



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**TABAGISMO E QUALIDADE DE VIDA:
UM ESTUDO DAS IMPLICAÇÕES BIOPSISSOCIAIS
À LUZ DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

CLÊNIA MARIA TOLEDO DE SANTANA GONÇALVES

JOÃO PESSOA/PB
Agosto/2013

CLÊNIA MARIA TOLEDO DE SANTANA GONÇALVES

**TABAGISMO E QUALIDADE DE VIDA:
UM ESTUDO DAS IMPLICAÇÕES BIOPSIKOSSOCIAIS
À LUZ DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, por *Clênia Maria Toledo de Santana Gonçalves*, sob a orientação de Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social.

JOÃO PESSOA/PB
Agosto/2013

G635t Gonçalves, Clênia Maria Toledo de Santana.
Tabagismo e qualidade de vida: um estudo das
implicações biopsicossociais à luz das representações
sociais/ Clênia Maria Toledo de Santana Gonçalves.- João
Pessoa, 2013.
315f.
Orientador: Maria da Penha de Lima Coutinho
Tese (Doutorado) – UFBP/CCHL
1. Psicologia social. 2. Tabagismo. 3. Representações
sociais. 4. Saúde coletiva. 5. Saúde pública. 6. Qualidade de
vida.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

**TABAGISMO E QUALIDADE DE VIDA:
UM ESTUDO DAS IMPLICAÇÕES BIOPSIKOSSOCIAIS
À LUZ DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

CLÊNIA MARIA TOLEDO DE SANTANA GONÇALVES

Data da Defesa: João Pessoa, 14 de maio de 2013

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho
(UFPB, Orientadora)

Profa. Dra. Ana Raquel Rosas Torres
(UFPB, Membro Interno)

Profa. Dra. Ieda Franken Rodrigues
(UFPB, Membro Interno)

Profa. Dra. Natália Ramos
(UAL, Membro Externo)

Profa. Dra. Cristiane Galvão Ribeiro
(UNIPÊ, Membro Externo)

*À minha **família de origem**, em especial a **minha avó**
materna, onde tudo começou, ao buscar novos
horizontes para os seus oito filhos, e a partir daí
continuados pelos meus pais!*

AGRADECIMENTOS

Ao meu **DEUS**, habitante perene em meu Ser, pela sua infinita bondade e onipresença em
minha vida;

Aos meus **pais** por todo amor a mim dedicado ao longo de suas vidas;

À **família por mim construída**, lugar de refúgio e acolhimento;

À **Maria da Penha de Lima Coutinho**, antes de tudo companheira e amiga, entretanto, ao longo de quase quatro anos tornou-se minha orientadora, e com ela construí, não só um trabalho de pesquisa, mas, sobretudo, uma relação de respeito e confiança!

À **Ana Raquel Rosas Torres**, por ter aceitado prontamente ser a minha leitora. Momento sublime que a vida nos reserva, ontem minha aluna, hoje, minha mestra: Avalia-me;

Às professoras **Cristiane Galvão**, **Natália Ramos** e **Yeda Franken Rodrigues**, pelas valiosas contribuições tantos compromissos aceitaram gentilmente participarem da banca avaliadora;

Aos colaboradores iniciais, **Yordan**, **Rayanne** e **Élyman**, verdadeiros “anjos” a mim enviados, não medindo esforços, contribuindo de forma inestimável;

À **Rebecca Atayde**, por levar-me de forma carinhosa e competente, ao intrigante universo dos números;

Ao **Márcio de Lima Coutinho**, pela incomensurável presença profissional, apoiando-me competentemente em toda base estatística;

Aos alunos **Alexandre**, **Rebecca Pessoa**, **Nídia** e **Isabela** pela disposição em ajudar-me em uma ‘preocupante’ segunda coleta dos dados;

Aos colegas do Doutorado e do Núcleo, em especial **Andréa**, **Iany** e **Roseane** pela irmandade e presença nos momentos mais difíceis da caminhada; à **Miriam Ross**, pela força e apoio técnico; a **Lidiane**, pelos “outs” e a iniciação ao *Tri-deux-Mots*; a **Rosane**, pelo diálogo com Alceste e pelas “buscas” nas bases de dados, que inclusive o faz com mestria; ao **Marcelo** pelas ajudas no PASW;

A todos os meus **colegas do Departamento**, pela manifesta compreensão em relação à minha ausência às reuniões departamentais. Aqui, faço uma menção especial aos professores **Valdiney Bezerra** pelo respeito que me dedicou na condição de sua aluna, e **Evelyn Rúbia Albuquerque Saraiva** (duplamente colega), pelos “pitacos”, como ela mesma diz, tão valiosos e fundamentais para o desenvolvimento das minhas ideias;

A torcida dos **amigos**, e a **todos** que cooperaram com esta pesquisa, direta ou indiretamente;

Um agradecimento especial aos *fumantes do CAIS-Jaguaribe* que,
movidos pela força interna, buscaram ajuda para o enfrentamento do processo de cessação
tabágica;

Aos *fumantes* de outras instituições que não haviam sido tocados por essa força na direção
de uma melhor qualidade de vida;

Aos *ex-fumantes*, por ter tido esta força materializada na cessação tabágica;

Aos *não fumantes*, por ter conseguido um “abrigo” interno suficiente para enfrentar a vida e
a dor do existir;

Enfim, a todos os *participantes*,
a minha gratidão pela contribuição ao presente estudo, pois sem eles este projeto não teria
sido realizado.

RESUMO

Revisitando o percurso sócio-histórico do tabagismo, observa-se, a partir de meados do século XX, uma disseminação mundial do seu uso, com ajuda de técnicas avançadas de marketing e de publicidade. Nesse período, revistas e jornais ocupavam páginas inteiras com a exibição de anúncios coloridos sobre o uso do cigarro; propagandas mostravam marcas de cigarros famosos, com suas divas e galãs ostentando um pomposo cigarrinho na boca, sinalizando estilo de vida sofisticado. Nos dias atuais o tabagismo é considerado um problema de saúde pública mundial, responsável por provocar doenças limitantes e/ou fatais, afetando, substancialmente, a qualidade de vida das pessoas. Diante dessas premissas, esta tese tem como objetivos principais apreender as representações sociais do tabagismo de fumantes e não fumantes e avaliar a qualidade de vida destes. Para instrumentalizar essa pesquisa, utilizou-se o arcabouço teórico das representações sociais, pela possibilidade de apreender a interação sujeito/objeto social, sobre a qual os indivíduos constroem uma realidade particular, determinando os comportamentos. Para alcançar os objetivos propostos, realizou-se dois estudos. O primeiro, refere-se a uma pesquisa de cunho exploratório-descritivo, com abordagem multimétodo, com uma amostra de 120 adultos, sendo 60 fumantes e 60 não fumantes, do sexo masculino e feminino em um serviço especializado de saúde pública e três instituições de ensino público; os instrumentos utilizados foram um questionário biossociodemográfico, uma entrevista semi-estruturada, a técnica da Associação Livre de Palavras, e o questionário de Tolerância de *Fagerström*. A coleta dos dados foi realizada de forma individual, sendo as entrevistas gravadas e posteriormente analisadas por meio do programa *Alceste*; e a técnica de Associação Livre de Palavras foi processada pelo software *Tri-deux-Mots*. Este estudo mostrou que o tabagismo apresenta uma maior incidência no grupo das mulheres, solteiros, com ensino médio, faixa etária em torno de 40 anos e idade do início tabágico entre 10-20 anos, objetivado negativamente por parte da ciência e da coletividade, e ancorado num contexto físico-químico, psicossocial e subjetivo. No segundo estudo utilizou-se uma pesquisa de caráter quantitativo, em uma amostra de 160 adultos do sexo masculino e feminino, sendo 80 fumantes e 80 não fumantes, realizado em três instituições de ensino público, cujos instrumentos foram um questionário biossociodemográfico, o questionário de Tolerância de *Fagerström* e o *Whoqol-bref*. O questionário biossociodemográfico, o Questionário de Tolerância de *Fagerström* e o *Whoqol-bref* foram submetidos à análise do pacote estatístico para as Ciências Sociais (PASW, versão 18). Os dados mostram também um predomínio do sexo feminino, solteiros, com destaque para o ensino médio, e início do tabagismo com idade média de 15,9, e a qualidade de vida dos fumantes é majoritariamente inferior que as dos não fumantes. O presente objeto de estudo revela-se como um fenômeno complexo, multidimensional e multifatorial. Espera-se que este gere mais conhecimentos, amplie o diálogo entre os diversos campos da ciência, ademais da psicologia social, bem como promova reflexões no sentido de propostas interventivas, sobretudo as de caráter preventivo.

Palavras-chave: Tabagismo, Representações Sociais, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Revisiting the socio historical course of smoking, it is observed that in the mid of twentieth century occurred a worldwide broaden of its use supported by advanced marketing and advertising techniques. During this period, magazines and newspapers had occupied entire pages by exhibiting colorful ads concerning cigarette use; advertisements showed famous cigarette brands, with divas and heartthrobs showing pompous cigarette in their mouth, signaling this way a sophisticated lifestyle. Nowadays smoking is worldwide considered a public health problem, causing limiting diseases and/or life-threatening, affecting substantially the quality of life of people. Based on these assumptions, this thesis aims at apprehending the social representations of tobacco elaborated by smokers and nonsmokers and evaluate the quality of their life. In order to carry out this research, it was used the theoretical approach of the social representations, mainly for the possibility of assessing the interaction between subjects/social object, on which individuals construct a particular reality, determining behaviors. To achieve the proposed aims, it was carried out two studies. The first study is about an exploratory research, characterized by a multi-method approach, with a sample of 120 adults, males and females, 60 smokers and 60 nonsmokers who develop professional activities in specialized public health institutions and three public institutions of education. The research instruments used were a biossociodemographic questionnaire, semi-structured interviews, the technique of free words association and the Fagerström Tolerance questionnaire. The data gathering was individually carried out, the interviews were recorded and subsequently analyzed using the software *Alceste*, and the technique of free words association was processed by software *Tri-deux-mots*. This study revealed that smoking has a higher incidence in the group of women, high school bachelors, aged around 40 years and age of smoking between 10-20 years, negatively objectified by science and the community, and anchored in physicochemical, psychosocial and subjective contexts. The second study, characterized by quantitative research, counted on a sample of 160 adults, male and female, 80 smokers and 80 nonsmokers. It was carried out in three public education institutions and counted on the following instruments: a biossociodemographic questionnaire the questionnaire *Fagerström* Tolerance and *Whoqol-bref*. These instruments were analyzed by the statistical package for Social Sciences (SPSS, version 18). The data indicated a predominance of single high school women who started smoking with an average age of 15.9. The quality of life of smokers is mostly lower than those of nonsmokers. The social object of this study is revealed as a complex, multidimensional and multifactorial phenomenon. It is expected these findings may generate more knowledge, expand the dialogue between the various fields of science, apart from social psychology, as well as promote reflections concerning interventional proposals, especially those of preventive approach.

Keywords: Smoking, Social Representations, Collective Health, Public Health, Quality of Life.

RÉSUMÉ

Revisiter le parcours historique socio du tabagisme, on observe que dans le milieu du XXe siècle, a eu lieu un mondial élargir son utilisation soutenue par des techniques de marketing et de publicité de pointe. Durant cette période, les magazines et les journaux avaient occupé des pages entières en exposant publicités colorées concernant l'utilisation de la cigarette, la publicité a montré les marques de cigarettes célèbres, avec divas et heartthrobs montrant cigarette pompeux dans leur bouche, la signalisation ainsi un style de vie sophistiqué. Aujourd'hui, fumer est mondialement considéré comme un problème de santé publique, provoquant des maladies limiter et/ou mortelles, ce qui affecte considérablement la qualité de vie des personnes. Sur la base de ces hypothèses, cette thèse vise à appréhender les représentations sociales de tabac élaboré par les fumeurs et non-fumeurs et évaluer la qualité de leur vie. Afin de mener à bien cette recherche, on a utilisé l'approche théorique des représentations sociales, surtout pour la possibilité d'évaluer l'interaction entre les sujets/objets sociaux, sur lesquels les individus construisent une réalité particulière, la détermination des comportements. Pour atteindre les objectifs proposés, on a réalisé deux études. La première étude porte sur une recherche exploratoire, caractérisé par une approche multi-méthode, avec un échantillon de 120 adultes, mâles et femelles, 60 fumeurs et 60 non-fumeurs qui développent des activités professionnelles dans les établissements de santé publics spécialisés et trois établissements publics d'enseignement. Les instruments de recherche utilisés étaient un questionnaire biossociodemographic, des entretiens semi-structurés, la technique des mots libre association et le questionnaire de tolérance de Fagerström. La collecte des données a été réalisée individuellement sur les entretiens ont été enregistrés et ensuite analysés en utilisant le logiciel Alceste, et la technique des mots libres association a été générée par le logiciel Tri-deux-mots. Cette étude a révélé que le tabagisme a une incidence plus élevée dans le groupe des femmes, célibataires du secondaire, âgés d'environ 40 ans et l'âge du tabagisme entre 10-20 ans, objectivée négativement par la science et de la communauté, et ancré dans des contextes physico-chimiques, psychosociaux et subjective . La deuxième étude, caractérisé par la recherche quantitative, comptait sur un échantillon de 160 adultes, hommes et femmes, les fumeurs de 80 et 80 non-fumeurs. Elle a été réalisée dans trois établissements d'enseignement publics et compte sur les instruments suivants: un questionnaire biossociodemographic le questionnaire de *Fagerström* de tolérance et *Whoqol-bref*. Ces instruments ont été analysés par le logiciel de statistiques pour les sciences sociales (SPSS, la version 18). Les données indiquent une prédominance des femmes de l'école unique élevée qui a commencé à fumer à un âge moyen de 15,9. La qualité de vie des fumeurs est le plus souvent inférieurs à ceux des non-fumeurs. L'objet social de cette étude se révèle comme un phénomène complexe, multidimensionnel et multifactoriel. On s'attend à ces conclusions peuvent générer plus de connaissances, d'élargir le dialogue entre les différents domaines de la science, à l'exception de la psychologie sociale, ainsi que de promouvoir les réflexions concernant les propositions d'intervention, en particulier ceux de l'approche préventive.

Mots-clés: fumeurs, les représentations sociales, de la santé collective, la santé publique, qualité de vie.

RESUMEN

Revisando la ruta historia socio-fumadores, se observa desde mediados del siglo XX una difusión mundial de su uso, con la ayuda de avanzadas de marketing y publicidad. Durante este período, las revistas y los periódicos ocupan páginas enteras mediante la publicación de anuncios de colores en el uso de cigarrillos, anuncios mostraban marcas de cigarrillos famosos, con sus divas y galanes luciendo un cigarrillo pomposo en su boca, lo que indica el estilo de vida sofisticado. Hoy en día fumar se considera un problema de salud pública en todo el mundo, causando enfermedades responsables de la limitación y/o potencialmente mortal, que afecta considerablemente la calidad de vida de las personas. Dados estos supuestos, esta tesis tiene como objetivo comprender las representaciones sociales principales fumadores de tabaco y no fumadores y evaluar la calidad de su vida. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó el marco teórico de las representaciones sociales, la capacidad de comprender la interacción sujeto/objeto, en la que los individuos construyen una realidad particular, la determinación de las conductas. Para lograr los objetivos propuestos, hemos realizado dos estudios. La primera se refiere a una investigación exploratoria, descriptiva, el enfoque de métodos múltiples, con una muestra de 120 adultos, 60 fumadores y 60 no fumadores, hombres y mujeres dentro de las instituciones públicas de salud especializadas y tres la educación pública, los instrumentos utilizados fueron un cuestionario biossociodemográfico una entrevista semi-estructurada, la técnica de asociación libre de palabras, y el cuestionario de Tolerancia de *Fagerström*. La recolección de datos se llevó a cabo de forma individual y las entrevistas fueron grabadas y posteriormente se analizó mediante el *Alceste*, y la técnica de asociación libre de palabras fue procesada por el software *Tri-deux-mots*. Este estudio demostró que el tabaquismo tiene una mayor incidencia en el grupo de mujeres, solteros, la escuela secundaria, con edades alrededor de 40 años y la edad de inicio de fumar entre los 10 a 20 años, objetivadas negativamente por la ciencia y la comunidad, y anclada en un contexto físico-químicos, psicosociales y subjetivos. En el segundo estudio utilizó un estudio cuantitativo de la investigación en una muestra de 160 adultos de ambos sexos, 80 fumadores y 80 no fumadores, llevado a cabo en tres centros públicos de enseñanza, cuyos instrumentos fueron una biossociodemográfico cuestionario de Tolerancia de *Fagerström* y *Whoqol-bref*. El cuestionario biossociodemográfico, el cuestionario de Tolerancia de *Fagerström* y el *Whoqol-bref* se analizaron mediante el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS, versión 18). Los datos también indican un predominio del sexo femenino, solteros, sobre todo para la escuela secundaria y comenzó a fumar con una edad media de 15,9, y la calidad de vida de los fumadores son mucho más baratos que los de los no fumadores. El objeto de este estudio se revela como un fenómeno complejo, multidimensional y multifactorial. Se espera que esto va a generar más conocimiento, ampliar el diálogo entre los diversos campos de la ciencia, además de la psicología social, así como promover la reflexión hacia las propuestas de intervención, especialmente preventivas.

Palabras clave: Tabacco, Representaciones Sociales, Salud Colectiva, Salud Pública.

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1:</i> Impacto do tabagismo na saúde física humana.....	56
<i>Figura 2:</i> A saúde na mulher grávida e o tabagismo.....	58
<i>Figura 3:</i> A saúde da criança e o tabagismo parental.....	60
<i>Figura 4:</i> Plano fatorial de correspondência das representações sociais acerca do fumar, produzido por sujeitos fumantes e não fumantes.....	138
<i>Figura 5:</i> Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos participantes fumantes e não fumantes.....	141
<i>Figura 6:</i> Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) decorrente das representações sociais sobre o fumar, elaborados por fumantes e não fumantes.....	141

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1:</i> Diferença intra-grupos para a medida de Qualidade de Vida com relação ao grau de dependência tabagica.....	177
<i>Tabela 2:</i> Diferença entre fumantes e não fumantes para a medida de Qualidade de Vida.....	179

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALCESTE	Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CAIS	Centro de Atendimento Integral à Saúde
CHCB	Centro Hospitalar da Cova da Beira
CID	Classificação Internacional da Doença
COex	Cotina e Monóxido de Carbono no ar expirado
CONTAPP	Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer
CPF	Contribuição para o Fator
CQCT	Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
CRATOD	Centro de Referência de Álcool e outras Drogas
CTG	Cardiotocografia
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAHT	Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico
EEPAC	Escola Estadual Professor Pedro Augusto Caminha
EORTCQL	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life
EPA	Agência para Proteção do Meio Ambiente
ESFA	European Smoking Prevention Framework
EU	European Union
IBGE	Instituto Brasileiro e Geográfico de Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IOP	Instituto de Oncologia do Paraná
MS	Ministério da Saúde
NHSDA	National Household Survey on Drug Abuse
OBID	Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PANT	Programa Antitabagismo
PASW	Predictive Analytics SoftWare

PETAB	Pesquisa Especial de Tabagismo
PNCT	Programa Nacional do Controle do Tabagismo
PREP	Potential Reduced Exposure Products
QV	Qualidade de Vida
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCL	Técnica de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre-Esclarecido
TRN	Terapia de Reposição da Nicotina
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UNIPÊ	Centro Universitário de João Pessoa
USDHHS	Unites States Department of Health Human Services
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I	
PERSPECTIVA TEÓRICA-CONCEITUAL	26
CAPÍTULO I – A CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÔMENO TABÁGICO E DA QUALIDADE DE VIDA.....	27
1.1 O FENÔMENO TABAGICO E A QUALIDADE DE VIDA.....	28
1.2 OBJETIVOS GERAIS.....	38
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
CAPÍTULO II – PERSPECTIVA HISTÓRICA, EPIDEMIOLÓGICA E MALÉFICA DO TABAGISMO.....	39
2.1 UM OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DO TABAGISMO.....	40
2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO.....	47
2.3 OS MALEFÍCIOS DO TABAGISMO.....	54
2.3.1 A dependência tabágica.....	61
2.3.2 As alterações psíquicas e o tabagismo.....	72
2.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE TABÁGICO.....	76
CAPÍTULO III – QUALIDADE DE VIDA E AVALIAÇÃO.....	84
3.1 A QUALIDADE DE VIDA: ORIGEM E ASPECTOS CONCEITUAIS.....	85
3.2 OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	89
3.3 A QUALIDADE DE VIDA DO TABAGISTA.....	92
CAPÍTULO IV – A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, TABAGISMO E QUALIDADE DE VIDA.....	96
4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: GENEALOGIA E PROCESSO DE FORMAÇÃO.....	97
4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TABAGISMO.....	104
PARTE II	
ESTUDOS EMPÍRICOS	123
CAPÍTULO V – ESTUDO I: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TABAGISMO.....	124
5.1 MÉTODO.....	125

5.1.1 Tipo de Estudo.....	125
5.1.2 Locus da Investigação.....	125
5.1.3 Tipo de Amostra.....	125
5.1.4 Participantes.....	126
5.1.5 Instrumentos.....	126
5.1.6 Procedimento Ético.....	129
5.1.7 Procedimento de Coleta dos Dados.....	129
5.1.8 Procedimento de Análise dos Dados.....	130
CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO I	136
6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....	137
6.1.1 Questionário Biossociodemográfico.....	137
6.1.2 Técnica de Associação Livre de Palavras.....	137
6.1.3 Entrevista Semiestruturada.....	140
6.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	150
6.2.1 Questionário Biossociodemográfico.....	150
6.2.2 Técnica de Associação Livre de Palavras.....	154
6.2.3 Entrevista Semiestruturada.....	161
CAPÍTULO VII – ESTUDO II: QUALIDADE DE VIDA E HÁBITO TABÁGICO.....	170
7.1 MÉTODO.....	171
7.1.1 Tipo de Estudo.....	171
7.1.2 Locus da Investigação.....	171
7.1.3 Tipo de Amostra.....	171
7.1.4 Participantes.....	172
7.1.5 Instrumentos.....	172
7.1.6 Procedimento de Coleta dos Dados.....	174
7.1.7 Procedimento de Análise dos Dados.....	174
CAPÍTULO VIII – RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO II	175
8.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....	176
8.1.1 Questionário Biossociodemográfico.....	176
8.1.2 Questionário de Tolerância de Fagerström.....	176
8.1.2 Qualidade de vida de fumantes e não fumantes.....	176
8.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	180

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	187
REFERÊNCIAS.....	194
APÊNDICES.....	215
ANEXOS.....	221

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública mundial, responsável por provocar inúmeras doenças, algumas limitantes e outras fatais. Nesse sentido, a dependência tabágica constitui um dos fatores que agrava a saúde das pessoas e da população em geral, provoca grandes alterações na qualidade de vida (QV), aspecto essencial ao bem-estar individual e tão necessário para a realização dos objetivos, aspirações e satisfação das necessidades nos mais diferentes níveis vitais (OMS, 2011; Ramos, 2004).

Considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença crônica, a exemplo da Diabetes, da Hipertensão Arterial, o tabagismo é a segunda maior causa de morte do mundo, após a hipertensão (OMS, 2011).

Revisitando o percurso sócio-histórico do tabagismo, observa-se que, a partir de meados do século XX, houve uma disseminação mundial do seu uso com ajuda de técnicas avançadas de publicidade e *marketing*, desenvolvidas nesta época. Revistas e jornais ocupavam páginas inteiras com anúncios coloridos; a TV, nos intervalos, exibia legendas, lembrando que estava na hora de “puxar” um cigarro; as películas dos primeiros filmes norte-americanos colocavam um pomposo cigarrinho na boca de suas divas e galãs como sinal de seu estilo de vida charmoso; automóveis de corrida ostentavam as cores de marcas de cigarros famosos. O uso das tabaqueiras procurava transmitir uma imagem de sofisticação, que resultava, invariavelmente, em uma imagem apelativa, e figuras públicas emprestavam o seu nome à publicidade do tabaco (Cavalcante, 2001; INCA, 2010).

Até então, não havia maiores preocupações com as implicações sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas. No entanto, a partir do século XX, à medida que o tabagismo aumentava de consumo, simultaneamente, observava-se uma associação entre o fumar e o aparecimento de doenças desencadeadas por esse ato, consequentemente a

qualidade de vida desses fumantes também seria afetada. Desta forma, refletir sobre o tabagismo, logo se conecta a ideia de uma díade indissociável, contudo, proporcionalmente inversa: *tabagismo e qualidade de vida*.

