupo condutor ajudou muito a alcançar a meta do projeto, a dialogar com os diversos atores, ajudou a dar um panorama maior ao projeto, que foi além da Escola, e para ajudar a azeitar essa proposta.



Tabaco – Não fumante.

1 - Chocante.

2 - Para quem é fumante, não, mas evitaria novos adictos.

3 – Eu me apoiaria na de qualidade de vida. Trabalha com perspectiva das práticas de promoção da saúde e não da doença. Mais agradável, traz noção de longevidade e felicidade correlacionada ao não uso.

4 - Complicado. Na verdade, vem uma mania de promoção de saúde que se confunde com a promoção da doença. O tanto que a promoção da saúde fica sendo uma agenda da saúde e não extrapola as coisas que ela aporta de fora, os próprios equipamentos de saúde em si, e tira do foco de um Instituto que está correlacionado com morbidade tão grave, ele que quer promover saúde e trata a doença. Esta mania traz um aspecto de leitura e discursos que é complexo, que é difícil de dissociar da doença para além da saúde e dos outros setores.

5 - Não. Existe uma lógica de normalização do uso do cigarro, por mais que tenho caminhado por essa “criminalização” dos espaços públicos, eu acho que o uso do cigarro ainda é normalizado. Diante de tantos desafios na atenção primária e saúde talvez essa não tenha sido a preocupação maior. Nós temos um centro de saúde aqui ao lado que faz grupo de pessoas para parar de fumar, existe um movimento interessante... A Escola não fez curso específico, mas dentro da assessoria de comunicação fazemos datas comemorativas, debates, a parceria firmada com o Centro de Saúde com quatro servidores participando.

Quem: Luciana Maria de Moraes Pereira, coordenadora estadual do projeto Caminhos do Cuidado.

Enfermeira na UFMG, trabalho na atenção primária no PSF. Apesar da afinidade com a atenção primária, estava cansada e fiz concurso para trabalhar na Gestão da Secretaria Estadual de Saúde. Depois, por problemas pessoais, busquei órgãos próximos à minha residência e tinha a Escola de Saúde Pública, e a oportunidade de trabalhar na coordenação do projeto Caminhos do Cuidado.



Tabaco – Não fumante.

1 - Chocante, horrível.

2 - Sim, me provoca repúdio de qualquer forma.

3 - Se tiver que escolher uma.... Eu acho que dá para trabalhar as duas em linhas diferentes porque as pessoas enxergam as pessoas de formas diferentes. Essa é mais atrativa para um e essa alerta mais o outro.

4 - A experiência que tenho é que quanto mais próxima do cidadão, melhor; trabalhar no território com os equipamentos sociais acredito que surte mais efeito, grupo de pares, de que a própria sociedade mobiliza em torno, terá mais efeito.

5 – Não. Porque pelo mesmo motivo que não sabe lidar com a questão de qualquer outro vício, o que é um viciado, saber as formas efetivas de lidar.... Na SES estão acontecendo ações, programa instituído há muito tempo que trabalha a questão de tabagismo, campanhas na Escola para não fumar, com várias intervenções, pois é um absurdo pessoas trabalhando na área da saúde fumarem.

RONDÔNIA

Quem: Angelita de Almeida da Rosa Mendes, diretora da Escola.

Quando: 29/06/2015.

Onde: Centro de Educação (Cefas).

Impressões – Por três vezes tentamos ir a Rondônia, mas, devido a dificuldades da malha viária, tivemos que adiar a viagem. Finalmente, chegamos e uma equipe hospitaleira (quanto maior a dificuldade de acesso, maior é o acolhimento) nos pegou no hotel. No carro, já estavam uma tutora e a coordenadora estadual. Na Escola, entrevistamos a diretora e mais uma orientadora, funcionária da Escola. Com os movimentos migratórios devido à descoberta do ouro e à implantação de duas usinas, os profissionais são oriundos de vários estados do país. A diretora é do Sul e a coordenadora, do Nordeste, mas todas estão há muito tempo em Rondônia. Por estar cravada na Região Amazônica, sofre com as dificuldades de deslocamento de tutor, falta de internet, difícil acesso, falta de aporte para realização das turmas e falta de entendimento da equipe nacional quanto às peculiaridades da região. Tudo isso somado à maior enchente já ocorrida em Rondônia. Conseguiram atingir a meta no número de turmas, mas não no número de alunos, faltando 99 para fechar. A metodologia ativa é uma novidade e o tema provocou uma transformação nas pessoas.

Enfermeira pela Universidade Federal de Rondônia, oriunda do Paraná, mestre em Educação, mora em Rondônia há mais de 20 anos e está dentro da Escola Técnica do SUS desde os seus primórdios, passando por todas as áreas. Trabalhou no pronto-atendimento, coordenou a estratégia Saúde da Família, a estratégia de DST-Aids e trabalhou no CAPS, sua grande paixão.

Eles estavam efetivando o curso de saúde mental para Agentes Comunitários de Saúde dentro do estado, que hoje já atingiu 20 turmas. Como faríamos o mesmo movimento junto aos gestores, essa era a dúvida. O macrorregional Felipe conversou conosco e assumimos o projeto. Estamos localizados em área de fronteira, a população faz grande uso de álcool, temos uma integrante da equipe que trabalha com saúde mental, tudo foi afunilando para darmos andamento ao projeto. Articulamos junto ao COSEMS. Montamos um grupo gestor dentro da Escola com integrantes do COSEMS, CAPS, coordenação estadual, assim o projeto não ficou à parte da Escola.



Tabaco – Não fumante (pai fumante, mãe fumante passiva por 27 anos).

1 - (tremeu). Me angustia, horripilante.

2 - Com certeza absoluta.

3 - Sendo escola, a de hábitos saudáveis. A imagem traduz muita coisa apesar de ser tão horripilante. As pessoas têm medo de vê-la. Talvez elas não se detivessem a essa imagem, você incentivando, promovendo a saúde e não a doença.

4 - Não sei se tem estudos na saúde mental. Como atuei no CAPS, ele tem papel importante nessa logística. A pessoa que inicia precocemente o uso do cigarro vai, provavelmente, em busca de outros. Os estudos também apontam que essas pessoas acabam desenvolvendo transtorno mental. Não é necessariamente um determinante, mas pode ser um condicionante.

5 - Acho que não. Fiz parte da estratégia Saúde da Família por 11 anos. As equipes nível superior e médio não são capacitadas, tanto nível superior e médio para atendimento, promoção à saúde e identificação dessas pessoas. A Escola nunca capacitou nessa área, nós tivemos uma parceria com a secretaria de Porto Velho, as DANTS (doenças não transmissíveis) e, dentre elas, uma fala sobre o fumo, mas não especificamente.

Quem: Amélia Cristina Santos Alcoforado, coordenadora estadual.

Nasci no Nordeste e vim procurar novos rumos no Norte. Formada em Educação Física, fiz pós em Saúde Mental e trabalhei no CAPS durante seis anos. Há quatro anos estou na Escola Técnica coordenando o curso de saúde mental na Escola, uma proposta de 20 turmas no estado. Já foram realizadas 10 turmas no interior.

O projeto foi um desafio grandioso, tudo novo. Temos muitas dificuldades no estado, grande dificuldade de locomoção, como vamos fiscalizar se as aulas estão correndo bem, mas a estrutura nacional nos apoiou e fomos caminhando devagar. Tivemos muitos pormenores, principalmente com as refeições. Começamos a trabalhar por regionais, são seis, e começamos a trabalhar nas localidades onde tinha tutor, tivemos poucos tutores. Numa segunda formação, capacitamos mais 10 tutores, conseguindo dar continuidade ao projeto. Ainda tivemos a maior enchente do estado, o que dificultou muito. E tem os problemas de comunicação, não temos internet, a demora de ceder um celular para a coordenação estadual. Destaco o tutor Marcos Pestana, oriundo do Espírito Santo, que estava morando em Ji-Paraná, que fez mais de 20 turmas, apelidado na região de Rondon, passando por todo tipo de adversidade. Graças a ele e mais dois que ela conseguiu fechar o estado todo. Os tutores fizeram o curso em Cuiabá, mas quase todos desistiram.



Tabaco – Não fumante.

- 1 - Assustadora, inacreditável.
- 2 - Acho que sim, com certeza.
- 3 - Hábitos saudáveis, mais leve, mais suave e mais agradável de ver.
- 4 - Não acho que está direitinho, o problema é que é difícil largar o vício e ele, por si só, já dá muito trabalho.
- 5 - Houve bastante curso para capacitar o pessoal, existe uma política e um tratamento. Acho que tinha que aumentar, ter em todo o lugar, nos PSFs.... Por ser algo tão grandioso, o fumo toma conta, ele já não tem vontade de parar e tem que ir naquele dia, naquele lugar, que é distante de sua casa...