A qualidade de vida é uma temática que teve seu interesse despertado nos campos das Ciências Sociais, da Filosofia e da Política, entretanto, frente à preocupação com a desumanização das Ciências Médicas e áreas afins, buscou-se minimizar a morbimortalidade, por conseguinte, o aumento da expectativa de vida, e assim surgiu um movimento que transcendeu o mero controle de sintomas: o conceito de *qualidade de vida* (Fleck et al., 2000).

Qualidade de vida é sinônimo de saúde de uma forma geral, envolve recursos necessários para a satisfação das necessidades do indivíduo, inclui a saúde física, o estado psicológico, o nível de autonomia e dependência, representações e crenças, assim como as relações sociais e os diversos elementos essenciais do seu ambiente (Buss, 2000; Coutinho, 2010; OMS, 2011; Ramos, 2004).

No âmbito da saúde pessoal, acha-se inserido num conceito holístico, que vem impactar no bem-estar físico e psíquico dos indivíduos. A saúde é mais do que a ausência de patologia física específica, devendo ser compreendida e situada no seu contexto físico, psicológico, social e ecológico (OMS, 2008; WHO, 2012; Thoresen & Eagleston, 1985). Ela constitui o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como para o desempenho da vida cotidiana. Deste modo, representa uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida, contribui para a melhoria na vida dos indivíduos e da comunidade, portanto, saúde e qualidade de vida se encontram estreitamente relacionadas (Buss, 2010; Ramos, 2004).

Nos dias atuais, não há mais lugar para uma percepção de fumantes como verdadeiros galãs, constata-se uma verdadeira transmutação, fumantes são vistos como pessoas “viciadas”, “fracas”, e desrespeitosas para com os seus pares (Cavalcante, 2001).

Além desses aspectos, o tabagismo é considerado e representado socialmente como uma dependência ou uma doença crônica (Cavalcante, 2001; Trigo, 2007), o que exige ações e investimentos não apenas em âmbito social, mas, também, individual, uma vez que envolve, implicitamente, riscos acentuados para a saúde e o bem-estar pessoal e da sociedade como um todo.

Ressalta-se que o impacto provocado pelo tabagismo é assustador. Iniciando-se pela esfera social, mormente os elevados custos econômicos associados aos gastos com a saúde pública, com o absentismo ou incapacidade precoce, a substituição de parte dos consumos familiares de bens de primeira necessidade pelo tabaco, levando a um empobrecimento adicional. Na esfera ambiental, o tabagismo é gerador de diversos acidentes relacionados à sua condução, a fogos domésticos ou florestais (Fraga et al., 2005).

Inúmeros são os estudos científicos comprovando os malefícios do tabagismo à saúde e à qualidade de vida não apenas do fumante, mas daqueles que se acham expostos à fumaça do cigarro, o chamado fumante passivo. Os poluentes do cigarro, ao dispersarem-se pelo meio ambiente, levam os não fumantes, próximos ou distantes, a inalarem também as substâncias tóxicas, principalmente nos ambientes fechados, uma vez que não existe sistema de ventilação que seja eficiente para eliminar estas substâncias. Nestas circunstâncias, o fumante passivo sofre uma carga significativa em termos de riscos de adoecimento, digna de nota (INCA, 2010; 2012; Rosemberg, 2002).

Dependendo do tempo de exposição à fumaça, os fumantes passivos adultos, apresentam um percentual de câncer de pulmão e de infarto do coração correspondente, respectivamente, a 30% e 24% a mais daqueles que não se expõem; além de agravar os problemas cardíacos como a elevação da pressão arterial e angina. Ademais, destas consequências, os efeitos imediatos ambientais da poluição tabagística provoca irritação

nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaleia, aparecimento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias.

Consequentemente, todos estes males vêm acompanhados de alterações no desempenho físico, psicológico, social e ambiental, esferas estas constituintes da avaliação da qualidade de vida. Vários estudos mostram uma associação entre dependência do tabaco e predisposição para doenças e incapacidades com alta morbimortalidade, afetando e agravando a saúde e a qualidade de vida do tabagista e da coletividade (Banco Mundial, 2004; Castro, 2005; Castro, 2007; Castro et al., 2010; Coutinho, 2010; Moreira et al., 2011).

Nesta perspectiva, os serviços de assistência médica, as políticas públicas, assim como uma efetiva articulação entre poder público e a população são componentes relevantes para alcançar tal equilíbrio. Países como o Canadá, Estados Unidos bem como o continente europeu, realizam estudos notáveis relacionando saúde e qualidade de vida (Buss, 2000; Fleck et al., 2000).

Ao relacionar estes dados, a questão do tabaco e sua relação com a qualidade de vida configuram-se, essencialmente, objetos merecedores de proposta investigativa. No contexto supracitado, tornou-se imperioso examinar, com atenção, o “porquê” das pessoas fumarem, de iniciarem esse hábito e nele continuarem, mesmo sabedoras dos efeitos devastadores da droga nicotínica, como a dependência física e psíquica, bem como suas implicações sobre a esfera da qualidade de vida. Compreende-se que todos esses componentes remetem ao conceito subjacente de multidimensionalidade dos constructos, ou seja, tanto o tabagismo quanto a qualidade de vida envolve conceitos plurais e complexos, abrangendo aspectos objetivos e subjetivos.

Em face dessas reflexões, é objetivo desta tese estabelecer as articulações entre tabagismo e qualidade de vida, tomando por objeto de estudo pessoas tabagistas e não tabagistas, utilizando a Teoria das Representações Sociais como fundamento teórico.

Buscou-se perquirir esse objeto nesta perspectiva teórica, pela mesma atender a multidimensionalidade dos objetos estudados, e voltar o olhar para a inserção do sujeito no contexto social, possibilitar articulações com os aspectos psicológicos, e neste sentido buscar-se contemplar sua dimensão subjetiva.

Nesta acepção, esta tese objetivou conhecer as representações sociais do tabagismo. Para tal, procurou caracterizar o perfil dos participantes e comparar o nível de dependência tabágica entre os fumantes, bem como avaliar a qualidade de vida de fumantes e não fumantes.

Diante desta exposição, para alcançar os objetivos propostos, esta tese foi dividida em duas partes, a primeira retrata a revisão da literatura e a segunda, os estudos empíricos. A primeira parte contém quatro capítulos. No primeiro, apresentou-se a temática a ser pesquisada *Contextualização dos fenômenos tabágico e qualidade de vida* com menção à fundamentação teórica e conceitual proposta, trazendo questões vinculadas à importância do estudo, à relevância do objeto, densidade e repercussões biopsicossociais na vida dos indivíduos e no planeta como um todo. A partir daí, propuseram-se os objetivos a serem alcançados (Objetivo Geral) e, em seguida, delimitaram-se e definiram-se os passos a serem percorridos para se obter tal intento (Objetivos Específicos).

No segundo capítulo *Um olhar sobre os aspectos históricos, epidemiológicos, e maléficos do tabagismo*, a origem e o desenvolvimento do tabagismo foram abordados, abordando questões epidêmicas, as consequências danosas à saúde humana pelo uso e exposição ao tabaco (tabagismo passivo). Além disso, focalizou a temática relativa à dependência tabágica e suas políticas de controle, destacando o lugar e os fundamentos do tabagismo na ciência, os comprometimentos e perturbações psicológicas e/ou psiquiátricas a ele associados, bem como as medidas de combate (prevenção e cessação).

No terceiro capítulo *Qualidade de vida e avaliação*, foi contemplado o percurso histórico-conceitual, com destaque para a sua complexidade e formas de mensurá-la.

No quarto capítulo, apresentou-se *A teoria das representações sociais, tabagismo e qualidade de vida*, ressaltando os princípios e formulações conceituais deste aporte, assim como suas articulações nos campos da investigação do objeto tabágico e da qualidade de vida.

A segunda parte, conforme já mencionado, refere-se aos dois estudos empíricos e compõe-se do quinto e sexto capítulos. No quinto capítulo, delineou-se o percurso do *Estudo I*, descrevendo-se desde o tipo de estudo, a amostra utilizada na pesquisa, o *lôcus* de realização, o instrumental, os procedimentos legais de coleta e de análise dos dados. Neste, o *corpus* da pesquisa foi analisado em uma perspectiva metodológica de cunho quantitativo e qualitativo, enfocando o sujeito como ser dinâmico, histórico e social.

No sexto capítulo, descreveu-se o *Estudo II*, partindo-se de um enfoque metodológico de natureza quantitativa. Relatando o tipo de estudo, a amostra utilizada na pesquisa, o *lôcus* de realização, o instrumental, os procedimentos legais, de coleta e de análise dos dados.

Após a apresentação dos estudos empíricos, são enfocadas as *Considerações Finais*, suas fronteiras teóricas e técnicas, ações e pesquisas futuras.

Em seguida, as *Referências* consultadas, o registro dos *Apêndices* construídos pela pesquisadora, bem como os seus *Anexos*.

PARTÉ I

PERSPECTIVA TEÓRICO-CONCEITUAL

“O tabaco danifica o cérebro, ofusca a visão, diminui o olfato, fere o estomago,
destrói a fantasia, perturba o humor e o espírito, corrompe a respiração,
induz ao tremor dos membros do corpo, resseca a traquéia,
o pulmão e o fígado, deforma os espermas, faz mal ao
coração e afeta a circulação sanguínea”.

Tobias Verner

**CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÔMENO
TABÁGICO E DA QUALIDADE DE VIDA**

1.1 O FENÔMENO TABÁGICO E A QUALIDADE DE VIDA

O tabagismo é o ato de se consumir qualquer produto derivado do tabaco, produtor ou não de fumaça, seja ele cigarro, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro de palha, rapé, tabaco mascado, *narguillé* (Meirelles, 2009), cuja droga ou princípio ativo é a nicotina (OMS, 2011; WHO, 2011). O comportamento de fumar, hábito antes visto como um estilo de vida sofisticado, atualmente, é considerado uma pandemia, provocando dependência física e psicológica. Neste contexto, compreende-se a premência de combatê-lo, uma vez que dele decorre efeitos nocivos, imediatos e mediatos, sobre o homem, afetando o meio ambiente e comprometendo a saúde – esta perspectivada em seu caráter multidimensional, condições essas que transitam na contramão da qualidade de vida (QV).

O tabagismo é considerado pela OMS (2011) a principal causa de morte evitável em todo o mundo, estimando que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e 200 milhões de pessoas, entre as quais 200 milhões de mulheres, sejam fumantes. As pesquisas, segundo este órgão, comprovam que, aproximadamente, 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fuma; nos países em desenvolvimento, os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da feminina; e nos países desenvolvidos, a participação das mulheres mais do que triplica: 24% das mulheres têm o hábito de fumar. Nos anos de 1980, os países recém-industrializados da Ásia foram os primeiros alvos, a África e a China na década de 1990, com destaque para esta última, que continua sendo a maior produtora (INCA, 2003; Banco Mundial, 2004, MPower, 2011).

No contexto da América Latina, o problema do tabagismo é grave. Entre as décadas de 1960 e 1980, houve um verdadeiro “boom” de incentivo ao consumo do tabaco, e a tríade *tabaco-dinheiro-doença* tornou-se uma relação extremamente forte. Na década de 1960, ápice deste fenômeno, surgem os primeiros relatórios científicos,

relacionando o cigarro ao adoecimento do fumante. Hoje é alvo de grandes disputas judiciais e campanhas que combatem o hábito extremamente nocivo à saúde. Após 1964, o governo dos EUA publicou um relatório sobre os riscos do tabagismo para a saúde e, em 1972, aprofundou esta investigação, passando a fazer publicações que mostram a relação entre tabaco e várias enfermidades graves. Isto logo impactou nas vendas das indústrias tabaqueiras, além de chamar a atenção do meio científico para aspectos relacionados à qualidade de vida daqueles que são usuários do tabaco (INCA, 2001; EPA, 1994; Rosenberg, 2002). As estimativas mostram que entre 8 e 10% dos fumantes de todo o mundo vive nesta parte do continente, o equivalente a 120 milhões de pessoas. Deste total, cerca da metade morrerá por uma doença relacionada ao tabaco, ou seja, um em cada dois fumantes (Boeira & Johns, 2007).

Um estudo realizado pelo Banco Mundial (2004) estimou que o tabagismo provoca uma perda global de US\$ 200 bilhões por ano em função de uma série de fatores como mortes prematuras, incapacitação, adoecimento, aposentadoria precoce, queda de produtividade e de faltas ao trabalho, e, aproximadamente, metade deste montante ocorre em países em desenvolvimento, como o Brasil. Nestes, ele mata mais que a soma de outras causas evitáveis de morte como a cocaína, heroína, álcool, incêndios, suicídios e AIDS. O prejuízo econômico é outro fator tabaco-relacionado, já que alguém terá que trabalhar por esta pessoa, antes produtiva e agora inválida. Além disso, os sistemas de saúde terão que pagar as contas hospitalares e os medicamentos de uso contínuo das vítimas do tabagismo (Banco Mundial, 2004; Rondina & Gorayeb, 2007).

Destacam-se como os maiores produtores de tabaco os seguintes países latino-americanos: Argentina, Cuba, Colômbia, República Dominicana e o Brasil que vence o *ranking* entre os maiores produtores e exportadores. Outro agravante citado refere-se aos preços mais baixos de cigarro encontrar-se neste continente, o que facilita o uso do produto pelas camadas menos favorecidas da população (Boeira & Johns, 2007).

No Brasil, durante a década de 1970, notifica-se um crescimento no mercado interno de cigarros em detrimento de outros derivados, destacando-se especialmente a região Sul, que, nas décadas de 1980 e 1990, fez parte do cenário global do comércio de tabaco, concentrando 95% da produção brasileira de folhas. Nos anos de 1980 a 2003, verificou-se um aumento em 70% da sua produção, assumindo a liderança na exportação de tabaco no mundo em 1993, e exibindo a segunda posição em 2002. Deste modo, passa a contribuir com uma arrecadação de impostos bastante significativa para a economia do país. Entretanto, os gastos sociais superam, em muito, esta arrecadação, pelos prejuízos causados pelo adoecer não somente de pessoas fumantes, mas de todos aqueles que são afetados pela fumaça do tabaco - os chamados fumantes passivos, e estas perdas, efetivamente, estão vinculadas à redução da QV dessas pessoas (INCA, 2003).

Se comparado com outros países, o Brasil tem os percentuais de fumantes mais elevados (16,1%). Dados apontam que um terço da população adulta fuma, deste 11,2% milhões são mulheres e 16,7% milhões são homens. Em 1989, 32% da população, a partir dos 15 anos eram fumantes. Atualmente, existem, no país, 2,8 milhões de fumantes nessa faixa etária, e 90% dos fumantes iniciam a dependência à nicotina entre os cinco e os 19 anos de idade (MPower, 2011). Nos Estados Unidos, por exemplo, verifica-se uma redução de 50%, ficando em quarto lugar, antes da Índia que ocupa o terceiro lugar (Banco Mundial, 2004; INCA, 2003).

O sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2010, divulgou um documento importante referente ao comportamento tabágico do brasileiro para a população adulta, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal. Neste, destacou-se a frequência dos indivíduos fumantes, ex-fumantes e de fumantes passivos em domicílio e no trabalho.

O percentual de adultos que fumam variou entre 8,3% (Salvador) e 20,0% (Rio Branco), o maior entre homens nas cidades de São Paulo (22,8%), Campo Grande (22,2%)

e Porto Velho (21,0%), e menor em Salvador (9,6%), Aracaju (13,0%) e Rio de Janeiro (13,4%). Entre as mulheres, o maior índice de fumantes ocorreu no Rio Branco (19,6%), Porto Alegre (18,6%) e São Paulo (16,8%), enquanto o menor ocorreu em São Luis (5,6%), Macapá (6,9%) e Manaus (7,1%). Ressalta-se ainda que o hábito de fumar foi, particularmente, alto entre homens (22,3%) e mulheres (15,5%,) com até oito anos de escolaridade, excedendo em quase duas vezes a mesma frequência observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade.

Os adultos que declararam ter sido ex-fumantes apresentaram uma variação de 18,6% (Maceió) e 30,0% (Rio Branco). A frequência de ex-fumantes foi maior entre os homens em Manaus (33,5%), Macapá (32,9%) e Belo Horizonte (30,9%), e menor em Natal (19,2%), Distrito Federal (19,9%) e Teresina (22,2%). Foram observadas elevações nesta frequência em relação ao sexo feminino em Rio Branco (29,5%), Macapá (24,2%) e Manaus (23,4%), e menor em Aracaju (12,0%), Maceió (13,9%) e Vitória (15,5%).

No tocante aos fumantes passivos no ambiente domiciliar, as taxas variaram entre 5,8% no Distrito Federal e 17,9% em Porto Velho, acentuando-se, nos homens, nas cidades de Macapá (13,8%), Porto Velho (13,6%), Maceió (13,5%) e menores no Distrito Federal (4,9%), Campo Grande (7,7%) e Palmas (8,4%). Entre as mulheres, as maiores frequências incidiram em Porto Velho (22,0%), Fortaleza (18,6%) e Natal (17,6%), e as menores frequências no Distrito Federal (6,5%), Campo Grande (8,8%) e Curitiba (10,0%).

No local de trabalho, a presença de fumantes passivos variou entre 5,8% no Distrito Federal e 16,5% em Porto Velho. Para os homens, o maior índice foi observado em Macapá (24,9%), Porto Velho (24,6%) e Rio Branco (23,9%) e os menores no Distrito Federal (7,8%), Curitiba (13,7%) e São Paulo (13,9%). Em relação às mulheres, observou-se uma maior frequência em Recife (9,1%), Belo Horizonte (8,8%) e Porto Velho (8,7%),

e as menores ocorreram no Distrito Federal (4,0%), Belo Horizonte (5,3%) e Palmas (5,4%) (VIGITEL, 2010).

Os dados do inquérito domiciliar feito pela Pesquisa Especial de Tabagismo (PETAB) revelaram que, em 2008, existiam em torno de 25 milhões de fumantes e 26 milhões de ex-fumantes, com uma prevalência de fumantes, destacando-se 17,2% de jovens com idade igual ou acima de 15 anos. Todavia, estudos recentes apontam para uma significativa redução da sua prevalência, revelando que entre os homens, o percentual de fumantes ficou em 18,1%, entre as mulheres de 12%, e acima de 18 anos cerca de 14,8%. Entre aqueles que fumam 20 cigarros ou mais por dia, 5,4% são homens e 3,3%, mulheres. Entretanto, os homens estão deixando mais de fumar, 25% destes afirmam ser ex-fumantes em comparação a 19% das mulheres (VIGITEL, 2012).

Quanto às capitais, destacam-se Porto Alegre (23%), Curitiba (20%) e São Paulo (19%) com maiores números de fumantes. Na região Nordeste, os fumantes apresentam um percentual de 22,9% para os homens e 11,9% para as mulheres; no Estado da Paraíba, em particular, a cifra é de 511.480 fumantes. Destes, 99.720 residem na Capital, contexto no qual esta pesquisa foi realizada. A Paraíba é o terceiro Estado brasileiro com maior número de fumantes com idade a partir dos 15 anos, segundo dados do PETAB e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) (IBGE, 2010; INCA, 2012).

Diante destes dados, registra-se um total de mortes correspondente à cifra de cinco milhões anuais, o que significa mais de 10 mil mortes por dia, e sete milhões dessas mortes, ou melhor, cerca de 80% ocorre em países em desenvolvimento, ou países de baixa e média renda. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta dos anos de 2020 e 2030, com metade delas atingindo indivíduos com idade produtiva (WHO, 2012).

Considerando esta *pandemia*, nos últimos anos, esforços têm sido empreendidos por parte de organismos nacionais e internacionais, governamentais e não governamentais, no sentido de traçar metas combativas e de controle dos fatores de risco, como a criação de leis e programas praticados de forma contínua, visando proteger e assegurar uma vida saudável e de qualidade de consumidores tabágicos, ativos e passivos.

Diversos países desenvolvem ações que vão desde a comemoração de datas específicas, até a estruturação e efetivação de programas. Em 1986, o governo aprovou a Lei Federal nº. 7488, onde estabeleceu uma data dedicada ao combate ao fumo: *Dia Nacional de Combate ao Fumo* (29 de Agosto), criando assim, o compromisso de elaborar campanhas de esclarecimento sobre o tabaco. Essa iniciativa também é praticada em todo o mundo com o *Dia Mundial sem Tabaco* (31 de Maio), criado pela OMS, em 1987, movimentando todos os países para a luta contra a dependência, e para a melhoria de vida das pessoas (INCA, 2012; WHO, 2011).

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) é um dos órgãos do Ministério da Saúde, responsável pelas ações do controle tabágico e da prevenção primária de câncer em unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, através da Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). Ambos têm a função de coordenar uma rede de coordenações estaduais; capacitar recursos humanos; desenvolver pesquisas; elaborar livros didáticos, folhetos, cartazes e adesivos sobre o tema; prestar assessoria técnica aos projetos de lei sobre tabagismo, que tramitam no Congresso Nacional; além de participar de congressos de todas as áreas do conhecimento relacionadas ao tabagismo (INCA, 2012).

O INCA desenvolve também um papel importante como centro colaborador da OMS para o Programa *Tabaco ou Saúde* na América Latina, cujo objetivo é estimular e apoiar políticas e atividades de controle do tabagismo nesse continente, além de aderir e apoiar a elaboração da *Convenção Quadro para o Controle do Tabaco* (CQCT).

A CQCT traz uma série de medidas que devem ser adotadas pelos países que aderiram a elas, a fim de reduzir a epidemia do tabagismo em proporções mundiais, abordando temas como propaganda, publicidade e patrocínio, advertências, *marketing*, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal, impostos etc. Esta foi tema do *Dia Mundial sem Tabaco* e teve por objetivo destacar os riscos à saúde pública associados ao tabagismo e cobrar políticas eficazes para a redução do consumo (CQCT, 2011).

Negociado sob os auspícios da OMS, esse é o primeiro instrumento jurídico destinado a reduzir as mortes e doenças relacionadas com tabaco em todo o mundo. Ressalta-se que foi um dos tratados mais rapidamente abraçado na história das Nações Unidas, com a adesão de mais de 170 Estados, votado por unanimidade por 192 membros, em 21 de maio de 2003, na 56ª Assembleia Mundial da Saúde e ratificado pelo Brasil em 2005. Baseado em evidências, este tratado reafirma o direito de todos ao mais elevado padrão de saúde e, assim, de uma vida com qualidade. Desta forma, ele passa a constituir um instrumento mundial de políticas de saúde pública para estabelecer padrões de controle tabágico em todo o mundo, representando um avanço significativo na busca de uma melhoria da saúde populacional e, nestes moldes, um investimento na QV individual e coletiva (WHO, 2012).

Com o intento de reforçar as políticas nacionais e internacionais, os governos não param de trabalhar, através da negociação de regras para redução do uso do tabaco, e desta maneira mitigar os danos provocados na QV. Em fevereiro de 2013, aconteceu, na Universidade de Harvard, uma conferência com o objetivo de discutir a situação mundial em relação à saúde e o tabagismo, ao que se sublinham as preocupações com a QV da população mundial (OMS, 2013).

Ao tomar por base essas referências, é imprescindível sublinhar os efeitos negativos do tabagismo sobre a qualidade de vida, posto que, além de incidir sobre a saúde física e psicológica, reflete ainda na vida social e ambiental. Deste modo, afeta

sobremaneira, o desempenho e a manutenção das necessidades vitais, estabelecendo uma vida sem qualidade.

A procura pela conservação e equilíbrio vital, com o objetivo de melhores condições de sobrevivência, faz com que o homem procure superar suas dificuldades e condições adversas. Os estudiosos consideram que a qualidade de vida não é exclusivamente o reflexo direto das condições reais e objetivas da vida das pessoas, posto que, em suas avaliações, se destacam, também, fatores subjetivos como: amor, felicidade, realização pessoal, liberdade e solidariedade. Já os objetivos dizem respeito às necessidades básicas do ser humano, tais como: alimentação, água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer (Coutinho, Franken e Ramos, 2007; Moreira, 2000). Sendo assim, quando o sujeito tem seus projetos e aspirações pessoais limitados em sua performance, logo sua QV é drasticamente reduzida. Ou melhor, quanto menor o poder que o indivíduo tem de realizar suas expectativas vitais, pior será a sua QV (Coutinho, Franken & Ramos, 2007).