RIO DE JANEIRO

Quem: Marta de Fatima Lima Barbosa, diretora da Escola.

Quando: 03/07/2015.

Onde: Escola Técnica do SUS Isabel dos Santos, Engenho de Dentro (RJ).

Impressões – O Rio de Janeiro foi um dos últimos estados a fechar e, mesmo assim, não atingiu a meta. Fizemos a primeira entrevista, piloto com o primeiro coordenador, e a penúltima entrevista com a segunda coordenadora. A Escola funciona hoje num andar do prédio do Hospital Psiquiátrico, onde funciona o Museu Nise da Silveira. O projeto se fortaleceu e deu vida à Escola, que estava enfraquecida. Essa ausência e enfraquecimento da ETSUS refletem na articulação com os gestores, que foi muito difícil. Com apoio do projeto e de outros parceiros, ela finaliza o projeto ganhando certa visibilidade.

Enfermeira na Escola de Enfermagem Ana Neri, trabalhou no Hospital de Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Lá atuou na Escola criada para qualificar a assistência prestada pelos profissionais do hospital. Depois, essa escola foi descentralizada com núcleos em outros hospitais federais e formava auxiliares de enfermagem. Em seguida, com a constituição, tornou-se embrião da Escola Técnica do SUS Isabel dos Santos e abriu para a clientela que atende municípios e Estados, uma Escola Técnica do SUS e engajada na Associação Brasileira de Enfermagem. Nessa Escola sempre atuou como coordenadora de curso, e docente e diretora assumiram em dezembro de 2013. A Escola estava vivenciando politicamente situações difíceis, era vinculada à SES e depois o Estado a transferiu para a rede FAETEC dificultando a liberação de recursos. O recurso humano foi perdido porque não foi com a mudança de Botafogo para o Engenho de Dentro. O projeto Caminhos do Cuidado foi um retorno ao trabalho de formação com trabalhadores do SUS. Deu visibilidade e força à ETSUS com apoio da Joaquim Venâncio. As duas articularam o projeto. Sempre atuando de forma descentralizada com essa metodologia, assim essa lógica era conhecida pela Escola, o importante foram as parcerias.



Tabaco – Não fumante.

1 – Chocante e me incomoda muito, me lembra das abordagens de gestante fumando, o bebê está fumando, a mãe pensa que o bebê está fumando: é isso que você quer para o seu bebê? Mas

a decisão é dela.

2 - Não. Sempre percebi que choca, mas as pessoas criavam artifícios de não olhar, isso não impedia ninguém de fumar.

3 - Prefiro o hábito saudável, ficar longe do cigarro, discutir, mas sem mostrar essa imagem cruel e perversa.

4 - O INCA tem toda uma estatística dos malefícios do fumo, mas penso que deveria ser ampliada, não pensar muito a doença, e sim, a prevenção, e entraria a saúde mental. A ansiedade leva ao fumo, teria que ser trabalhado na perspectiva da saúde mental.

5 - Não. Aqui na Escola não tem um trabalho nesse sentido, o próprio INCA diz que quem é fumante vai para lá, isso não resolve. O trabalho tem de ser de investimento junto aos trabalhadores, muitos profissionais fumam, como vão defender essa ideia?

BLUMENAU

Quem: Claudia Vilela de Souza Langue, diretora da ETSUS de Blumenau.

Quando: 06/07/2015.

Onde: ETSUS Blumenau.

Impressões – Devido a um ruído de comunicação (a coordenadora, de férias, não lia os e-mails, e a diretora não foi copiada), Blumenau, que seria gravado junto com a EFOS, acabou tendo que ficar por último. Esse motivo as deixou um pouco culpadas pelo mal-entendido. Quando chegamos, elas estavam esperando com café, cuca e todos os carinhos. A própria diretora nos levou para almoçar, deixou o dia disponível para nos ciceronear deixando a gente no ônibus executivo que leva ao aeroporto. Muito gentil e disponível. Só não demos uma volta na cidade, pois chovia muito. O prédio da Escola é novo, tem apenas três anos, com belo auditório e instalações. Senti falta da ex-diretora da EFOS, que iria nos encontrar lá, mas não apareceu.

Pedagoga, está na Escola há 20 anos, tendo 28 anos de prefeitura, antes na educação e depois na saúde. Há dez anos está na direção da Escola. Começou com PROFABES, PROFAE e, em maio, concluíram o projeto Caminhos do Cuidado. Elogiou muito o projeto, em todos os sentidos, apenas ressaltou o problema com os tutores que levou ao atraso de atingir a meta. A Escola é muito presente nos municípios. Quando começa um projeto, a Escola conversa primeiro com os gestores, aprova no colegiado e no Conselho de Saúde que funciona na Escola. Outra dificuldade foi que só podemos começar em março devido às férias coletivas na região. Mas conseguimos as 65 turmas, cumprindo o objetivo. Víamos na avaliação como foi necessário na atenção básica, muito bem avaliado, o material muito bom e agora as outras categorias querem o curso também. O conteúdo será incorporado nos cursos da Escola. Acompanhamos todas as turmas não tendo evasão de alunos. Caso o aluno faltasse comunicava ao gestor.



Tabaco – Não fumante.

1 - Chocante.

2 - Acho que sim, quem fuma pelo menos pensa em deixar ou reduzir, pode não parar.

3 - A que choca, com certeza.

4 - Nunca tinha pensado nisso, acho que faria diferença até pela abrangência que a saúde mental está tomando, seria interessante para fazer o trabalho de promoção.

5 - Eles têm capacitação, mas poderia ser maior. É um trabalho que deveria mostrar outras maneiras de trabalhar com o usuário, outras abordagens, capacitar os profissionais sobre como abordar. Ah, já tentou parar? Fazer essa conversa, usar sala de espera.... Antes usava mais, tinha TV com filmes educativos. Antes conseguia com a Fiocruz, tinha 10 cópias de filmes educativos de tabagismo, hoje estão vendo novela. Falta de capacitar e mostrar que esse espaço é educativo. A Escola capacitou há muito tempo, hoje é só o recurso que vai para o Estado, que está bem deficitário, temos que ativar. Quando falamos nos municípios sobre o tabaco, eles dizem que isso é responsabilidade do estado.

ANEXO 04

TABULAÇÃO DOS ENTREVISTADOS NO CAMPO

ANEXO 04

Tabulação dos entrevistados no campo

Data	13/03/2015	
Local	Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha	
Localização	Acre	
	Norte	
Entrevistado	Anna Lucia Leandro de Abreu	Maria de Nazaré Bezerra Figueiredo
Cargo	D	C
Formação	Letras.Pós-graduada em Gestão Escolar pela Universidade Gama Filho	Pedagoga
	Pós-graduada em Financiamento e Elaboração de Projetos da Saúde	
	Pós-graduada em Gestão na área da Saúde	
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Não	Não
1	Impactante	Imagem forte.
2	Sim	Não. Mas me faria pensar duas vezes antes de pegar o cigarro
3	Imagem Feto	Imagem Feto
4	SaudeMental	INCA Saude Mental
5	Não	Não.

Data	31/03/2015	
Local	Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora – ETSAL	
Localização	Alagoas	
	Nordeste	
Entrevistado	Janaína Duarte Andrade	Emilene Andrada Donato
Cargo	D	C
Formação	cirurgiã-dentista	Sanitarista
	Especializações em Saúde Pública e em Gestão em Saúde	Especializou em saúde pública, especialização em saúde mental
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Não	Não
1		Chocante. Tristeza.
2	Não.	Não.
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	INCA SaudeMental	Saude Mental
5	Não	Não.

Data	27/05/2015	Data	05/05/2015
Local	Escola de Formação Profissional	Local	Escola Técnica do SUS Dr. Manuel Ayres
	Enfermeira Sanitarista		
	Francisca Sadreda		
Localização	Amazonas	Localização	Amapá
	Norte		Norte
Entrevistado	Acácia de Lima Uchuyama	Entrevistado	Eliana Maura Teixeira Cardoso
Cargo	D	Cargo	D
Formação	enfermeira	Formação	Enfermeira, formada em farmácia e bioquímica no Pará
			Formada em gestão em saúde pública
Perfil	SUS	Perfil	SUS
Sexo	F	Sexo	F
Fumante	Não	Fumante	Ex
1	Impactante.	1	É muito triste, sentimos impotente
2	Sim	2	Sim
3	Qualidade de Vida	3	Qualidade de Vida
4	INCA	4	INCA
5	Não	5	Não