Nesta linha de pensamento, as pesquisas sobre o uso de substâncias psicoativas, dentre elas o tabaco, mostram uma grande associação com o construto *qualidade de vida*. Os índices de QV de sujeitos fumantes, quando são comparados com os índices dos não fumantes, apresentam-se inferiores, mostrando uma relação direta com a insatisfação com os aspectos da vida, incluindo felicidade e bem-estar (Moreira¹ et al., 2011).

Na relação tabagismo e QV, uma multiplicidade de fatores como gravidade da dependência tabágica, sintomas psiquiátricos, problemas físicos, pessoais e familiares, situação social, podem intervir severamente na satisfação com a vida. Um estudo feito com pessoas que faziam uso do tabaco e que manifestavam comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas apontou, em seus resultados, um maior *déficit* a favor da QV destas pessoas. Os escores médios apresentados por esses sujeitos foram significativamente menores que os

não fumantes em quatro dos cinco domínios do *Whoqol-bref*, a saber: físico, psicológico, social e meio ambiente (Castro et al., 2007; Moreira et al., 2011).

Estudos relatam que a QV do sujeito tabagista que manifesta sintomas físicos, por exemplo, a presença de tumores, revela um grande prejuízo no domínio psicológico, uma vez que é grande a possibilidade de ocorrer estados depressivos e ansiógenos (Castro et al., 2010; Moreira et al., 2011).

Em face dessas premissas, observa-se o quanto o tabagismo mostra prejuízos nos domínios físico, psicológico, social e ambiental, aspectos considerados relevantes para a avaliação da qualidade de vida. Ressalta-se que, se apenas um deles é afetado todos os outros também serão, por exemplo, o ambiente social, cuja importância para o estabelecimento da comunicação humana é fundamental. Caso haja interferências negativas na interação interpessoal, isto afetará a estabilidade psicológica e o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos, resultando em uma redução na qualidade de vida das pessoas. Diante do exposto, conclui-se que o tabagismo é um grande vilão da sociedade, afetando a QV dos fumantes, daqueles que deixaram de fumar e dos não fumantes, causando prejuízos, portanto, para si, para seus familiares e para todos do seu entorno.

Assim, ao debruçar-se e percorrer a literatura enfocada, verificou-se um campo muito vasto de pesquisas e estudos realizados, sobretudo, no campo da medicina, notadamente, em algumas especialidades, como a Cardiologia e a Pneumologia. Contudo, o foco principal destes estudos foi mais quantitativo, epidemiológico e das repercussões físicas. Portanto, faz-se mister a emergência de estudos que busquem uma compreensão mais ampla e profunda acerca desse fenômeno. Nesta tese, buscou-se a via da compreensão psicossocial.

Para atingir os propósitos desta pesquisa, fez-se necessária a elaboração de algumas metas, cujos objetivos são descritos a seguir.

1.2 OBJETIVOS GERAIS

- Apreender as representações sociais do tabagismo elaboradas por fumantes e não fumantes.
- Avaliar a qualidade de vida de fumantes e não fumantes.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estudo I:

- Caracterizar o perfil biossociodemográfico dos participantes da pesquisa.
- Analisar os campos semânticos e lexicais do tabagismo elaborados pelos participantes do estudo.

Estudo II:

- Caracterizar o perfil biossociodemográfico dos participantes da pesquisa.
- Avaliar o grau de dependência tabágica dos participantes da pesquisa.
- Avaliar e comparar o nível de dependência tabágica entre os fumantes inseridos no Programa Antitabagismo e os fumantes não inseridos nesse Programa.
- Avaliar e comparar a qualidade de vida de fumantes e não fumantes.

**CAPÍTULO II – PERSPECTIVA HISTÓRICA,
EPIDEMIOLOGICA, E MALÉFICA DO TABAGISMO**

2.1 UM OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DO TABAGISMO

O hábito de fumar trouxe diversas significações ao longo da história, porém, antes de dissertar sobre a sua trajetória e tecer reflexões acerca de sua representatividade social, se faz necessário abordar sua genealogia.

O tabaco, segundo Las Casas (1552), é uma palavra espanhola, originária da língua Taino do Caribe, que se refere à *laminação de folhas*. O “tabaco” vem de uma planta herbácea alta, da família das Solanáceas (Daunay et al., 2010; Dierks, 2010; Roberts, 2006). O vocábulo “tabagismo” vem do francês *tabagisme* que remete ao abuso do consumo de produtos derivados do tabaco. O tabaco tem como princípio ativo a nicotina, que fora isolada em estado puro por Reiman e Pousselt, em 1828 (Daunay et al., 2010; Roberts, 2006; Rosemberg, 2003).

O tabaco é uma planta originária da Ilha de Tobago, do gênero *nicotiana*, existindo mais de 50 espécies, podendo atingir 2m de altura, cujas folhas medem entre 60-70 cm de comprimento. Algumas constituem belas plantas ornamentais como o tabaco *branco* de grandes flores e de perfumaria muito suave; o de flores dispostas em *cachos* ou em *panículas*, de cor vermelha, amarela ou branca; o de *flores compridas*, cuja corola apresenta-se primeiramente de cor branca, tornando-se purpúrea; o *gigante*, notável pela sua abundante e soberba fluorescência; outras, ainda, como o tabaco *tormentos* e o de folhas de *wigandia* etc. A espécie que suscita maior interesse pelo seu caráter comercial é a *nicotiana tabacum* e a *nicotiana glauca*, chamadas vulgarmente de *erva-santa*.

Alguns indícios arqueológicos apontam que o consumo do tabaco data de aproximadamente 1000 a.C., sendo sua descoberta atribuída aos nativos que moravam no continente americano. Os astecas fumavam o tabaco enrolado em folhas de junco ou tubos de cana, já outros povos preferiam a palha da espiga do milho. Os povos persas e os pigmeus Australianos também faziam uso do tabaco. Desse modo, observa-se que vários

povos já cultivavam e fumavam em amplas zonas do continente americano, antes da chegada dos portugueses e espanhóis (Caldeira, 2008).

No século X, foram encontrados, em um vaso maia, desenhos de um grupo de indígenas fumando um chumaço de folhas de tabaco enroladas em um tipo de barbante.

Os índios americanos utilizavam como bebida, comida ou fumado, nos rituais mágico-religiosos, cujo objetivo era purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetos guerreiros. Faziam isto por acreditarem que o uso do tabaco tinha o poder de fazer as pessoas predizerem o futuro; era eficaz como remédio para a cura de todas as doenças; além de utilizarem nas cerimônias sociais, e até mesmo como ritos de passagem (adolescência – idade adulta). Ou seja, o tabaco era utilizado para fins medicinais, oferendas divinas, experiência transcendental ou para afastar o mal. O conhecido ‘cachimbo da paz’ era usado, aspirando a fumaça pelas narinas. Nas sociedades indígenas da América Central, era usado quotidianamente e, quando faltava o tabaco, muitos aborígenes diziam que a tribo estava pobre (Caldeira, 2008; INCA, 1997; Rosemberg, 2003).

Em 1492, quando Cristóvão Colombo abordou a ilha de S. Salvador, reconhecida por Luís de Torres e Rodrigo de Jerez, o uso do tabaco estava, firmemente, estabelecido entre os índios. Os navegadores observaram, nas margens do rio Canau, os habitantes de ambos os sexos, fumando por meio de um instrumento, denominado pelos indígenas de ‘tabacos’. Este instrumento era composto de um pequeno tubo, dividido em duas partes, de diferente calibre; a mais estreita era introduzido na boca para absorver o fumo e a mais larga servia para conter folhas secas de Cohiba, nome dado pelos naturais da ilha Guanahani à nicotina. A maioria, porém, desta gente substituía o tubo por pequenos rolos acesos de folhas secas, à guisa de um tosco charuto ou cachimbo, constituindo os chamados canudinhos. Na ocasião, o navegador Jerez experimentou o hábito indígena e, quando retornou à Europa, levou algumas folhas consigo (Rosemberg, 2003).

Os primeiros exploradores ficaram pasmados com tal descoberta e concluíram que o tabaco era essencial para muitos rituais tribais (sociais e religiosos), constituindo um hábito difícil de ser abandonado.

Para alguns historiadores, a descoberta da erva-santa não pertence a Colombo, mas a Juan de Grijalva, quem dizem tê-la estudado quando visitou a ilha de Tabago, ou Tabasco, em 1518. Esta informação, no entanto, é insustentável ante os fatos históricos, pois a ilha foi reconhecida, em 1498, por Colombo, e ocupada, em 1632, pelos holandeses.

Fernando Cortez, em viagem à América, viu em Tabago os naturais consumirem o tabaco, e enviou algumas sementes ao imperador Carlos Hernandez de Toledo, fidalgo e médico espanhol que, por sua vez, as levou para Espanha e Portugal. Neste mesmo ano, o missionário espanhol Frei Romano Pane enviara para a América, para onde fora em companhia de Colombo.

Posteriormente, João Nicot, médico francês e embaixador de Francisco II, da França, junto à corte de D. Sebastião, de Portugal, entre 1559 e 1561, obteve o tabaco de um flamengo e semeou-as no seu jardim, recebendo, em sua homenagem, a denominação *nicociana* ou *erva do embaixador*, por ter sido Nicot que o introduziu em França; bem como *erva-santa*, por reconhecer, nas plantas, qualidades medicinais, após ter-lhe cicatrizado uma úlcera de perna até então incurável (Caldeira, 2008; Daunay et al., 2010; Rosemberg, 2003).

Por este fato, enviou à Paris as primeiras sementes da planta, com destino à Catarina de Médicis, conseguindo que a planta aliviasse suas enxaquecas. No século seguinte, surgiu a moda de aspirar rapé, daí vir a chamar-se ao tabaco *erva* ou *pó da rainha*, uma vez que apenas o aproveitava de forma pulverizada (Rosemberg, 2003).

É muito curiosa a história do tabaco pelo desenvolvimento extraordinário que tomou desde que se conheceram as suas muitas propriedades. Os europeus consideravam-

no uma verdadeira panaceia: remédio infalível para as enxaquecas, chagas e outra doenças como pneumonia, gota, raiva, servindo até como narcotizo, aperitivo etc.

Na Inglaterra, os registros mostram que o tabaco foi introduzido no século XVI, por meio dos navios britânicos que traziam índios americanos e os mais variados produtos. Na África do Sul, o tabaco foi introduzido pelos holandeses e, na Polinésia, pelos portugueses. No final desse século, sob o reinado de Jaime I, o uso do tabaco foi proibido por considerá-lo insalubre e imoral. Tentativas de restringir a distribuição apenas elevaram o seu custo, fazendo com que o seu peso valesse o mesmo que o de ouro e o da prata.

Na Turquia, por volta de 1630, o sultão Murad IV, ao surpreender homens fumando no campo de batalha, passava a castigá-los com decapitações, mutilações de pés e mãos, ou mandava furar o nariz dos fumadores com um cano de cachimbo e aqueles usuários que insistissem no tráfico eram condenados à morte (Boeira & Johns, 2008; Caldeira, 2008).

O czar Mikhail Fedorovich Fedorov ordenava martirizar qualquer fumador até que este confessasse quem lhe tinha fornecido o tabaco. Descoberto o fornecedor, mandava cortar o nariz de ambos, além de exilá-los para a Sibéria. Contudo, nenhum desses governantes foi capaz de impedir a penetração do tabaco na sua sociedade.

Rapidamente, ingleses e espanhóis invadiram o mundo com uma substância até então desconhecida, abrindo-se as primeiras casas de venda para o consumo da planta na França e na Espanha, o que provocou uma forte repressão por muitas autoridades. A aspiração da substância, apesar de se reconhecer o caráter pernicioso ao organismo, fornecia grandes proventos ao estado.

No princípio do século XVII, em Portugal, o seu consumo começou a ter uma importância sempre crescente, gerando um pequeno imposto que era arbitrado pelo rei, cujo aumento se processava de acordo com a gradual progressão dos lucros auferido pelos comerciantes. De 1640 a 1698, houve somas milionárias, sendo o seu valor multiplicado em um percentual de mais de 100%.

Antes da aclamação de D. João IV, o contrato do tabaco foi arrematado durante três anos, na corte de Madrid, por determinado valor e, à medida que passavam os anos, havia progressivos reajustes em torno dele.

Nos anos de 1707 e 1708, o castelhano D. João António de La Concha trouxe o contrato do tabaco arrendado em milhões em cada ano.

Em 1º de janeiro de 1865, aboliu-se, por lei da Corte, o monopólio do tabaco. Já em 1864, uma companhia instalada por ordem do governo, desde 1845, no edifício do antigo convento de Xabregas, arrematou-o, juntamente com todo o maquinário e utensílios da fábrica. Posteriormente, este monopólio foi dando lugar ao capitalismo (Boeira & Johns, 2008; Caldeira, 2008).

Algumas décadas mais tarde, os europeus passaram a reinventar os modos de consumo do tabaco. Por volta do século XVI, já existiam os primeiros charutos, mas restritos a uma pequena parcela da população que tinha condições de pagar pela cara especiaria. Surpreendentemente, foi o próprio caráter excludente do charuto que abriu caminho para a criação do cigarro. Trabalhadores pobres de Sevilha picavam restos de charuto na rua e enrolavam em papel. Com a criação do “charuto alternativo”, estabeleceram-se os primeiros cigarros de toda a História (Roberts, 2006).

No século XVII, na Ásia e na África, o tabaco foi utilizado, inicialmente, com fins curativos através do cachimbo. A partir de então, o seu uso fora, rapidamente, difundido, estendendo-se por toda a Europa, em razão, sobretudo, do grande valor terapêutico que lhe era atribuído. A aceitação e velocidade da difusão foram de tão grande proporção que a Coroa da Espanha optou por submeter o comércio a um regime de monopólio estatal.

No Brasil, esta planta chegou, provavelmente, pela migração de tribos tupis-guaranis. Esses nativos eram repletos de hábitos peculiares aos olhos dos civilizados europeus: punham-se em círculos, em momentos de ritual em grupo, com muita cantoria e muita dança, e aspiravam uma fumaça de umas folhas que queimavam. Diziam que a

fumaça do tabaco tinha propriedades medicinais, supostamente, curava doenças, além de consistir em alegoria e adereço. No processo de descoberta do continente americano, o hábito seria um exotismo apreciado pelos curiosos europeus (INCA, 1997).

No século XVIII, o uso do tabaco foi liberado. Logo cresce a aceitação social, sobretudo pelo advento da revolução industrial, que facilitou a produção manufaturada em larga escala, enraizando este hábito. E, já por volta de 1840-1850, verificavam-se as primeiras descrições de homens e mulheres fumando cigarros (Roberts, 2006).

O hábito de mascar tabaco era bem mais popular que o consumo do cigarro e, apesar da criatividade empregada e da funcionalidade do novo produto, passaram vários séculos para que o seu consumo fosse efetivado e divulgado com a criação da máquina de enrolar cigarros, criada por James Bonsack, no século XIX. Ainda neste século, disseminou-se o uso do charuto na Europa, Estados Unidos e demais continentes, como demonstração de ostentação.

Durante a Primeira Guerra Mundial, os soldados ganhavam carteiras de cigarro nas trincheiras de guerra e, passada a guerra, seu consumo expandiu-se. Entretanto, foi, realmente, em meados do século XX, que houve uma disseminação mundial com ajuda de técnicas avançadas de publicidade e marketing, desenvolvidas nesta época.

Hoje se cultiva em quase todos os países do mundo, e de qualidades muito variáveis, segundo os lugares de produção. Os Estados Unidos colhem uma enorme quantidade de tabaco servindo para o fabrico dos *seafertatis* (Kentucky, Maryland, Ohio, Virginia); a Turquia e a Ásia Menor fornecem folhas de pequenas dimensões, de cor amarela e de um aroma especial, muito penetrante; em Vuelta Abajo, fornecem-se as folhas de havano por um custo muito elevado por causa do seu aroma delicioso. Sumatra e Java produzem folhas muito fina, de cor clara, utilizadas para a capa dos charutos; e o Brasil produz bons tabacos para o charuto (Roberts, 2006).

A partir desta época (século XX), revistas e jornais ocupavam páginas inteiras com anúncios coloridos; a TV, nos intervalos, exibia anúncios lembrando que estava na hora de puxar um cigarro; as películas dos primeiros filmes norte-americanos colocavam um pomposo cigarrinho na boca de suas divas e galãs, como sinal de seu estilo de vida sofisticado; automóveis de corrida ostentavam as cores de marcas de cigarros famosos (Cavalcante, 2001).

O uso das tabaqueiras procurava transmitir uma imagem de sofisticação, que resultava, invariavelmente, em uma imagem apelativa, e figuras públicas emprestavam o seu nome à publicidade do tabaco.

Nos anos 40, na Inglaterra, cerca de 80% dos homens adultos já eram fumantes, hábito de vida, então, considerado como sofisticado e de bom gosto. Encontravam-se, inclusive, nas contracapas de importantes revistas médicas, propagandas da indústria do tabaco com pretensos diálogos, nas quais os personagens centrais eram profissionais de saúde, como médicos e enfermeiras, destacando suas preferências pelas diferentes marcas de cigarro. Assim o tabagismo era associado à imagem de credibilidade e aceitabilidade social daqueles profissionais (Cavalcante, 2001).

Entre as décadas de 60 a 80, houve um verdadeiro “boom” ao incentivo ao tabaco, mas a tríade tabaco - dinheiro - doença tornou-se uma relação extremamente forte. Logo na década de 60, surgem os primeiros relatórios científicos (EPA, 1990) relacionando o cigarro ao adoecimento do fumante. Hoje em dia, é alvo de grandes disputas judiciais e campanhas que combatem o hábito extremamente nocivo à saúde. Inúmeros trabalhos comprovam os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e dos não fumantes expostos à fumaça do cigarro (INCA, 1997).

As estimativas mostram que cerca de um bilhão de pessoas fumam regularmente, e a popularização do seu consumo acabou incitando vários problemas de saúde pública,

justificando a proibição, por lei, do uso do cigarro em lugares onde há grande circulação de pessoas (Carvalho, 2007).

São muitas as razões que contribuíram para a expansão do tabaco: os grandes interesses econômicos dos países produtores e empresas multinacionais, as próprias características da substância, a explosão publicitária que acompanha a sua difusão, entre outras.

2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO

A epidemia tabágica encontra-se como um dos principais problemas de saúde contemporânea, representando um sério problema de saúde pública mundial. De acordo com a estatística registrada na literatura vigente no mundo, três milhões de pessoas por ano, e seis a cada minuto, morrem por causa do fumo. Verifica-se, portanto, uma perspectiva sombria se persistirem os padrões atuais de tabagismo, projetando-se para o ano de 2020, caso os jovens fumantes de hoje cheguem à meia-idade ou à velhice, ocorrendo 10 milhões de morte, ou seja, uma morte a cada três segundos, e sete milhões para os países em desenvolvimento. As tendências mundiais com relação ao fumo, a mais abrangente até a presente data, engloba 45 países (Peto et al., 1994; OMS, 2008).

A associação entre tabagismo e saúde humana representa um fato incontestável. As consequências do seu uso encontram-se largamente pesquisadas e documentadas. O câncer de pulmão é o mais comum no mundo, e a principal causa de morte por neoplasia maligna. Tem sua ocorrência associada ao uso de tabaco, e esta demonstração foi uma das mais importantes vitórias da Epidemiologia (Guerra et al., 2005).

Por volta de 1943, surge o primeiro estudo epidemiológico sobre o tabagismo e, em 1950, a divulgação dos primeiros estudos científicos sobre o fumo e o câncer de pulmão. Embora já fosse enfatizada pelos profissionais de saúde pública nesta época, a política de

prevenção e/ou cessação não era praticada em grande escala até então. Em 1965, a publicação do primeiro relatório sobre fumo e saúde, pelo *Surgeon General* dos Estados Unidos, marcou o início do uso sistemático (INCA, 2003).

No final da Segunda Guerra, ganhava força o debate entre trabalhadores e os dirigentes conservadores, na Inglaterra, para a criação do Sistema Nacional de Saúde, a primeira experiência dessa natureza no mundo capitalista. Nesse período, registrou-se, no país, uma crescente elevação no diagnóstico de câncer de pulmão em homens, e pesquisadores acreditavam que a causa do fenômeno se devia à crescente poluição urbana decorrente de uma ampliação na circulação de automóveis em Londres, bem como em outras grandes cidades inglesas. Tão cientes estavam desta hipótese que iniciaram estudos, fazendo uma análise da distribuição do câncer de pulmão em guardas de trânsito em comparação aos demais trabalhadores. Os resultados foram, surpreendentemente, similares em ambos os grupos, levando os pesquisadores a ampliarem o leque de possíveis fatores de risco, o que acabou conduzindo a hipótese dos clássicos resultados dos estudos, revelando a associação daquela neoplasia com o hábito de fumar. A contundência dos resultados provocou, em poucos anos, a diminuição da prevalência de fumantes nas camadas sociais de maior escolaridade e renda na Inglaterra (Doll et al., 1994).

Essas questões de saúde pública, que correlacionam o fumar com maiores riscos de contrair doenças, não privilegiam apenas os fumantes, os não fumantes também estão seriamente propensos a adoecerem de enfermidades. Nos Estados Unidos, a inalação passiva da fumaça de cigarro é responsável pelo câncer de pulmão que mata 3.000 pessoas todo o ano. Uma pesquisa realizada pela Agência para Proteção do Meio Ambiente (EPA) analisou, exaustivamente, os resultados da fumaça produzida pelo cigarro em repouso e àquela expelida depois de tragada, e concluiu que a fumaça do cigarro no ambiente é um carcinógeno do Grupo A, o mais perigoso deles (EPA, 1994).

A Associação Médica Americana publicou um estudo revelando que as mulheres não fumantes, mas que inalam fumaça de cigarro mostra um risco de 30% maior de contrair câncer de pulmão (Peto et al, 1994). Igualmente as crianças são acometidas de bronquite e pneumonia, resultando em 150.000 a 300.000 casos anuais, além de agravar os sintomas de asma em 200.000 a 1.000.000 (Rosemberg, 2003). Por outro lado, a Associação Cardíaca Americana avalia que ocorram 40.000 mortes ao ano por doenças cardiovasculares, em decorrência da fumaça de cigarro ambiental (EPA, op. cit).

Para a OMS (2008), o fumo difere de outros perigos, uma vez que em cada dois fumantes um deles morre. Esta constatação leva à conclusão de que a metade de todos os fumantes terminará morrendo em função desse hábito.

Desde a década de 50, sessenta milhões de pessoas morreram por causa do fumo, ideia muito desalentadora para a indústria do tabaco. Anualmente, no mundo, três milhões de pessoas morrem por motivos ligados ao fumo, e muitas outras param de fumar. Portanto, para compensar o prejuízo da indústria, é necessário que se encontrem três milhões de novos fumantes (Rosemberg, 2003).

O fumo ganhou espaço com a “liberação” feminina, surgindo daí novas tabagistas, ou melhor, novas consumidoras do tabaco. O número dobrou nos últimos 20 anos em alguns países, a exemplo da Grã-Bretanha, Japão, Noruega, Polônia e Suécia. Nos Estados Unidos e no Canadá, os índices são alarmantes, cerca de 300%. Algumas marcas especiais de cigarro alegam ter baixos teores de nicotina e alcatrão como forma de atrair as mulheres que fumam e creem que esse tipo de cigarro é menos prejudicial; outros são perfumados, ou então longos e finos, um visual de beleza que as mulheres imaginam conseguir fumando. Os anúncios de cigarro apresentam modelos orientais, jovens, elegantes, e sedutoramente vestidas (Banco Mundial, 1999; 2004).

Nas Filipinas, uma empresa distribuiu calendários gratuitos associando a ideia de fumar à imagem da Virgem Maria. “Nunca tinha visto nada igual”! Comenta Erban,

conselheira de saúde da OMS, na Ásia. “Estavam tentando relacionar o ícone ao fumo, para que as mulheres filipinas não se sentissem culpadas diante da ideia de fumar”. No mundo, as autoridades sanitárias usam a mídia escrita para o alerta - “Fumaça vira fogo na Ásia, enquanto o mercado tabagista dispara”. “Índices de consumo de cigarro causarão epidemia de câncer.” “A nova batalha do Terceiro Mundo é contra o fumo”.