Data	16/04/2015	
Local	Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis	
Localização	Bahia Nordeste	
Entrevistado	Claudia Cristiane Moura Silva Souza	Maria José Cortes Camarão
Cargo	C	D
Formação	Enfermeira Especialista em enfermagem do trabalho	Enfermeira
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	
Fumante	Não	Ex
1	É triste	Sensação muito ruim.
2	Não, quem fuma nem olha essa imagem	Sim
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	Não perguntei pois não é da área da saúde	Saude Mental
5	Não	Não.

Data	03/06/2015	
Local	Escola de Saúde Pública do Ceará	
Localização	Ceará	
	Nordeste	
Entrevistado	Raimunda Felix de Oliveira	Isabel Cristina Cavalcanti Carla Diniz
Cargo	C	D
Formação	psicologa	farmacêutica
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Não	Não
1	Aversiva	Muita pena.
2	Não	Não
3	Imagem Feto	Imagem Feto
4	SaudeMental	INCA Saude Mental
5	Sim	Não

Data	14/04/2015	
Local		
Localização	Distrito Federal	
	Centro-Oeste	
Entrevistado	Tereza Cristina dos	Ena de Araújo Galvão
	Reis Lyra Martins Leite	
Cargo	C	D
Formação	Psicóloga	Pedagoga.
	Especialização em Educação a Distância e	
	Planejamento e Administração de Recursos Humanos	
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Não	Ex fumante
1	Imagem que choca	Ave Maria...é um crime
2	Não.	Sim
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	SaudeMental	INCA
5	Sim.	Não

Data	25/03/2015		
Local	Escola Técnica e Formação		
	Profissional de Saúde Professora		
	Ângela Maria Campos da Silva		
Localização	Espírito Santo		
	Sudeste		
Entrevistado	Elzimar Evangelista Peixoto Pinto	Regina Célia Diniz Werner	Marudiney Brasil César Rodrigues
Cargo	C	D	Tutora
Formação	Psicóloga , especialização em Saúde da Família e em Intervenção Sistêmica com Famílias	Enfermeira ênfase Saúde Pública	Enfermeira especialista em apoio institucional
Perfil	SUS	SUS	SUS
Sexo	F	F	F
Fumante	Não	Não	Não
1	Incomoda,dor, sofrimento.	Nossa Deus. Sinto um misto de tristeza e desespero.	choque total, não consigo nem ficar olhando essa imagem.
2	Não, a imagem me é muito distante	Não. Essa imagem está mais ligada a aborto de que tabaco.	Não.
3	Qualidade de Vida	Imagem Feto	Qualidade de Vida
4	INCA	INCA	Saude Mental
5	Não	Sim	Não

Data	10.06.2015		
Local	Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás		
Localização	Goiás Centro-Oeste		
Entrevistado	Meire Incarnação Ribeiro Soares	Nelson Bezerra Barbosa	Miriã Alves Coutinho
Cargo	Diretora	atual Diretor	farmacêutica e enfermeira
Formação	fisioterapeuta	psicólogo	
Perfil	SUS	SUS	SUS
Sexo	F	M	F
Fumante	Não	Ex	Não
1	Choca	Dura, pesada, sentimento de choque	Pena
2	Sim	Sim	Seria um impacto
3		Imagem Feto	
	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida	
4	INCA	INCA	INCA
	SaudeMental	Saude Mental	
5	Nunca é completa	Não	Sim

Data	23.06.2015	
Local	Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio	
Localização	Minas Gerais/Montes Claros	
	Sudeste	
Entrevistado	Geraldo Antonio Reis	Aparecida Rosangela Silveira
Cargo	Diretor	coord. Estadual e de saúde mental
Formação	economista	psicóloga
Perfil	SUS	SUS
Sexo	M	M
Fumante	não	Não
1	Chocante	Desolação
2	Não	Não
3	Qualidade de Vida	Nenhum dos dois
4	INCA SaúdeMental	INCA Saúde Mental
5	Não	Não

Data	25.06.2015	
Local	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais	
Localização	Minas Gerais/Belo Horizonte	
	Sudeste	
Entrevistado	Ludmila Brito e Melo Rocha	Luciana Maria de Moraes Pereira
Cargo	superintendente de educação da Etsus	C
Formação	Dentista, mestrado enfermagem	enfermeira na UFMG
	especialização em saúde coletiva, gestão em saúde	trabalho na atenção primária no PSF
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Não	Não
1	Chocante	Chocante, horrível
2	Não	Sim
3	Qualidade de Vida	Imagem Feto Qualidade de Vida
4	INCA Saude Mental	Nenhum dos dois
5	Não	Não

Data	19/05/2015	
Local	Escola Técnica do SUS Profª Ena de Araújo Galvão	
Localização	Mato Grosso do Sul	
	Centro-Oeste	
Entrevistado	Ewângela Aparecida Pereira	Francisca Joséia Moreira da Silva
Cargo	C	D
Formação	Pedagogia e Direito, Especialização em saúde coletiva.	Administradora, formação em gestão financeira especialista em administração pública, controladoria
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Não	Não
1	Impactante	Destruidor, negativo, imagem muito forte.
2	Não	Não sei
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	INCA SaudeMental	INCA Saude Mental

Data	19/05/2015	
Local	Escola Técnica do SUS Profª Ena de Araújo Galvão	
Localização	Mato Grosso do Sul	
	Centro-Oeste	
Entrevistado	Ewângela Aparecida Pereira	Francisca Josélia Moreira da Silva
Cargo	C	D
Formação	Pedagogia e Direito, Especialização em saúde coletiva.	Administradora, formação em gestão financeira especialista em administração pública, controladoria
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Não	Não
1	Impactante	Destruidor, negativo, imagem muito forte.
2	Não	Não sei
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	INCA SaudeMental	INCA Saude Mental
5	Não	Não. Os profissionais da saúde não estão preparados e nem capacitados.

Data	18/05/2015	
Local	Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso	
Localização	Mato Grosso	
	Centro-Oeste	
Entrevistado	Marta Maciel Metello Mansur Bumlai	Rosiene Rosa Pires
Cargo	D	O
Formação	Assistente social	Professora de ensino médio
	Especialização em saúde pública, gestão	da Universidade Estadual do MT.
	elaboração de projetos e direito público	Diretora regional de saúde/Araguais do Carajá
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Ex	Não
1	Muito triste, chocante	A gente choca
2	Sim.	Não
3	Imagem Feto	Qualidade de Vida
4	INCA	Saude Mental
	SaudeMental	
5	Não.	Não

Data	05/05/2015	
Local	Escola Técnica do SUS Dr. Manuel Ayres	
Localização	Pará	
	Norte	
Entrevistado	Raimundo Nonato Bitencourt de Sena	Rafaela de Nazaré Chiappetta
Cargo	D	C
Formação	Médico, especializado em Saúde Pública e Gestão Hospitalar e Sistemas de Saúde	Nutricionista , Especialização em Gestão Pedagógica
	Docente na Universidade do Pará	
Perfil	SUS	SUS
Sexo	M	F
Fumante	Ex	Não
1	Algo degradante.	medo.
2	Não.	Sim
3	Qualidade de Vida	Imagem Feto
4	INCA SaudeMental	Saude Mental
5	Não.Ainda é muito incipiente	Não

Data	02/06/2015	
Local	Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba	
Localização	Paraíba	
	Nordeste	
Entrevistado	Jonathan Elias Teixeira Lucena	Shirlene Queiroz de Lima
Cargo	C	C
Formação	Professor de Educação Física	psicologa
Perfil	SUS	SUS
Sexo	M	F
Fumante	Não	Não
1	Tristeza e angustia	Bem assustadora.
2	Não	Não
3	Imagem Feto Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	SaudeMental	INCA Saude Mental
5	Não	Não

Data	17/04/2015	
Local	Escola de Saúde Pública de Pernambuco	
Localização	Pernambuco	
	Nordeste	
Entrevistado	Célia Maria Borges da Silva Santana	Lívia Milena Barbosa de Deusimelo
Cargo	D	C
Formação	Assistente Social, especialização em gestão de serviço de saúde mestrado em educação para docência para a área de saúde	Fisioterapeuta, sanitarista
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Não	Sim
1	É uma sensação ruim, é traumática.	É um sentimento bem ruim
2	Não	Não.
3	Qualidade de Vida	Imagem Feto Qualidade de Vida
4	SaudeMental	Saude Mental
5	Não.	Não.Muito pouco.