A partir de 1985, sob intensa pressão do Governo dos Estados Unidos, muitos países asiáticos abriram as portas, e os cigarros americanos invadiram o mercado em, aproximadamente, 75%. As maiores vítimas são as crianças e os adolescentes, constituindo um índice de 90% de todos os novos fumantes.

A China tem mais fumantes do que toda a população dos Estados Unidos – 1,6 trilhões de cigarro por ano, um terço do total consumido no mundo, sendo 61% dos homens adultos, e 7% das mulheres. As pessoas sem escolaridade têm maior probabilidade (6,9 vezes) de fumar do que aquelas com formação universitária, se comparado, por exemplo, ao Brasil, seria de 5 vezes. Nesse parâmetro, calcula-se que a estimativa dos dez milhões de mortes/ano é esperada nas próximas três décadas, dois milhões destes se darão na China. Cinquenta milhões de crianças chinesas, hoje vivas, podem vir a morrer de doenças ligadas ao fumo (Banco Mundial, 1999; Peto, 2006). A história do fumo, nas últimas cinco décadas, na China e na Europa Oriental, condenou esses países a uma grande epidemia de doenças (Gray, 1996; OMS, 2003).

A África, a Europa Oriental e a América Latina são alvos dos fabricantes ocidentais de cigarro, que veem, nos países em desenvolvimento, uma gigantesca oportunidade comercial. No continente africano, castigado por secas, guerras civis e AIDS, e à exceção da guerra nuclear ou da fome, o fumo é a maior ameaça para a saúde do seu povo no futuro. As famílias africanas defínham desnutridas, e os mais pobres gastam parte de sua renda em cigarro (Banco Mundial, 1999; 2004).

No que tange à América Latina, registra-se um grande número de casos de câncer de pulmão, embora ele seja mais característico de países desenvolvidos, sobretudo relacionados ao trato aerodigestivo superior. No Brasil, há um progressivo aumento desta patologia em mulheres, em função do aumento da sua exposição ao tabaco, o que influencia, também, no aumento dos cânceres de boca e faringe, laringe e esôfago. No mundo, nas últimas décadas, vem aumentando, principalmente, se associado ao consumo de bebidas alcoólicas e precárias condições de nutrição. O risco populacional é de 71% para fumantes, e 63% para ex-fumantes (INCA, 2001).

Um estudo conduzido pelo Ministério da Saúde (MS), para investigar a ocorrência desses tipos de cânceres (boca e faringe), em populações residentes nas cinco regiões do Brasil, constatou que a mais alta taxa de incidência ajustada por idade pela população mundial encontrava-se na região Sudeste, com destaque para Porto Alegre, onde foram observadas as mais elevadas taxas de câncer de boca do mundo, em ambos os sexos: (8,3/100.000 em homens e 1,4/100.000 em mulheres). A outra região foi São Paulo, sendo a população masculina (7,6/100.000) a mais afetada, e a feminina na cidade de Natal, Rio Grande do Norte (3,3/100.000). Cabe aqui comentar que a mortalidade do câncer de boca, em São Paulo, permaneceu estacionada em níveis elevados durante o período de 1980 a 1998. Os fatores de risco para o câncer de esôfago são similares aos descritos (INCA, 2003).

Parra et al. (2003) realizaram um estudo na Universidade Javeriana, em Bogotá, na Colômbia, com o objetivo de desenvolver medidas epidemiológicas para descrever o comportamento e a distribuição do consumo de cigarros na comunidade universitária, envolvendo funcionários, estudantes, professores da referida Universidade. Especificamente, buscaram descobrir e descrever os conhecimentos que a comunidade tinha sobre os efeitos e as consequências potenciais do consumo e da exposição ao fumar; das atitudes frente ao fumar; determinação da prevalência e da incidência; os possíveis

fatores de risco e de proteção; a frequência e a intensidade do consumo; as marcas preferidas; e o dinheiro gasto com o seu consumo.

Com relação aos *efeitos e as consequências potenciais do consumo e da exposição ao fumar*, a comunidade universitária apresentou um percentual médio de conhecimento ligeiramente maior em relação à população de fumantes, e 70% acerca dos danos que ocasionam as substâncias psicoativas, dentre eles o cigarro.

Das *atitudes frente ao consumo*, destacaram-se alguns aspectos importantes, tais como:

- (i) Gerar a consciência para não exceder o consumo do cigarro, não convertê-lo em uma necessidade, além de despertar para os direitos dos não fumantes;
- (ii) Fortalecer a pressão que exercem os grupos de não fumantes sobre os fumantes;
- (iii) Promover a ampliação de ambientes livres de fumo (90% dos entrevistados);
- (iv) Procurar adiar a decisão de fumar;
- (v) Incrementar a resistência ante a publicidade tabaqueira, e restringir a venda de cigarros na Universidade, propondo políticas internas de elevação de preços (este item é acordado pela maioria dos fumantes);
- (vi) Desenvolver alianças e obter acordos com setores públicos e sociais, inclusive a indústria tabaqueira, que também deve assumir sua responsabilidade social;
- (vii) Fortalecer a informação e a educação sobre os fatores de riscos do uso do cigarro, bem como a percepção destes riscos para a saúde e à sociedade;
- (viii) Melhorar a qualidade de vida para diminuir o consumo (este item teve frequência em torno de 80%);
- (ix) Fortalecer o apoio familiar.

No item *prevalência*, observou-se que o consumo anual de cigarros para as pessoas que fumam há mais de um ano, correspondeu a 32%, enquanto para o item *incidência*, registrou-se 37.4% de estudantes entre 16 e 19 anos de idade, 56.2% entre 19 e 24, e 6.4%

maior de 24 anos. Entre os funcionários, 46% encontram-se entre 18 e 24 anos, 23% têm mais de 24 anos, e 31% menos de 19 anos. A média de idade de início no consumo acontece aos 16 anos com limite inferior situado aos 12 anos.

O consumo durante os últimos doze meses não pode ser visto na amostra aleatória, ao que se decidiu realizar uma medição nos últimos 24 meses. Entretanto, verificou-se que 2,66% dos estudantes iniciaram o consumo neste período, e não houve nem funcionários nem professores incidentes nos últimos 24 meses.

Dado que a idade média do início tabágico situa-se nos 16 anos, nesta comunidade universitária e, coincidindo com o limite inferior de idade no ingresso do primeiro semestre de estudo, esta fase constitui possíveis *fatores de risco*. Consequentemente, as intervenções em relação à prevenção ao uso do cigarro deverão estar voltadas, prioritariamente, para este grupo de idade, no sentido de possibilitar um adiamento da decisão de iniciar-se no consumo. Como *fatores protetores* são assinalados programas de formação integral, universidade saudável, ordem familiar, e resiliência.

Quanto à *frequência* e à *intensidade do consumo*, verificou-se que, diariamente, 67.7% fumam entre 1 a 5 cigarros; 9.4% entre 6 a 10; e 22.9% fumam entre 11 a 20 cigarros. O critério utilizado, neste estudo, para determinar o consumo ‘ocasional’ foi o intervalo de quatro dias ou menos no período dos últimos 30 dias; para o frequente, pontuou-se entre 4 e 20 dias ao mês; já o consumo ‘crônico’ entre 20 e 30 dias. Então, verificou-se que todos os professores entrevistados são consumidores “crônicos”; entre os funcionários, 45% o consumo é ‘crônico’, 42% frequente, e 13% correspondem a consumidores ocasionais. Entre os estudantes, 25.6% são consumidores “crônicos”, 72.1% são frequentes, e 2.3%, ocasionais.

O estudo mostrou ainda registros de aumento no consumo do cigarro entre os fumantes habituais em alguns momentos de sua vida, aspecto que sugere o fumar ocupando certas funções estabelecidas subjetivamente, por exemplo, o relaxamento e o

prazer produzido pelo fumar após o alimento, o café, a bebida, ou o antes ou depois de atividades recreativas. Entre os estudantes, o incremento do consumo do cigarro está associado a fatores como: circunstâncias psicológicas (tristeza, ansiedade, estresse, depressão, problemas pessoais, familiares, entre outros) e acadêmicas (apresentação de trabalhos, exames finais, excesso de leitura, trabalhos escritos), com decréscimo durante as férias e viagens. Estas informações apontam que os estudantes fumam mais na época do estudo do que nas férias e em suas casas.

A respeito ao *dinheiro gasto*, os consumidores ‘crônicos’ gastam em média 15 cigarros por dia/mês, portanto apresenta um custo médio de \$150 (oscilando entre \$100 a \$200), ou seja, a comunidade universitária estudada gasta ao dia \$1’460.250, ao mês \$43’807.500, e anualmente \$525’690.000 com cigarros. E, se este cálculo for levado para os estudantes e funcionários, esta cifra seria muito mais impressionante (Parra et al., 2003).

2.3 OS MALEFÍCIOS DO TABAGISMO

O tabaco, em pauta, representa um dos produtos de consumo mais vendidos no mundo, comanda legiões de compradores leais e tem um mercado em rápida expansão. Os fabricantes, satisfeitiíssimos, orgulham-se de ter lucros impressionantes, influência política e prestígio. O único problema é que seus melhores clientes morrem um a um (Rosemberg, 2002).

O hábito de fumar, além de afetar a economia de um país, o meio ambiente, e a sociedade como um todo, provoca danos à saúde humana, desencadeando doenças fatais e inabilitantes. Se comparado a outros comportamentos de risco, a probabilidade de morte prematura é extremamente alta (Banco Mundial, 1999). Dentre as patologias a ele associadas, pode-se mencionar, sobretudo aquelas do aparelho respiratório e cardiocirculatório.

Adentrando ainda mais nas implicações do uso tabágico para a saúde das pessoas, destacam-se questões de duas ordens. A primeira refere-se à dependência química, que torna o fumante rapidamente viciado. Do ponto de vista químico, o tabaco é caracterizado pela presença de um alcaloide especial: a nicotina. Além do alcatrão, centenas de outras substâncias contidas na fumaça do cigarro são consideradas de grande potencial cancerígeno. Presume-se que algumas das mais de 4.000 substâncias presentes na fumaça do cigarro possam causar alterações genéticas, e o envelhecimento precoce de todas as células do organismo, pela diminuição do aporte de oxigênio no sangue, consequentemente o aumento de radicais livres. Deste modo, constata-se a diminuição do tempo de vida, sendo maiores os riscos e dificuldades na recuperação após intervenções cirúrgicas. As doenças tabaco-associadas estão bem documentadas, indo desde o câncer de pulmão, isquemia, doenças circulatórias, até as respiratórias, como o enfisema pulmonar (Banco Mundial, 2004; Calzavara, 2003; Efstratiadis et al., 2008; Rosemberg, 2002;).

Destarte, observa-se que o tabagismo constitui um dos principais fatores de risco de inúmeras doenças de ordem física, por chegar a atingir órgãos do corpo humano de um modo geral (Figura 1).

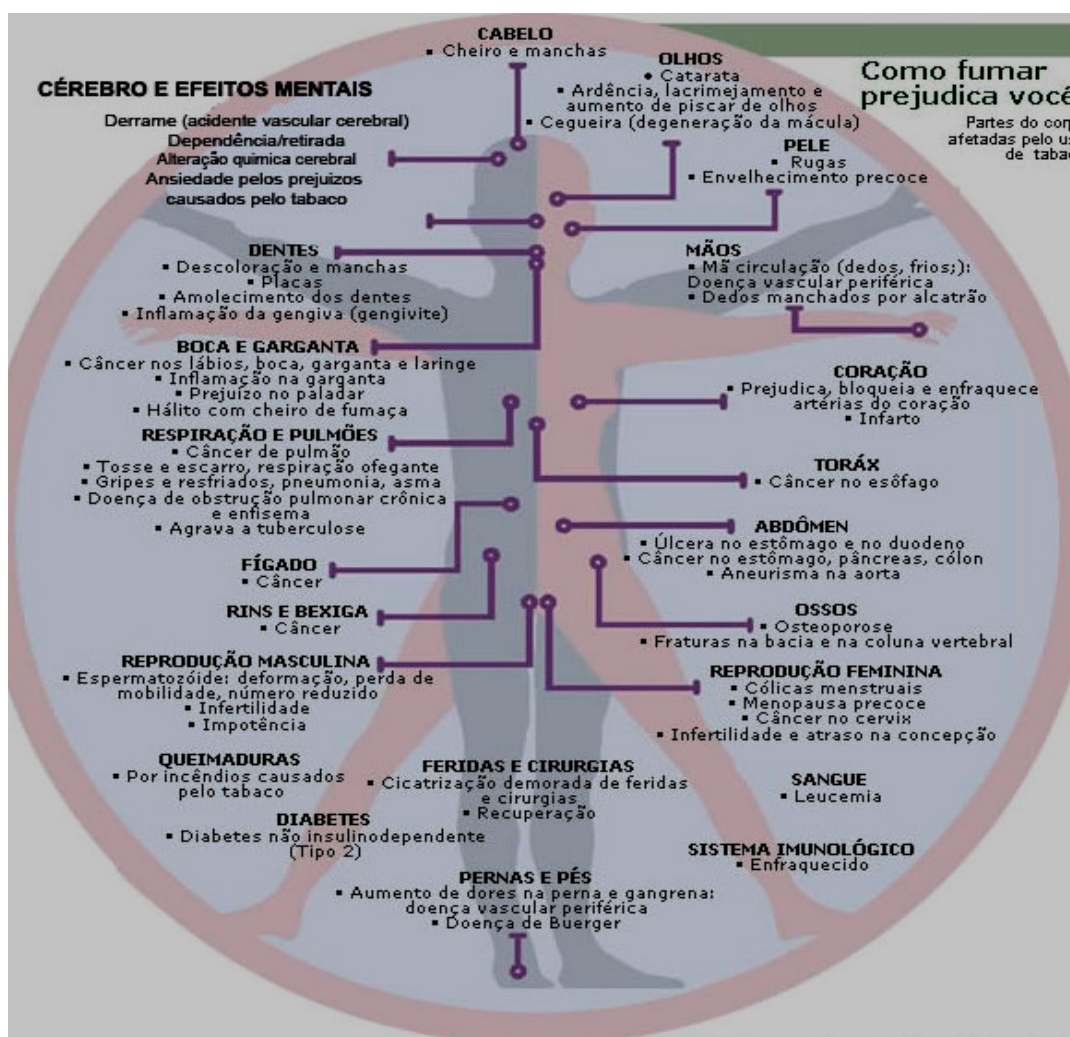


Figura 1: Impacto do tabagismo na saúde física humana

Fonte: Sisnad/Obid (2006).

A cifra mais alarmante relaciona-se ao câncer de pulmão (90%), mencionado pela literatura como um dos mais traiçoeiros e agressivos. Em percentual igualmente elevado (85%), aparece a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), que advém de uma associação entre Bronquite e Enfisema Pulmonar, causando uma deterioração da função pulmonar de maneira progressiva e letal, provocando, assim, o aumento de infecções respiratórias como gripes e pneumonias, crises de bronco-espasmo nos asmáticos, e gripes constantes. O tabagismo é responsável ainda pela maior frequência de complicações respiratórias após as cirurgias, devido ao surgimento da bronquiolite respiratória, e o

agravamento das doenças pulmonares de natureza ocupacional (OMS, 2008; Rosenberg, 2002).

Os aneurismas arteriais e as úlceras de trato digestivo (gástrica e duodenal) encontram-se numa faixa de 35%, e as mortes por doenças coronarianas, tais como angina, cardiopatias isquêmicas, trombose das coronárias em 25%. Igual percentual aparece nas doenças cérebro-vasculares, entre elas o derrame cerebral, sobretudo porque o maior dano do tabaco situa-se nas artérias e no coração, uma vez que propicia um maior depósito de gorduras nos vasos e, assim, um maior grau de formação de coágulos. Pessoas hipertensas e diabéticas apresentam, comumente, maiores riscos de lesões vasculares cerebrais, ou periféricas, e cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio, ou morte súbita, elevados em até oito vezes, além da proporcionalidade entre tempo de tabagismo e número de cigarros fumados ao dia (OMS, 2008; Rosenberg, 2002; Moraes, 2012).

O efeito maléfico do tabagismo não é visto nos retratos dos fumantes, mas acomete toda a rede de circulação do corpo humano. Por exemplo, se a artéria acometida for uma coronária, a pessoa terá uma chance maior de ter um infarto do miocárdio, se for cerebral, a chance é de um derrame. No homem, se a artéria for à do corpo cavernoso peniano, afetará a própria funcionalidade corporal, principalmente se associado a outros fatores de riscos, como o estresse. Quanto maior a absorção do número de cigarros, maior a agressão às artérias; igualmente, quanto maior o tempo de vício, maiores serão as consequências a nível cardiovascular (Galil, 2003).

Outros órgãos podem ser afetados pela malignidade decorrente das substâncias contidas no cigarro. Em geral, quando associado ao uso do álcool, é outro fator precipitante, principalmente para os cânceres aerodigestivos, igualmente outros órgãos do corpo podem ser afetados como a mama, estômago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero, colón, próstata, entre outros, e o agravamento de doenças hipertensivas, a diabetes, e o colesterol (INCA, 2003).

O câncer bucal é o mais frequente nos países desenvolvidos, em mais de 90% dos casos, provavelmente pelo maior uso do tabaco, associado, além do etilismo, a outros fatores de risco, como higiene bucal precária e nutrição deficiente. Estudos recentes têm mostrado um aumento de sua incidência e mortalidade em determinados grupos demográficos, como resultado do aumento à exposição desses fatores (Seroli & Rapoport, 2009).

O tabagismo ganha destaque também na saúde da mulher, como um importante fator de risco, além do câncer e doenças cardíacas, outras doenças crônico-degenerativas e relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal (Figura 2).

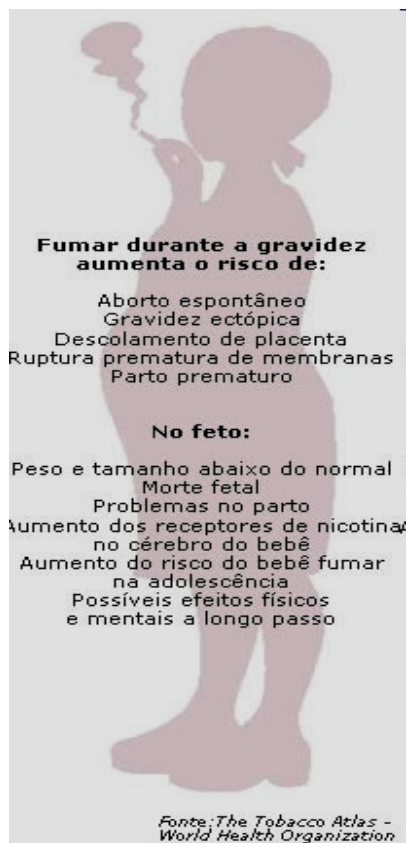


Figura 2: A saúde na mulher grávida e o tabagismo

Fonte: Sisnad/Obid (2006).

É uma das causas de pré-maturidade no trabalho de parto, na redução de peso dos recém-nascidos, no aumento de casos de pneumonia em gestantes com predisposição à

doença, além de provocar alterações no exame de cardiotocografia (CTG). A nicotina, ao ser transmitida para a criança através do aleitamento materno, pode reduzir a produção de leite, e torná-lo tóxico ao bebê, principalmente quando a mãe fuma acima de 10 cigarros ao dia. Além de causar efeitos como vômitos, diarreia, taquicardia e sonolência (Sé & Amorim, 2009).

A antecipação da menopausa, índice elevado de abortos, e efeitos nocivos sobre a gravidez como anomalias congênitas da criança, deficiência ponderal e prematuridade do recém-nascido, mortalidade perinatal, e maior incidência de maturação placentária precoce em gestantes fumantes, são fatores decorrentes do uso tabágico (Queiroz, 2004).

Rosemberg (1985/2002) avaliou os efeitos do tabagismo, na saúde de 15 mil crianças de zero a um ano, e concluiu que, nas famílias em que o pai fuma, 25% dessas crianças apresentaram problemas respiratórios, e quando a mãe é fumante, o percentual eleva-se para 49%, em razão do seu contato maior com ela. Além dos riscos provocados nos filhos, tornando-os fumantes passivos, ressalta-se o mau exemplo que é dado pelos pais ao apresentarem esse comportamento para os filhos (figura 3).

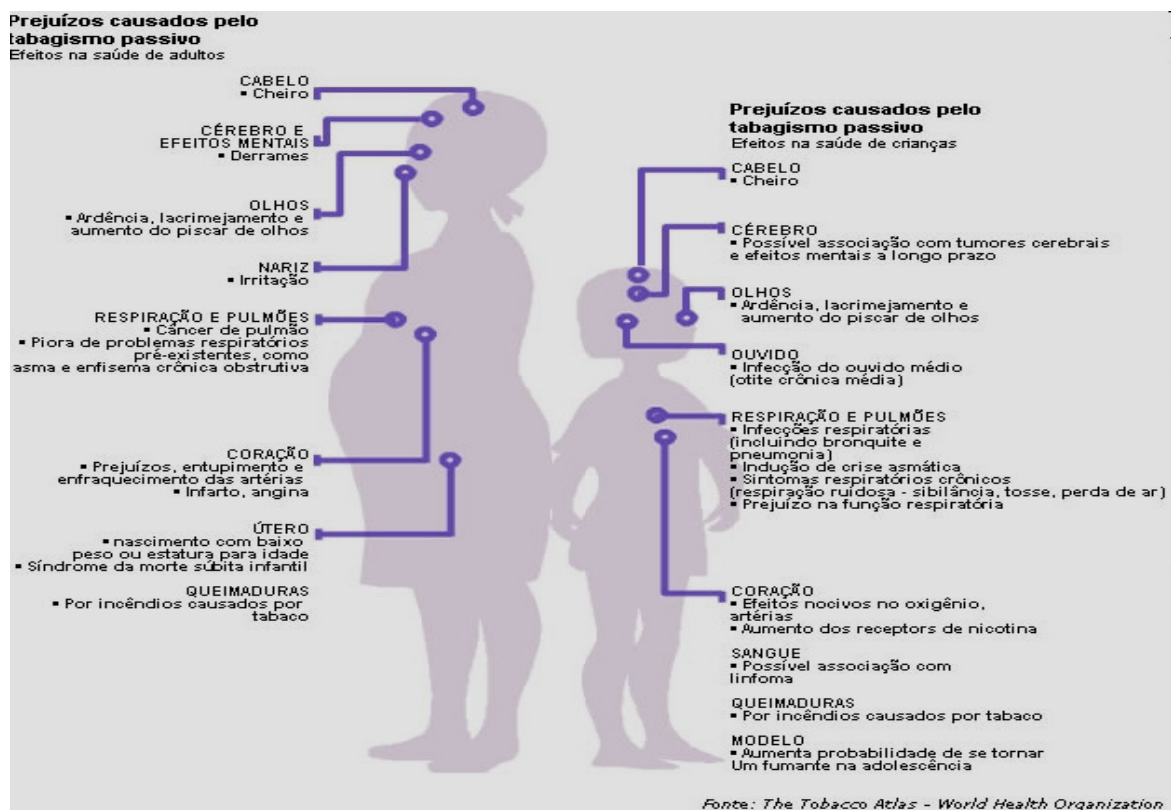


Figura 3: A saúde da criança e o tabagismo parental

Fonte: Sisnad/Obid (2006).

Ainda focando os aspectos danosos na área física, na década de 90, a literatura, em sua maioria, traz publicações sobre a inter-relação entre tabagismo e peso corporal. Os índices de massa corporal em fumantes frequentemente apresentam-se menores, quando comparados a não fumantes, pareados por sexo e idade, ou seja, há uma relação inversa entre o uso regular de tabaco e o peso corporal. Este é um dos vários problemas enfrentados pelos fumantes (Chatkin & Chatkin, 2007).

Os fumantes enfrentam um risco maior de morte que os não fumantes, em regiões onde há prevalência de tuberculose. Isto porque os pobres tendem a fumar mais do que os ricos. O risco de morte prematura por doenças relacionadas ao fumo é bem maior, nos países de alto e médio poder aquisitivo. Os homens dos grupos socioeconômicos mais baixos têm duas vezes mais chances de morte na meia idade do que aqueles de nível mais

alto. Notificam-se, ainda, grandes dificuldades de convivência e de aceitação social com as pessoas, sobretudo pelos parceiros e amigos não fumantes, ou ex-fumantes, ao considerar-se que os fumantes são pessoas displicentes com sua própria saúde, sem força de vontade e egoístas, que disseminam uma poluição particular.

Ademais, dificuldades de conseguir emprego por se preferir não fumantes; os gastos com a compra de cigarros e medicamentos para tratar as doenças tabaco-relacionadas; os altos custos nas apólices de seguro de vida e de saúde para fumantes; bem como a estatística, negativamente, incisiva na saúde física, sem sombra de dúvida, apontam para o tabagismo como um sério problema de saúde pública (Chatkin & Chatkin, 2007).

Nomeadamente, medidas são tomadas no sentido de esclarecer a população sobre os malefícios do fumo, e arguir esta dependência. As campanhas antitabagismo têm sido amplamente difundidas, o controle da propaganda, o combate ao contrabando à elevação de taxas e impostos para encarecer o preço final do cigarro, e as restrições para fumar em locais públicos. Todas estas ações, sem dúvida, em muito têm contribuído para o controle da “epidemia” tabágica, todavia o conhecimento deste fenômeno é ainda incipiente, em muito, precisa avançar, tendo em vista o custo-benefício que acarreta não só à vida das pessoas nicotino-dependentes, como àquelas no seu entorno.

2.3.1 A dependência tabágica

As drogas fazem parte da história da humanidade desde os primórdios e, durante milhares de anos, vêm sendo utilizadas pelos indivíduos, beneficiando não só o corpo, mas sua mente e seu espírito.

O termo droga teve origem na palavra *drogg*, proveniente do holandês antigo, cujo significado é *folha seca*; antigamente, quase todos os medicamentos utilizados possuíam

vegetais em sua composição, ou seja, eram sintetizados à base de vegetais. Essa terminologia abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (OMS, 2007).

Entretanto, ao longo dos séculos, o termo para descrever a palavra droga passou por grandes variações. Na Grécia Antiga, a droga era denominada *pharmakon* e detinha uma dualidade de sentidos, ao mesmo tempo em que significava remédio, também implicava em veneno. Existem substâncias que são empregadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, por exemplo, o tratamento de doenças, e outras utilizadas com o objetivo de administração medicamentosa, no entanto, se esses mesmos medicamentos forem utilizados de forma inadequada, podem acarretar em graves malefícios à saúde. Contudo, esta não é a sua questão capital. Trata-se do tipo de relação que se estabelece com a droga, o que determina se boa é ou má para o indivíduo.

Genericamente, pode-se dizer que droga é qualquer modalidade de vício bioquímico relacionado a alguma droga ou à interação entre drogas, causada ou precipitada por complexo de fatores genéticos, biofarmacológicos e sociais, incluindo os econômicos e políticos. Na área médica, vício relaciona-se a quem não consegue abandonar um hábito nocivo, mormente de álcool e drogas, por motivos fisiológicos ou psicológicos e, ao associar-se às ciências sociopolíticas, recomenda-se usar o termo “drogadicção” (adição a drogas) para referir-se à dependência, fármaco-dependência, ou toxicomania (Wikipédia, a enciclopédia livre). “Adicto, vem do latim *addictu*, que significa *afeiçoado, dedicado, apegado, adjunto, adstrito, dependente*” (Dicionário Aurélio século XXI).

A adicção é caracterizada por um forte desejo ou necessidade (compulsão) de consumi-la; pela obtenção da droga através de qualquer meio possível; pela dependência física e psicológica; e efeitos prejudiciais para o indivíduo e para a sociedade (Carmo et al., 2005).

No que diz respeito à *dependência*, a APA a reconhece em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e conceitua-a como um conjunto de sintomas que indicam que uma pessoa usa compulsivamente uma ou mais substâncias, apesar dos problemas que esse comportamento possa estar lhe causando. Ou seja, é um comportamento que escapa ao controle do indivíduo.

Já o Classificação Internacional das Doenças (CID-10), no grupo de transtornos mentais a define como comportamento(s) decorrente(s) do uso de substâncias psicoativas (F17.2), cujo diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes critérios são manifestados durante algum período do último ano:

- (i) Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.
- (ii) Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo.
- (iii) Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, sendo evidenciado pela ‘síndrome de abstinência’ característica da substância, ou do uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
- (iv) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
- (v) Abandono progressivo de prazeres alternativos em favor do uso da substância psicoativa (aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos).
- (vi) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos frequentes nos períodos de consumo excessivo.

Com relação à dependência tabágica, a partir de 1970, o *National Institute on Drug Abuse* passou a considerar o uso do tabaco como uma forma de dependência, visto que os efeitos biofisiológicos da substância não são comparados com o efeito produzido pelo álcool, pelos barbitúricos, heroína ou pela cocaína (Carmo et al., 2005). Na década de 1980, a dependência foi reconhecida pela APA, como já mencionado anteriormente, e o tabagismo passou a ser incluído na rubrica do abuso de substâncias; em 1986, o *National Institutes of Health* e o *Advisory Committee to the Surgeon General* entenderam que o tabaco de mascar provocava dependência, cuja responsabilidade estava vinculada à nicotina. Sendo assim, a *U.S. Surgeon General* publica um informe destacando o efeito psicoativo da nicotina e apresenta os critérios primários para a drogadicção do tabagismo (USDHHS, 1988), referindo que:

- (i) Os cigarros e outras formas de tabaco são aditivos.
- (ii) A nicotina é a droga do tabaco que provoca a adicção.
- (iii) Os processos farmacológicos e condutais que determinam a adicção são semelhantes aos das drogas como a heroína e a cocaína.

Entretanto, a classificação considerada mais adequada estabelecida pela APA, no DSM-IV, inclui a *dependência* e a *abstinência* à nicotina como um transtorno, porém o *abuso de nicotina* e a *intoxicação nicotínica* não foram considerados, pois são casos muito raros (Carmo, et al., 2005).

Por *dependência tabágica*, entende-se um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, manifestado por três, ou mais, dos sintomas abaixo, ocorrendo durante qualquer tempo, num período de 12 meses (APA):

- (i) Abstinência, manifestada através da ‘síndrome de abstinência’ característica da substância, a mesma substância, ou outra bastante parecida, usada para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência.

- (ii) Tolerância, definida pela necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de substâncias para atingir intoxicação ou o efeito desejado, ou o efeito nitidamente diminuído com o uso contínuo da mesma quantidade da substância.
- (iii) A substância é frequentemente usada em grandes quantidades, ou por período maior do que o intencionado.
- (iv) Desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância.
- (v) Grandes períodos de tempo utilizados em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos.
- (vi) Reduzir ou abandonar atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais por causa do uso da substância.
- (vii) Uso continuado da substância, apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico ou recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pela substância.

A OMS (2008) traz conhecimentos científicos mais recentes sobre o papel que desempenha o cérebro na dependência de substâncias, com base nos múltiplos registros da neurociência, a qual sustenta que este tipo de dependência vincula-se tanto ao transtorno cerebral como a qualquer outro, seja de cunho neurológico ou psiquiátrico. Desta feita, a dependência de substâncias é multifatorial, sendo, portanto, determinada por fatores biológicos e genéticos e, ainda, os fatores psicossociais, culturais e ambientais podem desempenhar um papel importante nesse processo.

Nesta perspectiva, o tabagismo, embora considerado pela OMS (2004) como uma doença, em razão da dependência da droga nicotínica, faz alusões a um processo complexo que envolve a presença de inúmeros fatores como a farmacologia, os socioambientais, comportamentais, de personalidade e, até mesmo, os adquiridos ou condicionantes, entre outros. Entretanto, essa dependência poderá e deve ser decomposta, para melhor

focalização, em três componentes, a saber: *dependência* ou *adicção física*, *dependência* ou *adicção psicológica*, e *condicionamento*. É importante salientar que estes elementos interagem mutuamente, porém um pode apresentar-se com mais evidência, sobressaindo junto aos demais (Meirelles, 2009).

O hábito de fumar envolve fatores e mecanismos complexos, conforme relatado há pouco, de tal monta que, para se ter uma melhor e mais profunda compreensão, necessário se faz pensar que este vai muito além da dependência física da nicotina, transcendendo-a. O indivíduo que fuma é submetido a estímulos das mais variadas naturezas, seja social, comportamental ou cultural, de tal maneira que reforça seu hábito e, provavelmente, são elementos importantes no estabelecimento da dependência psicológica. Deste modo, tanto o componente físico da dependência ao tabaco como o psicológico são fatores importantes na manutenção do hábito (Carmo et al., 2005).

A questão da *dependência física* ou *adicção física* caracteriza-se pela necessidade fisiológica de nicotina pelo fumante, ou a um estado de adaptação do corpo a uma droga, que suscita distúrbios físicos (Carmo et al., 2005; INCA, 2012; Trigo, 2007). Esta, por ser uma droga psicoativa estimulante, seu mecanismo de dependência é semelhante ao da cocaína e da heroína que, para ser absorvida, a nicotina precisa estar em meio alcalino. Porém, em razão do fato de o tabaco, para produzir cigarros, ser curado em fornos, o *pH* presente na fumaça dos cigarros torna-se ácido, obrigando o fumante a dar uma tragada profunda para que a fumaça consiga alcançar os bronquíolos terminais e os alvéolos, lá se alcaliniza e é absorvida. A nicotina, ao atingir o cérebro, atravessa facilmente a barreira hematoencefálica, por volta de 7 a 19 segundos, em tempo maior se ela fosse injetável e intravenosa, daí se propaga por todas as suas áreas (tálamo, hipotálamo, hipocampo, núcleo acumbens, tronco cerebral) até o córtex, agindo no sistema mesolímbico-dopamínico. Devido à sua estrutura molecular ser semelhante a da acetilcolina, ela interage com os receptores colinérgicos presentes nas membranas de muitos neurônios, que passam

a se chamar então de receptores nicotínicos-acetilcolínicos (nAChRs) e ficam distribuídos nas regiões periféricas e centrais do cérebro. Ao contrário do cigarro, os fumantes de charuto e cachimbo não precisam tragar a fumaça, pelo fato de o tabaco, para este tipo de produção, ser curado ao ar livre (Cinciripini et al., 2011; Meirelles, 2009; Rosemberg, 2002).

O cigarro, independente da sua marca, contém de 6 a 11mg de nicotina, aspecto bastante para provocar e sustentar uma dependência nicotínica. Esta dependência decorre dos seus aspectos físico-químicos, produzida pela rápida absorção através da mucosa da boca e do nariz, e logo distribuída na corrente sanguínea, ativando os receptores colinérgicos nicotínicos. Esta ativação leva à alteração do eletroencefalograma espontâneo, do metabolismo da glicose cerebral local, da modulação dos hormônios adrenais e pituitária, da tensão do músculo esquelético, e ainda aumenta o ritmo cardíaco. Evidências sugerem que a nicotina também pode aumentar a vigilância, memória e desempenho de tarefas, independente do alívio de abstinência, bem como a estimulação neuronal, no hipotálamo, pode ajudar na compreensão da relação entre tabagismo e humor deprimido (INCA, 1997; Cinciripin et al., 2011; Meirelles, 2009; Rosemberg, 2003).

As ações psicoativas, viabilizadas através da liberação da dopamina e da síntese no sistema mesolímbico, produzem prazer e satisfação, o que conduz a repetidas ingestões de nicotina, deste modo, uma tendência a repetição do comportamento tabágico (INCA, 2009).

O uso contínuo de nicotina produz alterações na estrutura do Sistema Nervoso Central (SNC), conseqüentemente altera a sua fisiologia. Os receptores nicotínicos liberam uma série de neurotransmissores e neuroreguladores como a acetilcolina, ácido gama-aminobutírico, betaendorfina, dopamina, epinefrina, norepinefrina, serotonina e vasopressina. Cada um destes apresenta uma atividade cerebral específica, tais como: prazer, alerta, diminuição do apetite, melhora da memória, redução da ansiedade etc. O

mais importante deles é a dopamina, pela produção de uma forte sensação de prazer e euforia relatada pelos indivíduos fumantes e pela grande liberação desse neurotransmissor no *nucleus acumbens*, reforçando o comportamento de fumar (Cinciripin et. al, 2011).

Ainda a respeito desta dependência, destacam-se três aspectos principais que lhe são peculiares: *compulsão*, *tolerância* e *síndrome de abstinência*.

O uso de uma droga em quantidades e frequências elevadas fazem o organismo criar meios de defesa, causando adaptação tal à droga que, na falta, funciona mal, e isto se chama *compulsão*. O seu uso contínuo leva a chamada neuroadaptação, e o fumante, ao invés de sentir sensações de desprazer, náuseas, tem sensações de prazer, euforia, redução da ansiedade etc., causados pela dependência nicotínica. Com o tempo, passa a fumar cada vez mais cigarros, procurando manter os mesmos efeitos prazerosos que tinha com doses menores. É a chamada *tolerância*.

Após a instalação da dependência, e com a interrupção do uso do tabaco, vem o período da abstinência que ocorre algumas horas depois. O fumante passa a apresentar sintomas como irritabilidade, vertigens, cefaleia, tristeza, ansiedade, pela diminuição da capacidade de concentração, distúrbios do sono (diurno e noturno), depressão, aumento de apetite e de peso, e especialmente forte desejo de fumar, dando início a um estado denominado de *craving*, a chamada ‘fissura’ que caracteriza a *síndrome de abstinência*. A ‘fissura’ tem uma duração temporal em torno de cinco minutos, intensificando-se nos quatro primeiros dias, mas dissipando-se entre uma a duas semanas. Com isso, vai reduzindo gradualmente a sua intensidade e aumentando o intervalo entre um episódio e o outro (Araújo et al., 2010).

A *síndrome da abstinência* não acontece com todo fumante que para de fumar, varia em cada indivíduo. Dessa forma, alguns pacientes fumantes irão apresentar um maior grau de dependência física que outros, dependendo de vários fatores, tais como: a forma de uso, compleição física do indivíduo, assim como de sua carga genética.

Uma vez instalado o uso do tabaco, o fumante começa a vinculá-lo a fatores emocionais e ambientais, caracterizando a *dependência psicológica* e o *condicionamento*.

A *dependência psicológica* ou *adicação psíquica* refere-se à necessidade de acender um cigarro com o intuito de obter uma sensação de bem-estar e reduzir as tensões como a ansiedade, angústia, tristeza, medo, solidão, estresse, aborrecimento, preocupação ou, até mesmo, mudanças agradáveis do humor, euforia, impressão de aumento da capacidade mental e física, e alterações da percepção sensorial. Outros estímulos como eventos sociais, reuniões de trabalho, encontros com amigos, também se tornam um campo fértil para favorecer a adicção (Cinciripini et al., 2011; Meirelles, 2009; Rosenberg, 2002).

Nesta dinâmica, não necessariamente existe uma demanda física (reposição nicotínica), o fumar vem para dar prazer, e ajudá-lo a enfrentar atribulações de uma maneira menos sofrida (Meirelles, 2009). Ressaltando-se sempre que, em todos esses sintomas, há uma variação de pessoa para pessoa, portanto o alerta para a dimensão subjetiva.

A biologia, ao privilegiar um modelo fisicalista para explicar a conduta humana, priorizando os efeitos fisiológicos do uso das substâncias, os seus aspectos metabólicos, não abre espaço para a discussão sobre o desejo e, assim, nega o particular da história de cada sujeito (Leite, 2001).

Freud (1930), ao falar das toxicomanias em seu texto *O mal-estar da cultura*, sustenta a ideia de um mal-estar inerente a toda e qualquer cultura, ou seja, não há cultura sem mal-estar, independente de período ou conjuntura especial, em face da estruturalidade do mesmo fenômeno. Para ele, há diferentes respostas para enfrentar este mal-estar: seja no delírio, na religião, no mecanismo de sublimação, nas distrações, no amor e, também, nos narcóticos. Ou melhor, Freud reconhece três modos de o sujeito encontrar a ilusão de uma satisfação pulsional: a neurose, a sublimação e a droga, estando esta última no cerne

da teoria psicanalítica, uma vez que propõe o psíquico como um aparelho que busca recuperar uma satisfação incontrolável (Leite, 2001).

Não resta dúvida de se questionar sobre a ideia de qual delas é a melhor, a mais adequada: nenhuma. De modo algum há propostas universais. Cada sujeito deve encontrar a sua melhor resposta, pôr o acento em alguma delas e encontrar o caminho que lhe convier na busca da felicidade. Esta perspectiva freudiana valoriza e dimensiona a singularidade humana (Freud, 1930).

Enquanto na visão de Lacan a droga é um objeto que concerne ao gozo, termo que remete à satisfação da pulsão, sua grande particularidade diz respeito à permissão que ela dá de se obter um gozo sem passar pelo Outro. O interessante nesta discussão é dizer que as drogas sempre existiram, mas, para uma visão que aproxima as toxicomanias ao que se poderia chamar de sintoma social, pode-se pensar que hoje o uso das drogas estaria condicionado pelas regras do mercado, cujo imperativo de consumo é o discurso capitalista. Cada civilização oferece modelos fixos para o sujeito satisfazer as pulsões, ou seja, a civilização define qual o perfil de gozos toleráveis socialmente, pois, a cultura se constrói sobre a renúncia pulsional, então estar na cultura significa obter gozo da própria renúncia ao gozo (Leite, 2001).

O tabagismo, por sua vez, embora pouco estudado pela psicanálise, pode ser entendido como resultante da economia libidinal do sujeito, sob o domínio do princípio do prazer (Freud, 1920; Melman, 1992).

Considerado uma droga (OMS, 2004), o tabagismo apresenta seus benefícios e seus perigos. O uso da droga se torna um problema, pela dor de existir ser determinada pelo fato de que o mundo do qual o ser humano participa é um mundo de substituição, de semblantes: as coisas que se deseja são semblantes, o eu é um semblante, e isto não leva a um estado de felicidade permanente, posto que, não há nem objetos, nem pessoas que possam trazer plena satisfação (Melman, 1992).

Para suportar o mal-estar da existência, o ser humano não pode prescindir de lenitivos. No intuito de escapar do peso da realidade, refugia-se no mundo que ofereça melhores condições de sobrevivência. Então, em momentos de depressão, de angústia, o tabagista faz uma busca recorrente ao cigarro, encarando-o como uma solução mágica, fuga dos problemas ou, até mesmo, um companheiro em momentos de solidão (Borges & Simões-Barbosa, 2008), como se ele preenchesse um espaço vazio, uma espécie de “muleta” imaginária (Freud, 1930). Entretanto, esta “muleta” ajuda na caminhada, responde aos mandos, mas, ao mesmo tempo, leva ao inferno difícil de deter. A regra é: o sujeito inicialmente maneja a droga, depois ela é que o maneja, ou melhor, “*primeiro te regalamos, depois te vendem*” (Naparstek, 2005, p.25).

Quanto à dependência vinculada ao fator *condicionamento*, os estudos mostram a existência de uma associação entre o fumar e as situações triviais no cotidiano do fumante. Isto feito durante muito tempo, quiçá anos, passa a incorporar o ato de fumar a essas situações, condicionando-o, por exemplo, a fumar depois de um café, de beber, das refeições, ao dirigir, antes de iniciar uma tarefa que exija concentração, ou até em situações em que se encontra relaxado. O condicionamento também pode estar relacionado a determinados locais como salas de espera, bares, restaurantes etc. Nestas situações, o comportamento é realizado de forma automática, facilitando e reforçando o uso do cigarro. Outros comportamentos são associados ao efeito agradável de fumar, como ter o cigarro entre os dedos, levá-lo à boca, experimentar a sensação de ter algo na boca, o odor, o paladar etc (Souza, 2006; Meirelles, 2009).

A partir deste cenário, instaura-se um pedido de tomada de consciência sobre a natureza desse fenômeno e dos processos que subjazem a fármaco-dependência. Ciente desta proposta, estudiosos e pesquisadores sublinham a necessidade de estabelecer apoio a políticas de intervenção, que possam demonstrar sua eficácia na questão da prevenção e do tratamento da dependência tabágica, além de se instituir um paradigma de proteção ao

paciente, procurando-se banir o estigma a ele direcionado. Os órgãos representantes de saúde pública devem estar mais atentos aos problemas sanitários e sociais relacionados não somente às substâncias ilícitas, mas às lícitas como é o caso do tabaco. Aponta-se e argumenta-se para a necessidade de procedimentos normativos apropriados para abordar esse problema de forma que possa atingir diferentes sociedades (OMS, 2008).

Neste contexto, ao abalizarem-se todos estes elementos acerca do hábito de fumar, o atendimento a uma pessoa fumante exige conscientização e conhecimento destes fatores. Um aspecto muito importante e fundamental refere-se à ideia da conduta ambivalente do fumante. O processo de cessação gera, ao mesmo tempo, sentimentos de medo de não conseguir enfrentar a crise da abstinência, e de como não saber lidar com as situações estressantes que o faziam fumar. Deter o hábito tabágico, por parte do fumante, implica numa viagem rumo ao desconhecido, ademais com um complicador. Nesta viagem, faltam-lhe o ‘companheiro’ que lhe “ampara”. Por parte do profissional, implica conhecer os caminhos e os processos pelos quais vão dar as possibilidades de um egresso do hábito tabágico.

2.3.2 As alterações psíquicas e tabagismo

Estudos apontam que o tabagismo é considerado uma doença crônica (OMS, 2013), e o fumar, portanto, está se tornando cada vez mais concentrado em pessoas com cofatores associados a vários distúrbios mentais – depressão, transtornos de ansiedade, déficit de atenção por hiperatividade, bulimia, e comorbidades psiquiátricas (CID-10; Pomerleau, 1997; Rondina, 2003).

A comorbidade psiquiátrica, por uso de substância psicoativa, pode ser definida como a presença concomitante de transtornos mentais em um mesmo indivíduo devido ao uso destas substâncias (Forneiro, 1998). Em virtude do sofrimento psicológico

experimentado pelos pacientes que sofrem com seus sintomas psiquiátricos como ansiedade, euforia, entre outras sensações desprazerosas, tendo como aliada às drogas psicoativas na redução desses mal-estares, estes se tornam vulneráveis ao uso abusivo de tais substâncias. Existe uma hipótese também relacionada à predisposição genética (John et al, 2004).

Desse modo, as pesquisas evidenciam a existência de uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos entre a população que faz uso de substâncias psicoativas (Farrel et al., 2001; Kandel et al., 2001), com destaque para o tabaco que gira em torno de 50% a 84%, mais do que no restante da população (27% a 58%). Os estudos vêm se multiplicando na última década, devido à sua grande importância para a prática clínica no tratamento das repercussões estabelecidas entre a dependência nicotínica e essas comorbidades (Glassman, 1993; Tanskanen et al., 1997).

No entanto, é preciso atentar para a interferência de alguns fatores nesta associação como o contexto sociocultural, a propaganda, os modelos de identificação, entre outros que, em certo momento, podem exercer uma maior importância. É indispensável que se esteja atento para um entrelaçamento destas situações (Orford, 1994). O consumo do álcool, o baixo nível socioeconômico e ser solteiro mostram uma prevalência tabágica 1,6 maiores em relação ao do grupo controle (Hughes, 2003).

O uso de drogas legais e ilegais, no meio socioeconômico desfavorecido, é um fenômeno particularmente preocupante. Na Alemanha, as pessoas tentam escapar de seus problemas cotidianos, consumindo drogas lícitas, sobretudo o tabaco e o álcool, sendo estes particularmente elevados entre os desempregados, temporários ou de longo prazo, bem como entre pessoas que vivem sozinhas. As pessoas mais pobres gastam até 20% de sua renda com o tabaco, assim como as mulheres são mais preocupadas com o tabagismo que os homens, sendo a solidão feminina, muitas vezes acompanhada pelo aparecimento

de reações depressivas ou de depressão, aumentando, assim, a probabilidade de fumar cigarro (Haustein, 2006). O entendimento que se tem a respeito destes achados é de que, naqueles indivíduos nicotinodependentes oriundos de grupos socioeconômicos baixos, a nicotina age como uma forma de automedicação para lidar com os déficits afetivos e comportamentais (Pomerleau, 1997; Rondina, 2003).

Em muitos países industrializados, particularmente, entre os grupos socioeconômicos menos favorecidos, a idade de início do tabagismo está acontecendo cada vez mais cedo, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças evitáveis tabaco-relacionadas. Isto significa que esses jovens fumantes, ao se tornarem dependentes, vão exigir cuidados médicos ao longo dos anos, aumentando o custo de tratar doenças decorrentes do tabagismo. Dentro dos próximos anos, programas de prevenção contra o tabagismo devem ser desenvolvidos a fim de diminuir os custos que os sistemas de saúde terão de bancar (Haustein, 2006).