Data	07/05/2015	
Local	Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez	
Localização	Piauí Nordeste	
Entrevistado	Patrícia Samara Portela Oliveira.	Francisca Josélia Moreira da Silva
Cargo	C	D
Formação	Enfermeira e professora. Atua na atenção básica e no consultório de Rua	Administradora formação em gestão financeira especialista em administração pública
Perfil	SUS	SUS
Sexo	M	F
Fumante	Não	Não
1	Olho com tristeza	Destruidor, negativo, imagem muito forte.
2	Sim, evita.	Não sei
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	SaudeMental	Ambas
5	Não.	Não.

Data	22/04/2015	
Local	Escola de Saúde Pública do Paraná e Centro Formador	
Localização	Paraná	
	Sul	
Entrevistado	Carolina Bocchi Maia	Rejane Cristina Teixeira Tabuti
Cargo	C	Orientadora
Formação	Enfermeira do trabalho especializada na temática de dependência química.	Enfermeira coordenação estadual de saúde mental.
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Não	Não
1	Eu fecho o olho, essa imagem é horrrosa.	Pena
2	Não.	isso não é comigo não.
3	Nenhuma das duas	Qualidade de Vida
4	INCA	NA
5	Não.	Não. Muito pouco preparado

Data	04/03/2015	03/07/2015
Local	Instituto de Psiquiatria da UFRJ/ IPUB/ Urca	Escola Técnica do SUS Profª Izabel dos Santos
Localização	Rio de Janeiro	
	Sudeste	
Entrevistado	José Carlos Campos	Marta de Fatima Lima Barbosa
Cargo	C	D
Formação	enfermeiro	enfermeira
Perfil	SUS	X
Sexo	M	F
Fumante	Sim	Não
1	agressiva e pouco informativa	Chocante, me incomoda muito
2	Não	Não
3	Qualidade de Vida	Imagem Feto
4	NA	SaudeMental NA
5	Não	Não

Data	09/03/2015	
Local	Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa	
Localização	Rio Grande do Norte Nordeste	
Entrevistado	Jorge Luiz de Castro	Valéria de Queiroz Diogenes Negreiros
Cargo	D	C
Formação	Jornalista Especialização Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Saúde Coletiva.	Assistente social
Perfil	SUS	SUS
Sexo	M	F
Fumante	Ex	Não
1	Precisa fazer muita coisa ainda	Terror. Imagem horrível, horripilante Me dá mal estar.
2	Não	Não. Não é comigo é com outro.
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	NA	NA
5	Não	Não.

Data	29.06.2015	
Local	CETAS	
Localização	Rondonia	
	Norte	
Entrevistado	Angelita de Almeida da Rosa Mendes	Amélia Cristina Santos Alcoforado
Cargo	diretora	coordenadora estadual
Formação	enfermeira	educação física
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	não	Não
1	Me angustia, horripilante	assustadora, inacreditável
2	Com certeza absoluta	Acho que sim
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	SaudeMental	INCA
5	Não	Sim

Data	28/05/2015		
Local	Escola de Saúde Pública de Roraima		
Localização	Roraima		
	Norte		
Entrevistado	Luciana Freitas dos Santos,	Neile Vieira Campos Carneiros	Patrícia Ludmila Barbosa de Melo
Cargo	C	D	O
Formação	pedagoga	gestora pública	fisioterapeuta
Perfil	SUS	SUS	SUS
Sexo	F	F	F
Fumante	Não	Sim	Não
1	Feia	Prefiro não ver.	Ela é chocante, mas não impacta
2	Sim	Não	Não
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	Não soube responder	Não soube responder	INCA
5	Não	Não	Sim

Data	08/04/2015	
Local	Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul	
Localização	Rio Grande do Sul Sul	
Entrevistado	Naia Cloe Aenhe Corrêa	Waleska Antunes da Porciúncula Pereira
Cargo	C	D
Formação	Letras, Especialização em Administração Planejamento para Docentes, em Gestão Pedagógica	Enfermeira.Licenciatura Mestrado em Enfermagem
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Ex	Ex. Fumar fazia parte da vida social.
1	Horrível. Hoje sou contra o cigarro. Deus me livre	Uma imagem chocante
2	Sim	Não sei te dizer
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	INCA	INCA Saude Mental
5	Não.	Não