Discutindo ainda a relação entre o tabagismo e transtornos psiquiátricos, os estudiosos ressaltam elementos importantes para a condução clínica mais adequada nos diversos contextos terapêuticos, e várias razões são dadas para que um psiquiatra investigue o seu paciente fumante. Uma delas refere-se à diminuição do efeito terapêutico e o aumento dos efeitos colaterais de várias medicações utilizadas, além de que o hábito de fumar interfere no humor, na ansiedade e na cognição do paciente, e a abstinência agrava estes estados. Assim sendo, tanto o uso quanto a abstinência da nicotina interfere nos principais sistemas de neurotransmissão envolvidos nos transtornos psiquiátricos (Malbergier & Júnior, 2005).

Um estudo foi realizado nos Estados Unidos com 43.093 homens e mulheres adultas para avaliar comorbidades psiquiátricas em dependentes de nicotina. De acordo com os critérios do DSM-IV, foi constatada uma associação significativa entre transtornos

específicos do eixo I e II e a dependência em 12,8%, e 7,1% de pessoas apresentando comorbidades psiquiátricas (Grant et al., 2004).

Ao debruçar-se sobre uma revisão bibliográfica, conclui-se que as reflexões feitas sobre essa temática, na maioria dos estudos citados, referem-se a comparações estatísticas entre fumantes e não fumantes, seja através de inventários de avaliação psicológica ou da prevalência tabágica em pacientes com diferentes quadros de perturbação psiquiátrica. Apesar de muitos desses serem de cunho epidemiológico, as pesquisas efetuadas até o momento foram norteadas, predominantemente, por abordagens de cunho estatístico. Recentemente, alguns estudiosos vêm efetuando pesquisas mais qualitativas, baseadas principalmente em relatos dos sujeitos para obter uma compreensão mais abrangente sobre a dinâmica psicológica subjacente ao tabagismo em pacientes psiquiátricos (Rondina et al, 2003).

Um estudo foi realizado com 24 pacientes fumantes portadores de esquizofrenia, de transtorno bipolar, depressão maior e transtornos de personalidade, com o objetivo de identificar similaridades e diferenças no comportamento tabágico, além de percepções sobre a relação entre a doença mental e o tabagismo. Os resultados encontrados evidenciaram que este tipo comportamento pode estar vinculado a um sentido existencial na vida dessas pessoas (Lawn et al., 2002).

Os trabalhos desenvolvidos levam a algumas reflexões acerca das barreiras enfrentadas pelo usuário tabagista no abandono do tabaco. Os sentimentos experimentados, por ser paciente psiquiátrico, o desespero em busca de uma recuperação e do seu controle, bem como as nuances acerca das percepções e os padrões de consumo, mostram a importância de um olhar voltado para as peculiaridades desse grupo. Ademais, a intervenção a ser programada, neste tipo de paciente, pode ser mais eficaz se o diagnóstico psiquiátrico for levado em consideração durante o tratamento da cessação tabágica (Rondina et al., 2003).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE TABÁGICO

O tabagismo é um problema sério de saúde pública. Desde a década de 1960, que a *Surgeon General* dos Estados Unidos o reconhece, através de evidências epidemiológicas, como fator de adoecimento e morte de pessoas fumantes. O consumo do tabaco e as propriedades aditivas da nicotina afetam a saúde humana, a economia do país e o seu meio ambiente. Neste sentido, políticas de prevenção deverão ser postas em ação com o objetivo de proteger as gerações presentes e futuras das consequências maléficas do tabaco (Fraga et al., 2005; Shibuya et al., 2003).

As primeiras decisões políticas em nível governamental, mormente através de medidas legislativas contra os efeitos do tabaco, remontam aos finais do século XIX, como meio de proteger os menores. Entretanto, o olhar sobre a importância dessas medidas aconteceu em 1973 pelo Conselho da Europa, ao tecer recomendações acerca da proibição da publicidade do tabaco, especialmente nos meios de comunicação social, impressa, radiofônica, ou televisiva. Em 1974, a OMS reuniu-se em Genebra com uma Comissão de Especialistas para os *Efeitos do Tabaco sobre a Saúde* e entenderam que o controle do tabagismo, e quaisquer de suas recomendações, só serão eficazes se houver uma política compreensiva apoiada por um dispositivo legislativo nacional forte, bem fiscalizada e, sobretudo, rigorosamente respeitada. No ano de 1978, realizou-se, em Nova Iorque, a *III Conferência Mundial sobre o Tabaco e a Saúde*, com medidas legislativas voltadas para ações preventivas nas escolas, com adolescentes e fumantes passivos; em 1979, em Estocolmo, acontece a *IV Conferência*, ocasião em que se entendeu, mais uma vez, que o tabagismo significa um grande mal da sociedade moderna, confirmando a necessidade de uma legislação adequada.

A OMS (2013) lembra que cem milhões de pessoas morrerão por causa do tabaco nos próximos vinte anos, se nada for feito no sentido da interrupção do hábito de fumar

dos consumidores atuais. As pessoas devem ser cada vez mais encorajadas a abandoná-lo, e programas efetivos de cessação tabágica deverão ser implementados por todos os países, posto que, em todos eles, se encontram fumantes que querem abandonar o hábito do cigarro (Fraga et al., 2005).

As medidas de controle do tabagismo, estabelecidas pelos representantes legais, envolvem desde a elaboração de leis, como a restrição do uso do tabaco em locais públicos, a criação de “fumódromos”; o aumento de tributos e impostos referentes às suas vendas; eliminação da publicidade de cigarros, incluindo avisos dos males causados pelo seu consumo nas suas embalagens, até a implementação de programas preventivos (educacionais) e terapêuticos. Entretanto, para que tais medidas alcancem ações positivas, se faz necessário um comando vigoroso por parte de agências nacionais, sobretudo as internacionais como a OMS, o Banco Mundial e entidades políticas regionais como a União Europeia (Fraga et al., 2005; Jha, 2000).

Em 1987, a OMS defendeu uma estratégia global, compreensiva e gradual para diminuir os efeitos negativos do uso do tabaco, lançando alguns projetos como *Planos de Ação para uma Europa Livre de Tabaco*, materializando-se em 1988, na *I Conferência Europeia sobre Tabaco ou Saúde*. Nesta ocasião, aprova-se a *Carta Europeia contra o Tabaco*, na qual se determinam as *Dez Estratégias para uma Europa sem Tabaco*, divulgadas, então, nas comemorações do *Dia Mundial sem Tabaco*, que acontece a cada dia 31 de Maio, momento marcado por discussões sobre a política global de combate ao tabagismo. Neste cenário, em 1989, cria-se o *Programa Europa contra o Cancro*, pontapé para a campanha publicitária do *Código Europeu contra o Cancro* (Fraga, 2005). Finalmente, no ano de 2003, a OMS aprovou a *Convenção Quadro sobre o Controle do Tabagismo*, representando um marco definitivo na saúde pública, juntamente com a efetivação da prevenção do tabagismo no mundo (INCA, 1997).

Outro organismo importante no combate ao tabagismo refere-se ao Banco Mundial. Em 1991, passou a adotar uma política contra os investimentos ou empréstimos à produção de tabaco, e ao seu *marketing*. A União Europeia, por sua vez, aprovou a Diretiva 2001/37/CE - 5 de Junho, com a finalidade de regulamentar a produção, a rotulagem e avisos dos maços de cigarros, os teores de nicotina e alcatrão, o controle de comércio e circulação dos produtos derivados do tabaco; e a Diretiva 2003/33/CE - 26 de Maio, objetivando o fim da publicidade e dos patrocínios destes produtos (Fraga et al., 2005).

O Conselho de Prevenção do Tabagismo, em parceria com a *European Smoking Prevention Framework Approach* (ESFA), este último atuando em seis países europeus (Dinamarca, Finlândia, Holanda, Reino Unido, Espanha e Portugal), realizou, entre os anos de 1997 e 2002, programas de intervenção buscando desestimular o consumo de tabaco entre os adolescentes, através da prática de atividades com os mesmos e com a escola.

Em Portugal, o *Departamento de Educação para a Saúde da Liga Portuguesa Contra o Cancro* – Núcleo Regional do Norte desenvolve um programa de prevenção *Clube Caça-Cigarros*, desde 1990, com o apoio do Programa *Europa Contra o Cancro*. Estes “Caça-Cigarros” correspondem aos *smokebusters* europeus, cujo foco se refere à promoção de saúde e à prevenção de riscos, em nível europeu, junto às crianças e adolescentes. Um dos projetos deste Departamento é voltado para alunos nas faixas etárias entre oito e 15 anos, pertencentes aos 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico.

O Brasil, embora seja o segundo maior produtor e exportador de tabaco, tem conseguido desenvolver ações para controle do tabagismo de forma vigorosa e abrangente, deste modo, conferindo-lhe um lugar de reconhecimento e liderança internacional. Diante deste cenário, entende-se que as ações dirigidas para controle tabágico dependem de estratégias e da articulação entre os diversos segmentos da sociedade, seja em nível governamental ou não governamental (Cavalcante, 2005).

Nesta perspectiva, dentre os organismos governamentais nacionais, desde 1989, destaca-se o INCA, organismo do Ministério da Saúde, responsável pelo controle do tabagismo e prevenção primária de câncer, com ações efetivas através da CONTAPP; e ainda coordena ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que são desenvolvidas juntamente às secretarias estaduais e municipais de Saúde e de outros segmentos da sociedade civil organizada como as sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde (Cavalcante, 2005; INCA, 1997).

Desde 1986, ao propor conscientizar a população sobre esta temática e diminuir os riscos de enfermidades, o governo aprovou a Lei Federal nº. 7488, na qual estabelece o dia 29 de Agosto como o dia dedicado à luta contra o tabagismo. Com esta iniciativa, criou-se o compromisso de preparar campanhas esclarecedoras sobre o tabaco (INCA, 1997/2012).

A respeito do Programa Nacional do Controle do Tabagismo (PNCT), sua meta primordial é alcançar a redução da prevalência e da morbimortalidade de fumantes. Para tal intento procura diminuir a iniciação ao uso do tabaco, sobretudo, na população juvenil, aumentar a cessação de fumar entre os dependentes e resguardar a população dos riscos do tabagismo passivo.

A Prefeitura de João Pessoa, desde 2006, implementou um Programa de Antitabagismo, proposto pelo Ministério da Saúde, que é desenvolvido nos centros de referência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O Centro de Atendimento Integrado em Saúde (CAIS), situado nos bairros do Cristo Redentor, Jaguaribe e Mangabeira; o Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas David Capistrano (CAPs-AD), no bairro do Rangel, e a Unidade de Saúde Básica (USB), no bairro de Mandacaru. Até hoje, já foram atendidos 1.145 usuários de cigarro. Segundo a SMS, 48,73% destes conseguiram parar de fumar.

Os diversos estudos têm demonstrado que a prevenção deverá acontecer no início do consumo e, sendo a adolescência um período de curiosidade de experimentar o novo, é

neste que quase sempre se instala a dependência, portanto, momento propício para o investimento da indústria do tabaco e implementação do vício. Nesta ocasião, os programas preventivos devem se apresentar e conquistar esses consumidores (Cremers et al., 2012; Sborgia & Ruffino-Netto, 2005).

Em um programa preventivo desenvolvido com alunos do 3º Ciclo de estudos, verificou-se a importância da presença de um manual para professores, que oferecesse orientações acerca do fumar, posto que a maioria deles não tinha formação inicial nem continuada, na parte educacional, voltada para a saúde. Considerou-se ainda que os programas dirigidos para os adolescentes acerca dos riscos do tabagismo, não mostram sucesso na prevenção do hábito, embora contribuam para aumentar o nível de conhecimento sobre os problemas decorrentes do seu uso. Os programas de prevenção nas escolas acabam por falhar, por não se desenvolverem de uma forma continuada, sendo necessário seguir com a prevenção não só na escola, mas em outros âmbitos como na família e em toda a comunidade (Precioso, 2000).

A ESFA, por meio de atividades com adolescentes e com a escola, realizou um projeto de intervenção buscando desestimular o consumo de tabaco. O objetivo era sensibilizar a escola e os professores para a importância de intervir junto aos alunos no ato de experimentar o fumo até o desenvolvimento do hábito. Foram incluídas 12 sessões de prevenção tabágica no currículo, estruturadas em dois programas: “*Querer é poder I e II*”, que foram reforçados por ações realizadas na turma e na escola pelo “*Programa 7 OK!*”, “*Programa Turmas sem Fumadores*” e “*Política para uma Escola sem Tabaco*”. Em nível de Portugal, algumas dificuldades foram registradas, tais como: ser um país sem tradição na prevenção tabágica; falta de profissionais especializados; carência de material; e ser uma cultura burocrática, há um impedimento para trabalhos baseados na direção de projetos (Fraga et al., 2005).

O Instituto de Oncologia do Paraná (IOP), buscando realizar campanhas preventivas a respeito da adicção, nas escolas, desenvolveu um projeto que consistia na apresentação de uma peça teatral “*Tabaco: uma questão de consciência*” abordando os males do tabagismo em sala de aula, procurando estimular a discussão entre alunos e professores e, com isto, desenvolvendo uma consciência crítica contra estes males. Os resultados se mostraram positivos, uma vez que os estudantes demonstraram interesse e motivação para debater o assunto. Com esta ideia, os profissionais conseguiram atingir os jovens, no intuito de prevenir as inúmeras doenças tabaco-relacionadas (Pedruzzi et al., 2008).

Com relação à luta antitabágica, muitas são as medidas, programas e políticas públicas. Entre elas estão, além dos medicamentos específicos, outros meios de apoio: sistema de telefonia, *internet*, ou grupos de ajuda e, ainda o Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC voltados para a necessidade de criação de consultas de cessação, objetivando promover ajuda ao fumante para deixar de fumar (MS, 2004).

Neste sentido, ressalta-se a proposta de aliar a estas consultas, intervenções educativas e informativas ao fumante, além de direcionar um tipo de planejamento em nível regional. Para tanto, políticas públicas do Sistema Nacional de Saúde devem estabelecer planos de capacitação, no sentido de obter respostas eficazes daqueles que querem deixar de fumar (Fraga et al., 2005).

Dados de um treinamento efetuado com 40 profissionais de saúde da rede pública, em um serviço de atenção ao tabagista, mostraram que, após a realização, 92% dos profissionais desenvolveram medidas de abordagem ao tabagista; 54% treinaram membros de sua equipe e 19% de outras equipes; e 38% realizaram atividades para a comunidade. Foram feitos ainda 3.419 atendimentos individuais e 982 em nível grupal, sendo que apenas 9,2% dos atendidos, conseguiram parar de fumar. Quanto às dificuldades, 38% dos

profissionais relataram falta de medicação, 29% de apoio e de estrutura da unidade; e 11% a baixa adesão dos pacientes (Azevedo et al., 2008).

Em 1993, a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo iniciou o *Programa de Supressão de Tabagismo*, contando com uma equipe interdisciplinar (médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e alunos), destinado ao manejo e ao controle tabágico. As dificuldades vividas nesse programa estavam relacionadas ao abandono do hábito, bem como da equipe em prover auxílio efetivo aos indivíduos fumantes. No ano de 1998, criou a *Liga de Apoio ao Abandono do Cigarro* que, além da assistência, passou a desenvolver atividades científicas. A partir de encaminhamento por profissionais de saúde ou procura espontânea. O fumante inscrito no programa é chamado para uma reunião informativa, onde a equipe apresenta a proposta de acompanhamento e fornece esclarecimentos gerais sobre o tabagismo.

De acordo com Fraga et al (2005), de uma maneira geral, as propostas dos programas de controle, prevenção e cessação tabágica procuram:

- (i) evitar o hábito tabágico (incidência);
- (ii) apoiar a cessação tabágica (prevalência);
- (iii) regulamentar as condições de fabricação e venda dos produtos do tabaco;
- (iv) proteger os não fumantes da exposição ao fumo (fumante passivo);
- (v) procurar estabelecer ações que criem a noção de que fumar não seja uma norma.

“Para melhorar a qualidade de vida, melhore a qualidade de seus pensamentos”.

Brian Tracy

CAPÍTULO III – QUALIDADE DE VIDA E AVALIAÇÃO

3.1 A QUALIDADE DE VIDA: ORIGEM E ASPECTOS CONCEITUAIS

O termo *Qualidade de Vida* é um construto que envolve uma perspectiva conceitual holística, polissêmica e multifacetada, utilizada em diferentes contextos das ciências, seja na área da economia, da sociologia, como também no campo educacional, da saúde e na psicologia. Dessa forma, perpassa vários âmbitos, e assim vem recebendo uma multiplicidade de definições ao longo dos anos (Leal, 2008; Pires, 2009; Ribeiro, 2011; Rodrigues, 2010; Seidl & Zannon, 2004).

Sendo assim, os estudiosos que utilizam esta perspectiva conceitual, depara-se com uma difícil tarefa, em face da sua vulnerabilidade cultural, social, e subjetiva, uma vez que se modifica de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e, até mesmo, sofre variações na própria dinâmica individual. E ainda, ela é demarcada pela percepção que se tem de si e dos outros, bem como do seu mundo circundante (Leal, 2008).

Os registros mostram que o caminhar humano na procura de uma melhor qualidade de vida aconteceu cerca de 500.000 a.C., com o homem de Pequim, na utilização do fogo que vinha dos raios, porém, somente no ano 7.000 a.C., no período *Neolítico*, atingiu o domínio da técnica de fricção. Este contexto configurou e referendou um grande feito nesse intento, posto que foi através da posse da técnica que o homem passou a proteger-se do frio e dos predadores, e a cozinhar seus próprios alimentos. Ainda no ano 4.000 a.C., período designado *Proto-História*, o homem substituiu os antigos trenós por carros de duas e quatro rodas (Barret, 1987/2005).

Estes fatos marcaram a história, assinalando os primeiros passos da caminhada humana, rumo a uma incessante e interminável busca para atingir uma melhor qualidade de vida. Nas civilizações egípcia, grega e romana, já havia uma preocupação, embora rudimentar, com a saúde dos seus cidadãos, trabalhando em prol do bem-estar das pessoas,

em seus aspectos físico, cultural e social. Na Grécia Antiga, sobretudo, o bem-estar humano vinculava-se à participação na vida pública, sendo o sentimento de pertença como algo bom, gerador de prazer e importante para os cidadãos. Nesta perspectiva, eles lançaram a semente dos parâmetros sociais e subjetivos na constituição de qualidade de vida e bem-estar humano (Rodrigues, 2010).

O termo “qualidade de vida”, segundo a literatura pesquisada, foi utilizado para investigar o bem-estar dos trabalhadores em situação de trabalho cerca do ano 1920, ressurgindo depois, na metade do século XX, embora não haja consenso neste sentido. No ano de 1945, se associa ao desenvolvimento econômico, à aquisição de bens materiais, privados e públicos, sendo relegados os elementos mais subjetivos e qualitativos; em 1947, o conceito transcendeu o crescimento econômico e passou a incluir outros aspectos sociais e, assim, o conceito tomou uma configuração multidimensional (Rodrigues, 2010; WHO, 1947). Pode-se registrar que o interesse científico sobre a *qualidade de vida* surgiu na década de sessenta, com a publicação do relatório da *Commission on National Goals*, cuja tônica recaia na preocupação com as condições de vida da população no pós-guerra (Ribeiro, 1998/2008).

Há registros na literatura, embora não confirmados cientificamente, que a expressão *qualidade de vida* foi usada pela primeira vez, em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, logo no início do seu mandato, remetendo à economia e, desta feita, afirmou que os objetivos da economia não podiam ser medidos através do balanço dos bancos, mas pela qualidade de vida que leva às pessoas. Contudo, este conceito é considerado pelos estudiosos como extremamente vago e fluido, tanto que, no ano de 1976, Campbell posicionou-se, declarando que *qualidade de vida* é uma entidade vaga e etérea, muito falada, mas pouco entendida. A partir dessas reflexões, nas décadas de 80 e 90, os estudiosos compreenderam os múltiplos fatores atrelados a este constructo. Ou seja, ele é perpassado por fatores biológicos, psicológicos, econômicos e culturais, além de

uma subjetividade implícita. A OMS, por sua vez, passa a incluir qualidade de vida num conceito holístico, articulando elementos sociais, individuais e físicos, ou seja, numa visão biopsicossocial, além de ressaltar a necessidade de o indivíduo realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades nos diferentes níveis vitais, bem como atuarem no seu meio circundante (Leal, 2008; OMS, 1984, 1994).

O início dos anos 90 marcou o surgimento do periódico *Quality of Life Research*, editado pela *Internacional Society for Quality of Life Research* (<http://www.isoqol.org>), que reuniu inúmeros trabalhos científicos sobre qualidade de vida em diferentes áreas do conhecimento.

Na perspectiva de Pires (1998), o conceito de qualidade de vida relaciona-se à forma de as pessoas sentirem e compreenderem o seu dia a dia. Este fato, efetivamente, vincula-se à questão da saúde, da educação, do transporte, da moradia, da alimentação, do trabalho, do nível de escolaridade, da participação nas decisões no seu entorno e, até mesmo, no conforto através da posse de objetos materiais. Portanto, tudo isso em quantidade e qualidade adequadas significa qualidade de vida. Todavia, pelo efeito volátil que lhe é pertinente por ser um processo que está em constante mudança, assim como a evolução técnico-científica que acompanha as necessidades individuais, este conceito carece sempre de uma reavaliação, uma vez que ter qualidade de vida depende também do otimismo em encarar a vida, da capacidade de superar os obstáculos, entre outros fatores.

As definições de qualidade de vida vistas na literatura até então, vem contemplando alguns eixos comuns, conforme o destaque biopsicossocial dado atualmente (OMS, 1984; Pires, 2008; Ramos, 2004).

A perspectiva biológica da qualidade de vida vai de encontro à definição de saúde oferecida pela OMS (1947), como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas numa ausência de doença. Posição considerada, hoje, desatualizada, posto que saúde não seria apenas ausência de doença, mas um *bem-estar*

geral, mesmo diante das adversidades da vida (Segre & Ferraz, 1997). Portanto, qualidade de vida encontra-se atrelada à percepção e autoavaliação que a pessoa delineia da sua condição física para desempenhar as atividades, sem qualquer dificuldade na sua vida diária, anterior à enfermidade. Ao discutir sobre a qualidade de vida, seja numa perspectiva biológica ou bioética, não se pode deixar de lado o conceito de saúde, já que ela subjaz à doença, à dor, ao sofrimento.

No aspecto cultural, a qualidade de vida passa por ciclos, ou seja, ela vai se modificando ao longo do tempo, em função das exigências da sociedade, do desenvolvimento técnico-científico, e do próprio poder econômico. Salienta-se o período da infância como fase importante para a formação do caráter, e do estabelecimento dos limites, das exigências pessoais, dos hábitos e valores sociais, elementos fundamentais na determinação do conceito pessoal de qualidade de vida. Quando em situações de emigração, por exemplo, o indivíduo sofre um processo de aculturação, levando-o a adaptar-se naquela cultura onde se encontra vivendo. Esta condição pode modificar o seu conceito de qualidade de vida (Leal, 2008; Seidl & Zannon, 2004).

Do ponto de vista econômico, qualidade de vida para muitos está associada a ter dinheiro. Entretanto esta relação encontra-se condicionada aos valores pessoais de cada um, e ao valor dado aos bens econômicos. Bens materiais nem sempre significam qualidade de vida, claro que o ideal seria o da igualdade na acessibilidade de recursos, que permitisse uma sobrevivência com qualidade para todos, aspectos estes que seguem na mesma direção dos princípios da bioética, da solidariedade e da justiça social.

Ao analisar as definições de qualidade de vida sob a lente psicológica, verifica-se uma complexidade ainda maior, tendo em vista a dimensão pessoal do indivíduo. As discordâncias teóricas são inúmeras quanto ao seu significado, por exemplo, muitas delas estão agregadas à felicidade ou satisfação. Para a OMS (1995), qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da posição que ocupa na vida, do sistema de valores, do seu

contexto cultural, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Whoqol Group, 1994).

Psicologicamente, ter qualidade de vida faz alusão a ser ético e capaz de ultrapassar os problemas da vida; ter respeito mútuo; gostar de si próprio e dos outros. Entende-se com isto que, na definição de qualidade de vida estão implícitos os aspectos subjetivos e valorativos de cada pessoa (Fleck et al., 2000).

Finalmente, um conceito feliz acerca da qualidade de vida, foi proposto por Ramos (2004), dando visibilidade à expansão deste conceito, e abarcando a complexidade e integração que lhe é inerente. Esta pesquisadora vincula a “qualidade de vida” à saúde física do indivíduo, ao seu estado psicológico, ao seu nível de autonomia e dependência, às suas representações e crenças, às suas relações sociais. Aspecto enfocado que retrata as relações estabelecidas com os elementos essenciais do seu meio ambiente.

3.2 OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida traz insuficiências e inconsistências, tanto em termos de sua definição como dos seus instrumentos de medida e talvez seja esse fato que traga, cada vez mais, propostas de aprimoramento no âmbito da saúde coletiva e de suas políticas públicas, o que vem demonstrar o interesse crescente nesse campo de estudos. Cerca de 450 instrumentos de mensuração foram identificados e, somente depois dos anos 80, mais de cinquenta por cento destes começaram a surgir (Costa Neto, 1998; Gil et al., 1994).

O processo de avaliação da qualidade de vida depende de inúmeros fatores, tais como: atividade profissional, formação educacional, características pessoais (imagem corporal, motricidade, relacionamentos, desempenho nas atividades diárias), competências adquiridas, resiliência e saúde. Todos estes aspectos são valorizados diferentemente por

cada pessoa, e posicionados de acordo com cada situação em se encontra o indivíduo, seja ela de ordem física, social, psicológica, econômica, cultural e espiritual (Leal, 2008).

Seidl e Zannon (2004) acrescentam que, para mensurar-se a qualidade de vida, é importante verificar o impacto que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar, em nível físico e/ou psicossocial nas pessoas atingidas e, assim, permitir um maior e melhor conhecimento desses aspectos, e da sua adaptação à situação.

Face à ampliação das possibilidades de se conhecer o(s) indivíduo(s), e oferecer a oportunidade de este(s) refletir(em) sua qualidade de vida, múltiplos são os instrumentos desenvolvidos pelo *World Health Organization Quality of Life* (Whoqol) (Whoqol Group, 1994).

A preocupação com a qualidade de vida e com a sua avaliação por parte dos estudiosos é unânime, tendo em vista as pesquisas nacionais e internacionais disponíveis na literatura pertinente, visando à busca de soluções devido à sua crescente necessidade de uma melhor qualidade de vida no planeta terra, conseqüentemente da população humana.

A literatura registra dois tipos de instrumentos de avaliação da qualidade de vida: os *genéricos* e os *específicos*. Os instrumentos *genéricos* avaliam a percepção que o doente tem acerca de suas perturbações em nível da saúde que são percebidos por ele, podendo ser administrados em culturas diferentes e a várias modalidades de enfermidades, tratamentos e/ou intervenções médicas. Dentre eles, tem-se o *Short-Form-36* (SF-36), criado na década de 80 por Stewart et al. (1988) com o objetivo de avaliar o domínio físico, psicológico, das relações sociais e a independência. O *Whoqol-100* foi elaborado por um grupo de investigação ligado à OMS. A proposta é de avaliar a qualidade de vida na perspectiva transcultural e epidemiológica, sob seis domínios: físico, psicológico, de relações sociais, de independência, do ambiente e o espiritual. Empregado como alternativa ao *Whoqol-100*, em razão da sua extensão o *Whoqol-Bref* contém somente 26 questões, duas genéricas e 24 mais específicas.

Os instrumentos *específicos* procuram avaliar uma patologia distinta e mensura os ganhos em saúde, após determinado tratamento. O primeiro deles, o *The Quality Of Life-Core-30* (Qlq-30), foi proposto pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life* com o intuito de investigar o tratamento para o cancro em adultos. É também transcultural e a sua finalidade é avaliar sintomas específicos relativos ao cancro, o sofrimento psicológico, a interação social, a dor física, os efeitos colaterais dos tratamentos, a saúde global, e a satisfação com os cuidados recebidos (Pais-Ribeiro et al., 2008). Este instrumento é composto por 30 questões, avaliando cinco domínios (físico, psicológico, independência, relações sociais, e o meio ambiente), mas a sua utilização é complementada com outro instrumento *The Quality Of Life-Br23*, composto por 23 questões que avaliam sintomas específicos do cancro, a imagem corporal, a sexualidade, e as preocupações com a saúde no futuro. Pode ser utilizado juntamente a outros instrumentos do tipo genérico como o *Short-Form-36* (SF-36) que avalia a qualidade de vida do indivíduo, enquanto o *Qlq-30* o impacto da doença desse indivíduo.

A qualidade de vida é também determinada em função de alguns fatores ou características pessoais e grupais, por exemplo, a idade ou determinada doença e, para contemplar este tipo de população, têm-se construído instrumentos voltados para a avaliação desses casos. Como exemplo já citado, o *Qlq-30* é indicado para avaliar enfermos neoplásicos; o *ADDQol* apresenta uma vertente transcultural, e seu objetivo é avaliar o impacto da diabetes na qualidade de vida das pessoas diabéticas em comparação com aquelas que não têm. O *Whoqol-Old*, criado em 2004, é voltado especificamente para a população idosa, avaliando a participação social, intimidades, medos, autonomia, aptidões sensoriais, as atividades de vida cotidiana. Contudo, somente pode ser aplicado em conjunto com o *Whoqol-Bref*.

O Whoqol Group (2008), ao desenvolver o projeto *Quality of Care and Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities*, construiu mais um instrumento

de avaliação – o *DIS-Qol* – cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida em portadores de incapacidades física e mental. Foi desenvolvido numa perspectiva transcultural, envolvendo 16 países (Índia, Holanda, Uruguai, Brasil, Japão, Alemanha, República Checa, Escócia, Suíça, Espanha, França, Turquia, Noruega, Inglaterra, Lituânia, Itália).

Todo este cenário de investimento em instrumentais avaliativos do construto qualidade de vida, leva a pensar na importância do mesmo *na e para* a promoção da saúde individual e coletiva humana.

3.3 A QUALIDADE DE VIDA DO TABAGISTA

Conforme descritos, conceituados e definidos, os estudos sobre tabagismo e a qualidade de vida vêm acentuando-se nos últimos anos e tornaram-se uma importante medida para avaliar o impacto na qualidade de vida do usuário de tabaco (Castro et al., 2006)

A associação entre o tabagismo e uma alta morbimortalidade é uma causa já bastante conhecida, e que, além de gerar mortalidade, associa-se à morbidade tabaco-relacionadas, comprometendo a saúde geral do tabagista, provocando incapacidade e inatividade física, impactando e causando prejuízos na qualidade de vida dessas pessoas, ademais dos não fumantes (Guitérrez-Bedmar et al., 2009; OMS, 2002).

Inúmeras pesquisas têm sido realizadas para avaliar a qualidade de vida em sujeitos fumantes e não fumantes. Os resultados encontrados nesses estudos apontam para uma melhor qualidade de vida dos não fumantes (Olufade et al., 1999; Woolf et al., 1999; Wilson et al., 1999; Mitra et al., 2004). Entretanto, o que falta, em muitos desses estudos, é relacionar o sujeito à gravidade da dependência.

Wilson et al. (1999) conduziram uma pesquisa, objetivando avaliar a qualidade de vida à gravidade da dependência de tabaco, com fumantes leves (< 15 cigarros/dia),

moderados (15-24 cigarros/dia) e graves (≥ 25 cigarros/dia), com não fumantes, e ex-fumantes, utilizando o *Short-Form-36* (SF-36). Os dados mostraram que houve prejuízo nos fumantes moderados e graves em todas as dimensões do instrumento, quando comparados aos não fumantes; nestes últimos os resultados encontrados apresentaram-se melhores do que nos fumantes leves, exceto no domínio dos *Aspectos Físicos*; nos domínios *Estado Geral de Saúde* e *Vitalidade*, os escores foram piores nos fumantes graves do que nos moderados. Os autores concluíram que não há uma homogeneidade entre os fumantes, necessitando, assim, utilizar estratégias de redução da quantidade de cigarros/dia direcionadas para o grupo dos mais graves e, desse modo, produzir uma melhoria em sua qualidade de vida. Ao serem comparados os fumantes com os ex-fumantes e não fumantes conseguiram menores escores em todos os domínios da *SF-36*; entre os grupos de fumantes severos e os ex-fumantes, o prejuízo na qualidade de vida foi maior do que entre os fumantes menos graves e os ex-fumantes. Um dado que chama a atenção foi de não haver diferença entre os fumantes e ex-fumantes no domínio *Físico* encontrado em outros estudos. O entendimento acerca desses achados reportaria à ausência de histórico de alguma doença crônica tabaco-relacionada.

Schmitz et al. (2003) também investigaram a gravidade do tabagismo em sujeitos dependentes por meio do número de cigarros/dia. Estes pesquisadores classificaram como fumantes severos quem consumia ≥ 20 cigarros/dia; fumantes moderados os que consumiam entre 10 a 19, e os fumantes leves, de 1 a 9 cigarros/dia. Constataram que os dependentes de tabaco apresentaram pior qualidade de vida do que os não dependentes, na maioria dimensões (em sete das oito avaliadas), cuja diferença foi maior no *Componente Mental*.

Bellido-Casado et al. (2004) avaliaram a gravidade da dependência tabágica, tomando como critério a quantidade de cigarros consumida, e encontraram uma relação

entre maior consumo anual de cigarros e comprometimento na qualidade de vida, no que diz respeito ao domínio *Estado Geral de Saúde*.

No tocante às co-morbidades do tabagismo, sobretudo a depressão, a literatura considera que a qualidade de vida prejudicada pode ser um antecedente ou um efeito da depressão (Moore et al., 2005).

Um estudo bastante interessante foi o desenvolvido por Martinez et al. (2004) com fumantes e não fumantes sem co-morbidades psiquiátricas. Foram verificadas diferenças significativas na qualidade de vida entre esses dois grupos pesquisados. O grupo dos fumantes apresentou escores significativamente piores em todos os domínios, com exceção do *Físico, Dor e Emocional*.

“Somos totalmente responsáveis pela qualidade da nossa vida e pelo efeito exercido sobre os outros, construtivo ou destrutivo, quer pelo exemplo quer pela influência direta”.

Alfred Montapert

**CAPÍTULO IV – A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS,
TABAGISMO E QUALIDADE DE VIDA**

4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: GENEALOGIA E PROCESSO DE FORMAÇÃO

A Teoria das Representações Sociais, originada na Europa, em solo francês, foi proposta por Serge Moscovici em 1961, a partir da sua obra seminal *La Psychanalyse: Son image et son public*. Era uma forma alternativa da Psicologia Social na era moderna, propondo um novo paradigma com bases conceituais e metodológicas sobre as quais se ampliaram discussões e aprofundamentos (Jodelet, 2001; Moscovici, 1961; 1978).

Na segunda parte desta obra, destaca-se o papel da comunicação na construção das representações sociais, em especial, a divulgação científica, bem como a penetração de conceitos científicos na linguagem diária dos indivíduos e grupos (Allain, 2007). Neste sentido, faz uma pesquisa extensiva em artigos e publicações no âmbito da psicanálise em jornais impressos francês, e passa a considerar o sistema comunicacional como a verdadeira “*pedra angular*” nas representações sociais. Nesta conjectura, posiciona-se taxativamente, afirmando a inexistência de uma representação social se não houver uma comunicação e vice-versa, e ainda, não existe comunicação sem divergências nem representação sem convergências (Moscovici, 1997; 2012).

Deste modo, fica claro o valor da comunicação, constituindo a mola propulsora indispensável para a formação das representações sociais, assim como de sua importância para a construção do conhecimento humano.

Jodelet (2001) ratifica esta ideia, afirmando que as representações sociais circulam nos discursos, por meio das palavras, veiculadas em mensagens e imagens midiáticas e cristalizadas em condutas.

Destarte, através das representações sociais, os fenômenos são capazes de organização e compreensão, do modo como uma determinada comunidade e de seus

grupos de pertença, ao se comunicarem, processam saberes práticos e interagem com o mundo social.

As Representações Sociais, portanto, são conceitos, frases e explicações originadas na vida diária durante o curso das comunicações interpessoais; uma espécie de preparação para a ação, tanto por conduzir o comportamento como por modificar e reconstituir os elementos do meio ambiente que o comportamento deve ter lugar (Moscovici, 2001). Coutinho (2005) arremata que esta teoria é uma construção social do conhecimento, de caráter estritamente social, por originar-se nas conversações interindividuais e intergrupais.

Nesta perspectiva, a grande contribuição dessa vertente à Psicologia, como uma proposta de compreensão do processo de elaboração da realidade, insere-se na ideia de que os fenômenos psicológicos e sociais se articulam entre si, integrando aspectos explícitos e implícitos do comportamento à explicação das condutas. E o indivíduo, como um ser pensante, ao mesmo tempo em que formula questões e busca respostas, compartilha realidades por ele representadas.

Para a construção do conceito de representações sociais, Moscovici (2011) tomou como ponto de partida o conceito de representações coletivas, de Durkheim. A diferença entre elas é bastante tênue. Durkheim, por um lado, circunscreve um modelo de sociedade de caráter tradicional, concebido numa época em que as mudanças sociais se processavam lentamente, e adequavam-se ao tipo de sociedade de dimensões mais sedimentadas e demasiadamente estáticas. Por outro lado, Moscovici dirigiu-se para o estudo das sociedades mais modernas, dinâmicas e fluidas, voltando-se para aspectos dimensionais de construção e de mudança (Farr, 1994).

As representações coletivas são transmitidas lentamente através das gerações, consequentemente são mais duradouras e atreladas às tradições. Por outro lado, as representações sociais, próprias da cultura moderna, se caracterizam pela sua rápida

disseminação, e possuem um breve período de vida, cujo interesse é saber como elas são construídas (Jodelet, 2001; Moscovici, 2011).

Moscovici (1978), ao postular que as representações sociais são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais, entende que a sua eclosão acontece sobre as interações e mudanças sociais, fenômenos estes responsáveis pelo modo como elas são forjadas e determinam sua formação representacional, cuja estruturação se processa em três níveis: (1) Cognitivo; (2) Formação Representacional; e (3) Edificação das Condutas.

O primeiro nível representacional *Cognitivo* é produzido através do figurativo, do simbólico, e da construção de um juízo em relação a um determinado fato ou fenômeno social. Dessa forma, a estruturação da representação de um objeto se dá não só pelo conteúdo inserido, através de atitudes, impressões, imagens e informações que circulam, no ambiente, sobre esse objeto, mas, sobretudo pela organização psíquica que o sujeito faz desse objeto (Moscovici, 2001). Elas representam o conhecimento sobre a realidade social que reside no sujeito, edificada a partir do interesse mútuo (Moscovici, 1981).

Para Jodelet (2001), as representações sociais, como fenômeno cognitivo, abarca a pertença social dos indivíduos e, ademais, são marcadas pela presença de fatores afetivos e normativos. Ou seja, não apresentam estruturas exclusivamente cognitivas, mas, uma composição cognitivo-afetiva. Deste modo, não podem ser reduzidas a um único elemento: o meramente cognitivo. Necessitam ser entendidas com base no contexto em que estão inseridas, assim como nas suas interações sociais do cotidiano do sujeito. O significado das representações sociais e a sua determinação encontram-se circunscritas na linguagem, no lugar onde o discurso é produzido, e no seu campo social.

Com isto, contempla-se uma multidimensionalidade, aventando possibilidades de articular a dimensão psicológica e a dimensão social, sobretudo a construção do conhecimento acerca do objeto pelo grupo de pertença, no contexto em que se encontra inserido (Jodelet, 2001).

Neste sentido, estudar representação social implica dirigir o olhar sobre a vida mental individual e coletiva, buscando articulações entre os elementos afetivos, mentais e sociais, juntamente a cognição, linguagem e comunicação. Esta pesquisadora lembra que se deve voltar o interesse para os processos (aspecto constituinte) e os conteúdos (aspecto constituído) do pensamento. Ressalta ainda que representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual o sujeito se reporta a um objeto – seja este real, imaginário ou mítico, relativo à pessoa, coisa, acontecimento material, psíquico ou social, ou a algum fenômeno natural, ideacional etc.

Moscovici (2001) diz que representar significa incorporar algo anteriormente desconhecido, materializando-o através de imagens e símbolos, e ancorando-o em aspectos cognitivos e afetivos de acordo com as normas e valores dos grupos para quem esse objeto é relevante. Assim, as representações sociais de um grupo constituem o resultado de um processo de transformação daquilo que é não familiar e não conhecido em algo familiar e particular. Portanto, sua função básica é integrar a novidade por meio dos processos interligados. Jodelet (1990) ressalta como processos responsáveis pela construção das representações, buscando elucidar como os mecanismos sociais interferem na elaboração psicológica que constitui a representação, e na dinâmica social.

Este processo é expresso pelo nível da *Formação Representacional*, através da *Objetivação* e da *Ancoragem*, sendo cada uma destas expressas através de fases.

A construção das representações sociais de um objeto, portanto, acontece na imbricação entre objetivação e a ancoragem, e na articulação entre a estrutura cognitiva e social, e sua gênese ancorada num modelo ou matriz icônica, fundando uma relação de positividade ou negatividade com esse objeto. Nesta relação, abre-se a possibilidade de adotar uma decisão bipartida, seja a favor de uma generalização ou de uma individualização. Se optar pelo primeiro, o novo objeto será ajustado ao modelo ou matriz

icônica anteriormente definida e, uma vez optando pelo segundo, o novo tomará um caminho adverso do modelo ou da matriz icônica.

A *objetivação* delinea-se através de uma operação imaginante e estruturante, corporificando os esquemas conceituais e reabsorvendo o excesso de significações, artifício este necessário ao fluxo das comunicações (Jodelet, 1990). A *objetivação* tem por função acoplar as palavras às coisas, reproduzir o desconhecido entre o que é visível e tangível, de tal modo que possa ficar sob controle; é uma busca de materializar o que é abstrato. Acontece no imaginário e na estrutura psíquica do indivíduo, uma vez que o indivíduo incorpora em suas representações sociais elementos da ciência, da religião e da cultura que estarão, também, interagindo com o novo pensamento. Transforma em objeto o que é representado, torna físico e visível o impalpável. Conforme já assinalado anteriormente, a objetivação materializa-se por meio de três fases distintas: (a) *construção seletiva*; (b) *esquematização estruturante* ou *núcleo figurativo*; e (c) *naturalização*.

A primeira fase correspondente à *construção seletiva* referente ao processo pelo qual o sujeito se apropria de critérios culturais e/ou normativos e dos saberes sobre um dado objeto, apreendendo os elementos informativos, retirados dos meios de comunicação de massa e mantendo a coerência com o sistema de valores grupais nos quais se acha inserido. Nessa apropriação, alguns elementos são retidos, enquanto outros são ignorados ou rapidamente esquecidos. As informações que circulam sobre o objeto vão sofrer uma triagem em função de condicionantes culturais (acesso diferenciado às informações em decorrência da inserção grupal do sujeito) e, sobretudo, de critérios normativos (retendo o que está de acordo com o sistema de valores circundante).

A segunda fase correspondente à *esquematização estruturante* ou *núcleo figurativo* que constitui o núcleo essencial em torno do qual gravita toda representação, oferecendo a significação e a organização que é própria dessa fase. É importante lembrar que, neste processo de formação, está implícita uma consonância com o grupo de pertença, na

constituição de uma estrutura conceitual que lhe é pertinente. Ou seja, uma estrutura imaginante reproduz, de forma visível, a estrutura conceitual de modo a proporcionar uma imagem coerente e facilmente exprimível dos elementos que constituem o objeto da representação, permitindo ao sujeito apreendê-los individualmente e em suas relações. O resultado dessa organização é chamado de *núcleo* ou *esquema figurativo*. Então, a verificação do(s) *elemento(s) figurativo(s)* de uma representação social é feita através da seleção de uma rede de palavras ou expressões, usuais e familiares aos indivíduos de um grupo social ou de pertença, que mais se aproximam da capacidade figurativa, sem deixar de cultivar os conjuntos de imagens construídas socialmente.

Por fim, a terceira fase, denominada *naturalização*, acontece quando o grupo social ou de pertença, ao proceder com identificação daqueles elementos, ressignificam e constroem os elementos da realidade do senso comum. É a fase que traduz a materialização e a espacialização das entidades conceituais (Moscovici, 2001).

O processo de *ancoragem*, por sua vez, concede a inclusão do que é desconhecido em uma rede habitual de categorias, ou nomeação. Quando isso ocorre, os fenômenos estranhos e pouco familiares são elaborados cognitivamente e incorporados ao pensamento dos indivíduos. O não familiar torna-se familiar. Por conseguinte, o processo de ancoragem transfere o desconhecido para o esquema de referência por meio da comparação e da interpretação. É uma espécie de enraizamento social da representação à integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento preexistente, e às transformações que, em consequência, ocorrem num e noutro. Não se trata mais, como na objetivação, da construção formal de um conhecimento, mas de sua inserção orgânica em um pensamento constituído (Moscovici, 1988).

O objeto social sem categorização e sem nomeação entra no campo da estranheza, do inexistente, e o dar conta desse processo se faz mister nomeá-los de forma a reconhecê-los numa categoria que os faça familiar e, desse modo, inseri-los no tecido social grupal.

Por meio desses processos – categorização e nomeação – o objeto auferi uma identidade, um novo significado e, assim, anuncia uma representação social do seu grupo de pertença. A esta nova categoria ou nomeação designa-se teoria do *Senso Comum*.

Portanto, a *ancoragem* é entendida como processo de solidificação da *objetivação* e visa assegurar a adoção do novo, interpretar a realidade e orientar os comportamentos. A que esta, por sua vez, também sofre uma divisão trifásica: (a) *atribuição do sentido*; (b) *instrumentalização do saber*; e (c) *enraizamento do sistema do pensamento*.

Na *atribuição do sentido*, ocorre a aplicação dos moldes culturais à representação do novo com base no já conhecido e, na fase seguinte, a estrutura representacional imaginante converte-se numa teoria da referência para a compreensão do mundo. Na *instrumentalização do saber*, a relação indivíduo-meio ambiente é mediatizada pelas interpretações do novo, transformado em instrumento útil na compreensão do mundo, ou seja, há um processo de instrumentalização dos vínculos entre o indivíduo e o social. Finalmente, a última fase, que se refere ao *enraizamento do sistema do pensamento*, processa a inscrição do novo, por intermédio da classificação, comparação e da categorização, no espaço do saber constituído, cuja representação fora gerada.

É importante ressaltar que estes dois processos (objetivação e ancoragem) articulam-se entre si, ao mesmo tempo em que concebem uma representação social frente a um objeto recém-nato, por intermédio da concretização de algo abstrato, ancorado na categorização e pela nomeação.

Quanto ao terceiro nível, denominado *Edificação da Conduta*, as representações sociais são veiculadas por sistemas de comunicação. Moscovici, ao estudar a disseminação da psicanálise na sociedade francesa na década de 50, analisou os meios de comunicação de três segmentos culturais: o meio liberal urbano, o católico e o partido comunista. Para realizar esta análise, utilizou-se de um procedimento tridimensional, ou seja, três sistemas

de comunicação, que determinam o conteúdo e a forma das mensagens: (a) *difusão* (b) *propagação* e (c) *propaganda* (Moscovici, 1961; 2012).

A *difusão* é um sistema comunicacional que faz circular, através da **opinião**, as informações, refletindo as convicções e avaliações pessoais a respeito de uma questão controvertida, podendo estas ser contraditórias, em face da fragilidade com que são organizadas. Como uma forma de comunicação, pertence a um grupo sem muita definição, denominado massa e entendido como um agregado de uma grande parte da população citadina, ou de um país, de composição heterogênea pela diversidade de interesses e variações na formação intelectual dos seus integrantes, ou mesmo em razão de o indivíduo pertencer a distintos públicos.

A função principal da *difusão* refere-se ao estabelecimento de uma relação de equivalência entre o emissor e o seu público, buscando a coexistência entre os emissores de mundos diversos e, ao mesmo tempo, uma adaptação entre emissor e receptor, assim como a sua manutenção na diferenciação de papéis. Atua como se um ou vários elementos que percorrem trajetórias descontínuas, no interior de diversas estruturas, se interligassem entre si, podendo ser autônomas ou sofrer modificações. A dependência do primeiro em relação ao segundo é fundamental, o que não acontece com a *propagação* e a *propaganda*, cuja fonte de informação tem uma autonomia relativamente grande.