Data	16.06.2015	06/07/2015
Local	Escola de Formação em Saúde – EFOS	Escola Técnica do SUS Profª Ena de Araújo Galvão
Localização	Santa Catarina - Floripa	Santa Catarina - Blumenau
	Sul	Sul
Entrevistado	Alessandra Dias da Silva	Claudia Vilela de Souza Langue
Cargo	C	D
Formação	Administradora	Pedagoga
Perfil	SUS	SUS
Sexo	F	F
Fumante	Não	Não
1	Horrível, não dá vontade de fumar.	Chocante
2	Sim	Sim
3	Imagem Feto	Imagem Feto
4	INCA SaudeMental	INCA SaudeMental
5	Não, poderia estar mais	Não

Data	01/04/2015		
Local	Escola Técnica de Saúde – ETSUS/FUNESA		
Localização	Sergipe		
	Nordeste		
Entrevistado	Alessandro Augusto Soledade Reis	Beatriz Cristina Gomes dos Santos	Rosiane Azevedo da Silva Cerqueira
Cargo	D	C	Orientadora
Formação	Psicólogo, Mestrando em Educação em Saúde Especialista em Gestão do Trabalho Saúde Pública e Saúde da Família	Assistente Social. Especialização de Gestão de Saúde Coletiva e da Família e em Gestão do Trabalho e Educação	Odontóloga, Especialista em Saúde Coletiva
Perfil	SUS	SUS	SUS
Sexo	M	F	F
Fumante	Não	Não	Não
1	Choca. Fico estarecido. E	Tristeza.	Tristeza, temor, cena forte e violenta
2	Não	Não.	Não
3	NA	Imagem Feto	Qualidade de Vida
4	INCA SaudeMental	Saude Mental	INCA Saude Mental
5	Não.	Não.	Não.

Data	10.06.2015		
Local	Escola de Saúde Pública de São Paulo		
Localização	São Paulo Sudeste		
Entrevistado	Ricardo Chaves de Carvalho	Maria Elisabeth Ferreira de Paula	Maria Graça Lopes César
Cargo	D	D	D
Formação	pedagogo	psicóloga e pedagoga	pedagoga e administradora
Perfil	SUS	SUS	SUS
Sexo	M	F	F
Fumante	Ex	Não	Fumante
1	É duro	Tristeza, lamento	Tristeza, muita tristeza.
2	Talvez não	Não sei	Não
3	Qualidade de Vida	Imagem Feto - uma terceira via	Qualidade de Vida
4	INCA SaudeMental	Saude Mental	Saude Mental
5	Tem tido um esforço muito grande para isso	Não	Não

Data	10.06.2015	
Local	Escola de Saúde Pública de São Paulo	
Localização	São Paulo	
	Sudeste	
Entrevistado	Carolina Rosa de Barros Feitosa	Maria Graça Lopes César
Cargo	C	D
Formação	assistente social	pedagoga e administradora, especialização em saúde pública gerência de serviço de saúde e administração hospitalar
Perfil	SUS	SUS
		RedePrivada
Sexo	F	F
Fumante	não	Sim
1	deprimente	Tristeza
2	Não	Não
3	Imagem Feto	Qualidade de Vida
4	INCA SaudeMental	Saude Mental
5	Não	Não

Data	16/03/2015		
Local	Escola Tocantinense de Sistema Único de Saúde		
Localização	Tocantins		
	Norte		
Entrevistado	Márcia Valéria Ribeiro de Queiroz Santana	Maria Auri Gonçalves	Marudiney Brasil César Rodrigues
Cargo	D	C	Tutora
Formação	Cirurgiã dentista, odontologia social Sanitarista com especialização em educação em saúde	História. Especialista em Saúde Pública pela ENSP. Subsecretária estadual de Saúde	Enfermeira especialista em apoio institucional
Perfil	SUS RedePrivada (consultório)	SUS RedePrivada	SUS RedePrivada
Sexo	F	F	F
Fumante	Não	Ex	Não
1	Muito forte, chocante	Repulsa	choque total,nem ficar olhando essa imagem.
2	Não.	Não. o vício é mais forte que essa imagem	Não.
3	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida
4	INCA SaudeMental	Saude Mental	Saude Mental
5	Não	Não.	Inicpiente, no sentido de prevenção