Na *difusão*, um objeto social alastra-se de uma maneira diversificada e repetitiva, por uma multiplicidade não coordenada de fontes de informação e de referências profissionais, religiosas, políticas e culturais. A questão da adaptação entre emissor e receptor reflete o estilo da comunicação, sendo este concreto, atraente e rápido, aproximando-se sempre do gosto e do vocabulário que se supõe ser o do leitor.

A relação desse sistema com a formação da representação social e o objeto disseminado diz respeito à familiarização e o enraizamento deste, sendo essa forma de

comunicação uma contribuição para reforçar a concretização de uma mensagem e valorizá-la do ponto de vista social (Moscovici, 1961; 2012).

Na *propagação*, toma-se a **atitude** como modelo, cuja função vincula-se à elaboração de normas e representa o esforço em fazer acomodar o novo ao já estabelecido, manifestando-se mediante uma série de reações e comportamento global. Deste modo, pressupõe uma organização mais complexa das mensagens. Esse sistema de comunicação diz respeito a um grupo bastante definido, entretanto dividido quanto à atitude em relação ao objeto social.

Moscovici (1961, 2012), no estudo sobre a psicanálise, referiu-se à *propagação* como sistema de comunicação cuja função vincula-se, sobretudo, à busca de uma mediação entre um objeto socialmente valorizado e um grupo definido. Esse tipo de comunicação é característico do grupo católico, porém, aponta uma divisão quanto à atitude em relação a essa temática, lembrando que, na *difusão*, o fato de existir divergências não produz comunicações descontínuas e contraditórias. Assim, os meios de comunicação exercem uma pressão em direção à uniformidade, buscando encontrar um dominador comum entre os membros do grupo e suas bases doutrinárias e as do objeto em questão. Essa pressão diferencia a *propagação* da *propaganda*, uma vez que esta última exige uniformidade enquanto a primeira fonte é relativamente autônoma e estruturada. A *propagação*, portanto, edifica atitudes que são capazes de marcar as representações e as condutas (Moscovici, 1961).

O terceiro tipo de comunicação, a *propaganda*, faz uso do **estereótipo**, que se caracteriza pela tentativa de impor a concepção de mundo de um grupo a outro, cuja representação do objeto em questão é elaborada com base na inadmissão da falsidade de uma das interpretações em conflito, sem questionar, porém, o valor de verdade do objeto.

Na *propaganda*, não há a renovação de um comportamento, mas a criação e um reforço deste, sendo que o seu objetivo principal é a concepção da representação social,

pois, em virtude da situação conflituosa ameaçar a identidade grupal, e, para afirmá-la, necessário se faz elaborar uma representação do objeto que provoca tal conflito (Allain, 2007).

Pode-se dizer que esses três sistemas de comunicação propostos por Moscovici foram frutos de uma análise advinda da grande imprensa e dos meios de comunicação católicos e partidos comunista a respeito da Psicanálise. Com esta pesquisa, foi concluído que, na *difusão*, o grande objetivo é transmitir as informações de assuntos gerais a um grande público que não é organizado, contendo elementos e opiniões que são contraditórias e desarticuladas entre si. Na *propagação*, a mensagem é estruturada de forma a controlar a ameaça de novos conhecimentos sobre o sistema de crença de um determinado grupo. Deste modo, esse novo conhecimento será sempre interpretado à luz dos sistemas que devem ser preservados. Já na *propaganda*, o objetivo recai sobre o comportamento do receptor, havendo uma mensagem estruturada, mas de forma dicotômica entre o certo e o errado, cuja comunicação contém e expressa os interesses de um grupo específico. Em resumo, quanto aos elementos constituintes de uma representação, a *difusão* relaciona-se com a formação das *opiniões*; a *propagação* com as *atitudes*; e a *propaganda* com a formação dos *estereótipos* (Moscovici, 1978; Jodelet, 2001).

O estudo das representações sociais tem como objetivo entender o processo de sua construção não somente na dimensão cognitiva, mas acoplando uma perspectiva afetiva e as demandas concretas provenientes das ações do cotidiano, através dos conteúdos que circulam no imaginário social (Spink, 1999).

4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TABAGISMO

Debruçando-se sobre a construção do tabagismo, observa-se que o mesmo vem passando por um processo de mudança como objeto de representação social, atrelado não somente ao universo do senso comum como também aos espaços do conhecimento científico ou erudito. Na perspectiva deste último, os estudos mostram que o tabagismo vem provocando sérias consequências à saúde das pessoas. Na busca pela evolução do consumo tabágico, registra-se uma propagação deste produto, envolvida num ambiente de expectativas promissoras de benefícios e prazeres a ele atribuídos (Cavalcante, 2001).

Nesse processo está implícita a comercialização de imagens socialmente desejadas, veiculadas por meio de atitudes elegantes, de beleza, sensualidade, charme, *status* e poder. E, assim, se deu uma abertura para a inclusão social do indivíduo fumante no *status* grupal, conseqüentemente, à construção de uma representação social positiva, inevitavelmente o incremento de sua aceitação na sociedade. No dizer de Moscovici (2001): o comportamento que era estranho (fumar), não familiar, tornou-se familiar.

De algumas décadas para cá, o processo inverteu-se com a progressiva divulgação de estudos científicos, comprovando que fumar causa diversos danos à saúde não apenas aos fumantes, mas àqueles que não fumam e estão expostos à fumaça do cigarro cujos riscos são maiores. O cenário, portanto, mudou, conseqüentemente, a acepção e representação social do tabagismo também, antes associada à elegância, sensualidade, charme, *status*, hoje, visualiza-se com uma imagem negativa de doença, fraqueza, falta de vergonha, e o uso do cigarro passou a ser alvo de discriminação, de combate e debate.

Moscovici (1981) mostra a importância de se identificar e mapear os pensamentos, sentimentos, percepções, experiências de vida, com o propósito de tentar compreender o que existe na mente dos indivíduos para além das dimensões intrapsíquicas. Neste sentido, ter acesso às representações sociais do tabagismo e rastreá-las significa procurar

materializá-lo como fenômeno social, bem como conhecer os distintos processos – objetivação e ancoragem – da nova imagem que surge do tabagismo.

Cavalcante (2001) desenvolveu um estudo com a finalidade de investigar as representações sociais do tabagismo junto a 38 médicos (50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino) de várias especialidades – clínica médica, endocrinologia, medicina integral, cardiologia, pneumologia, terapia intensiva, clínica do adolescente, medicina do trabalho, nefrologia, gastroenterologia e geriatria. Destes, 29 nunca fumaram, um era fumante, sete ex-fumantes, e outro não identificou seu *status* de consumo tabágico. Os resultados apontaram que as doenças mais associadas ao tabagismo foram o câncer, as cardiovasculares e as respiratórias.

O discurso médico também trouxe à baila a relação do tabagismo com a dependência de droga, com destaque para, apenas, um participante que o relacionou à dependência e/ou vício. Além dessas concepções, circularam representações relacionadas ao estilo de vida, o que demonstrou uma ancoragem em antigos símbolos.

Observou-se, assim, uma mudança da representação social do tabagismo, antes ancorada em *hábito* e *estilo de vida*, passou a ser representada como *doença*, *dependência*; recurso usado com o objetivo de transformar o não familiar em familiar, e trazer novas construções, conseqüentemente, novos significados e imagens objetais.

Para essa estudiosa, verificou-se, por meio do processo de ancoragem, a evolução patologizante do tabagismo.

Por outro lado, houve registros verbais remetendo o tabagismo ao vício, e o fumante visto como um dependente de droga, mostrando, com isso, uma ancoragem num modelo moral negativo, portanto, com significados e símbolos de cunho moral apreendidos do senso comum. Em outros discursos, emanaram representações com conotações negativas da moral aliadas a manifestações emocionais, associando-se o comportamento de fumar à falha de caráter, estupidez, egoísmo, ou seja, uma rejeição ao

fumante. Mais uma vez, o pensamento do senso comum aparece ancorado em símbolos e imagens, cujo lugar do fumante é de uma *persona non grata*.

Outra representação negativa deste modelo aparece relacionada à indignação, em razão de o tabagismo trazer um grande prejuízo para a saúde das pessoas e para a sociedade, apesar de ser uma droga socialmente aceita e estimulada por toda mídia. A ideia da criminalização também apareceu nos discursos, sendo o fumante visto como causador de morte, além de ser o vício mais difícil de ser controlado. Então, na perspectiva dos não fumantes, as representações são mais radicais no tocante à moralidade do que as dos ex-fumantes, e de um fumante entrevistado. Houve ainda discursos espontâneos de pessoas que nunca fumaram, relatando preocupação com os malefícios causados ao fumante passivo, pontuada por manifestações de indignação e revolta, o que parece retratar a atual pressão social.

Esta pesquisa revelou, também, o reconhecimento de um caminho percorrido pelo fumante no tabagismo, cujo início se dá na adolescência em decorrência de estimulação comportamental que, com o passar do tempo, evolui para uma dependência, resultando em adoecimento e morte. Fatores psicossociais como o estresse, a insegurança, o sofrimento psíquico, assim como a influência da publicidade, foram reconhecidos na sua iniciação e manutenção.

Pode-se perceber, através deste estudo, que, no meio médico, circulam representações sobre o tabagismo, por um lado, no nível cognitivo – reconhecido como fator de risco para o desenvolvimento de doenças e, por outro lado, por si só uma doença/dependência. A dimensão emocional também foi pontuada, com manifestações morais negativas bastante fortes (Cavalcante, 2001).

Nesta perspectiva, entende-se que a grande influência resultante da divulgação sobre os riscos de fumar, tanto para o fumante quanto para os não fumantes (tabagismo passivo), provocou igualmente mutações na representação social do tabagismo dos não

fumantes. Para estes, fumar, além de ser incômodo, desrespeitoso, passou a ser representado, também, como uma ameaça à saúde de todos.

Outro estudo interessante acerca das representações sociais foi realizado por Souza (2006), objetivando apreender os significados do fenômeno tabágico na dinâmica social, com adultos fumantes, não fumantes e ex-fumantes, compreendidos na faixa etária de 20 a 59 anos, com baixa condição socioeconômica, na cidade de Natal, Rio Grande do Norte.

Os resultados encontrados apontaram para seis categorias, seguidas de suas subcategorias. A primeira categoria foi relativa à *Iniciação do hábito* e sua subcategoria *Amigos e família e Admiração e beleza*; a segunda teve como categoria *Implicações psicossociais do tabagismo* e subcategoria *Relacionamento pessoal, Trabalho e Financeira*; como terceira categoria *Posicionamento frente ao tabagismo* e subcategoria *Positivo, Negativo e Neutro*; a quarta categoria e subcategoria, respectivamente, *Efeitos do tabagismo* e *A saúde dos fumantes e a saúde dos outros*; a quinta categoria *Descrições sobre as doenças bucais* e subcategoria *Mau hálito, Câncer de boca e Problemas dentários*; finalmente, *Tratamento do tabagismo e Médico-psicológico, Sobrenatural e Dificuldades* como sexta e última categoria e subcategoria respectivamente.

Numa outra perspectiva de análise encontrou quatro estruturas relacionadas ao tabagismo:

1. ambivalência entre o prazer e o adoecer;
2. o tabagismo como incômodo e perigo à sociedade;
3. a discriminação social do fumante;
4. a boca como local de reafirmação da discriminação.

A conclusão deste estudo mostra que o tabagismo é marcado por três dimensões: a social, cultural e histórica, além de apresentar representações positivas e negativas (Souza, 2006).

A propósito da ambivalência trazida por Souza (2006), destaca-se o pensamento freudiano no tocante ao conceito de ambivalência, como sendo da ordem do próprio sujeito, ou seja, natural, peculiar da vida humana, produto da dinâmica pulsional entre Eros e Tanatos, em cuja tensão habita as possibilidades de vida. Nesta perspectiva, buscou-se conceituar o termo ambivalência como: “uma presença simultânea, na relação com o mesmo objeto, de tendências, de atitudes e de sentimentos opostos, fundamentalmente o amor e o ódio” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.17).

A temática da ambiguidade é discutida por Santos (s/d), na obra *O Pássaro*, da artista paraense Dina Maria César de Oliveira, cuja ambivalência formal perpassa toda esta obra com bastante evidência: complexidade de sentimentos, flutuações de atitudes, afirmações e negações, construção e desconstrução, objetividade e subjetividade, ordem e caos, simultaneidade e indissociabilidade. Fundamentalmente, amor e ódio são conduzidos para um mesmo objeto.

O significado de ambivalência, na pintura de Dina de Oliveira, pode ser considerado como uma presença simultânea desta relação de sentidos dualistas, de tendências, de atitudes e de sentimentos opostos (Santos, s/d).

Este estudo mostra, portanto, a multiplicidade de possibilidades e de linguagens humanas, entretanto, sempre presente na circunscrição do ambíguo.

Voltando aos trabalhos de investigação na temática, Fraga et al (2011) conduziram uma pesquisa com 30 adolescentes (15 do sexo feminino e 15 do sexo masculino), com o objetivo de identificar as representações sociais sobre o comportamento de fumar, na cidade de Porto, Portugal. Da análise do material coletado, depreendeu-se que, embora estes adolescentes estejam conscientes das implicações graves do ato de fumar para a saúde, não o percebem como ameaça nesse momento de suas vidas, porém o representa como um modo pelo qual se sustentam as regras entre os pares, bem como seus vínculos sociais. Outros dados interessantes encontrados foram que 50% dos participantes não

conseguiram indicar medidas de prevenção que fossem potencialmente eficazes, em contrapartida, a maioria sugeriu medidas repressivas (proibições, policiamento nas escolas). Outros colocaram a responsabilidade na escola e nos pais, além da necessidade destes levarem mais informação aos adolescentes e um pequeno grupo relatou como uma medida efetiva a elevação no preço do tabaco.

Neste sentido, entende-se que as campanhas antitabagismo devam ser desenvolvidas, priorizando esta etapa da vida, uma vez que até agora não surtiram efeito em virtude de os adolescentes não se autoperceberem, não se sentirem preocupados, nem reconhecerem as implicações futuras do ato de fumar em curto prazo, portanto, não se sentem alvos destas medidas (Fraga et al., 2011).

Uma pesquisa conduzida por Trigo (2007), ainda nesse país, na cidade de Lisboa, foi dividida em dois estudos: o primeiro teve por objetivo avaliar as qualidades métricas, a estrutura fatorial, e a consistência interna dos seguintes instrumentos: Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico (EAHT), Perfil Emocional, e Perfil Tabágico.

Para analisar o *hábito tabágico* fez uso do Questionário de dados sociodemográficos, do Algoritmo do Estádio, da Escala de Motivação para Deixar de Fumar, e do Questionário CAGE (*Cut down/Annoyed/Guilty/Eye-opener*); para avaliar o *perfil emocional* utilizou o *Bortner Scale*, o *Beck Depression Inventory*, o *Perceived Stress Scale* e o *State-Trait Anxiety Inventory*; buscando conseguir o *perfil tabágico* aplicou o *Fagerstrom Tolerance Questionnaire*, as escalas *Smoking Decisional Balance*, *Horn-Waingrow*, *Smoking Processes of Change* e a *Smoking Abstinence Self-Efficacy*.

No segundo estudo, investigou-se a associação entre o hábito tabágico, o perfil emocional e o perfil tabágico, em uma amostra da população portuguesa residente no Distrito de Lisboa. A amostra foi não probabilística, composta de 762 participantes. Destes, 305 homens e 457 são mulheres, com idades entre os 17 e os 73 anos. O procedimento de coleta foi realizado em postos de medicina laboral na Universidade

Lusófona e na comunidade através do método ‘bola de neve’. Os instrumentos utilizados nesta etapa foram: EAHT, perfil emocional e perfil tabágico.

Tomando por base o sexo e o hábito tabágico, Trigo (2007) concluiu que os resultados encontrados apontam para os seguintes aspectos:

1. Houve diferença na EAHT, sobretudo na carga tabágica, no simbolismo associado ao tabagismo; no perfil de inalação; na percepção de risco; nas tentativas para deixar de fumar; na história de tabagismo familiar; no relato de doenças; e no consumo de bebidas estimulantes.

2. A afetividade negativa (redução do nível de estresse e desconforto emocional) contribuiu pouco para explicar a evolução dos hábitos tabágicos.

3. Os homens apresentam maior nível de dependência física e as mulheres dependência emocional.

4. O hábito tabágico desencadeia reações de dissonância cognitiva e ambivalência emocional, duradouras e importantes nas mulheres. O sentimento de competência pessoal para não fumar aumenta ao longo do tempo de abstinência.

5. É possível reproduzir um modelo transteórico, particularmente em relação aos construtos sobre a autoeficácia e os processos de mudança, apesar das dificuldades de operacionalizar algumas medidas e previsões (Trigo, 2007).

O início do hábito tabágico, na quase totalidade dos fumantes, se dá durante a adolescência (Peltzer, 2011), ou em idade escolar (Tonnesen, 2002). O ESFA avaliou esse hábito, acompanhando por um período de quatro anos, uma amostra de 23.531 adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 13,3 em sete cidades de países da Europa: Dinamarca, Finlândia, Holanda, Espanha, Portugal e Reino Unido. Em Portugal, a média de idade dos adolescentes fumantes regulares foi de 13,5 anos e, juntamente com a Finlândia e o Reino Unido, as adolescentes do sexo feminino eram mais fumantes regulares do que os adolescentes do sexo masculino (Fraga et al., 2005).

Malcon e Menezes (2002), discutindo a relação entre tabagismo e adolescência, sublinha a peculiaridade da fase à experimentação do novo, fase de contestação, da identificação grupal, do acesso fácil à droga e rápida instalação da dependência à nicotina.

Outro elemento citado como importante associado ao hábito de fumar é o mau rendimento escolar (Malcon & Menezes, 2002; Parra et al., 2003). A escola é normalmente citada como espaço onde mais se fuma (Fraga et al., 2006).

O ambiente, a cultura familiar, as características emocionais e intelectuais do adolescente e até mesmo a linha e as práticas pedagógicas escolares possibilitam o insucesso escolar. Um meio de transformar a escola em um ambiente livre da fumaça do cigarro seria desenvolver projetos educacionais voltados para a saúde no meio escolar, encampados pela escola com o apoio familiar, propiciando estimular o pensamento crítico dos adolescentes; realizar atividades de lazer dentro da escola; além de capacitar os professores para o bom relacionamento humano e não apenas pedagogicamente. Deste modo, os laços entre os adolescentes, os professores e o ambiente escolar seriam reforçados (Fraga et al., 2006; Malcon & Menezes, 2002).

Um estudo com estudantes adolescentes portugueses foi avaliado com o objetivo de descrever o uso tabágico e identificar os seus determinantes (Fraga et al., 2006). Destes, meninas e meninos, respectivamente, 26,8% e 19,5% experimentaram o cigarro, mas não eram fumantes; 2,0% e 1,5% fumavam ocasionalmente e 2,0% e 0,4% fumavam diariamente pelo menos um cigarro por dia. Estes resultados mostram que a frequência nas meninas é superior à dos meninos. Quanto às motivações para experimentar o cigarro, respectivamente, 48,4% e 45,6% de meninas e meninos afirmaram ser a *curiosidade*; em seguida, *ter um amigo fumante* foi de 13,6% para meninas e 21,1% para os meninos.

O início do hábito nos meninos ocorreu mais cedo (10,8 anos) do que nas meninas (11,6 anos) e, em relação à experimentação, a presença ou não dos pais fumantes, os resultados evidenciaram o seguinte: para as meninas e os meninos, respectivamente,

aqueles que moravam com pais não fumantes, a média foi de 12,1 e de 11,1 anos; para aqueles que moravam com pelo menos um dos pais fumantes foi de 11,4 e de 10,8 anos; 11,6 e 10,8 anos, se os pais eram fumantes; e 11,1 anos para as meninas que não viviam com os pais, e 10,4 para os meninos.

Dados interessantes, evidenciado no presente estudo, refere-se a uma maior prevalência de fumantes nos adolescentes repetentes de ano, com excesso de peso, e naqueles que alguma vez já fumou, por ter tido algum dos pais fumantes ou que já fumou, se tem algum fumante em casa, irmãos mais velhos, ou algum amigo que fuma. Observa-se que ter amigos fumantes foi o principal determinante ao uso de tabaco, mais no sexo masculino do que no feminino. A prevalência de meninos fumantes foi alta quando viviam em família monoparental e o progenitor era fumante, e nas meninas que não viviam com os pais.

O fator de risco aumenta quando os amigos são fumantes, pois reforça a importância das relações de proximidade e a tendência de apresentarem comportamentos e atitudes iguais entre eles, o que facilita a sua integração grupal (Fraga et al., 2006).

O Centro de Referência de Álcool e outras Drogas (CRATOD) realizou uma pesquisa com 52 usuários que eram acolhidos no Programa de tratamento do tabagismo com o objetivo de analisar as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, idade do início tabágico, presença de fumantes na família, e grau de dependência no *Fagerström*. Os resultados encontrados indicaram que o sexo feminino (59,62%) predominou sobre o masculino (40,38 %); a faixa etária encontra-se entre 45 a 49 anos (25%); a idade do início tabágico é de 12 a 14 anos (36,54%); 67,31% deles têm fumantes na família; e o grau de dependência descrito no *Fagerström* foi de 6-7 pontos (40,38%), ou seja, grau mediano (CRATOD, 2006).

Pesquisas mostram que em Portugal (Fraga et al., 2005) há diferença no consumo do cigarro entre a zona rural e a urbana, sendo que, na área urbana, encontram-se cifras

superiores, com um aumento em favor das mulheres, apesar das complicações comuns a ambos os sexos. Na mulher, as consequências naturais referem-se à função reprodutiva e à gravidez, cuja prevalência elevada ocorre no período gravídico. Constatou-se ainda uma elevação em profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e professores. Estes achados apontam para a necessidade de fortes medidas de combate ao consumo de tabaco nesta população, sobretudo estes últimos, cuja preocupação deve ser maior, devido ao modelo que representam junto à sociedade.

Inúmeras pesquisas mostram que o hábito de fumar começa, normalmente, na adolescência ou no início da idade adulta (Banco Mundial, 1999/2004; Cavalcante, 2001; CRATOD, 2006; Fraga et al., 2006; Parra et al., 2003). Os jovens, mesmo tendo acesso às informações acerca do tabagismo e suas consequências nefastas, nem sempre são capazes de usá-las para tomar decisões sensatas, mostrando-se menos conscientes do que os adultos sobre os riscos da saúde física. Outros fatores importantes vinculam-se ao fato de que a maioria dos jovens fumantes subestima os riscos de vir a ser dependentes da nicotina, dos custos futuros acarretados pelo seu hábito e, o mais grave, de ter incapacidade futura.

Portanto, a sociedade, de um modo geral, deve levar em consideração a reduzida capacidade dos jovens adolescentes de tomarem decisões regidas por si próprias, uma vez que limitam o direito ao voto ou ao casamento até que atinja certa idade. Medidas legais também devem ser tomadas no sentido de restringir-lhes a liberdade de escolher ser dependente do cigarro, comportamento este que acarreta maiores risco de morte eventual do que a maior parte das outras atividades de risco, às quais os jovens se engajam. Na ótica dos fumantes, os benefícios do fumar como o prazer, o relaxamento das tensões, redução da angústia são inegáveis; por outro lado, a resistência no enfrentamento das consequências trazidas pela ‘síndrome da abstinência’ representa um custo adicional frente ao processo de escolha da cessação. Ademais, em muitos países de baixo e médio poder aquisitivo, muitos fumantes não conhecem os riscos causados pelo uso tabágico, já nos

países de alto poder aquisitivo, sabem dos riscos, no entanto, julga-os menores que os não fumantes (Banco Mundial, 1999).

Nesta mesma linha ideacional, Salgado (2010) pesquisou fumantes que procuravam a consulta para a cessação tabágica, objetivando traçar o perfil destes, bem como avaliar o tipo de referenciação utilizada. Desta feita, analisou 218 processos clínicos de doentes inscritos na consulta de cessação tabágica, do Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB), Covilhã, Portugal, no período de 2008 e 2009, sendo que 128 pertenciam ao ano de 2008, e 90 ao de 2009. Os resultados deste estudo registraram que o sexo masculino foi predominante, com idade média de 44,8, embora, vários estudos mostrem que a procura de apoio para deixar de fumar é maior no sexo feminino; 30% são analfabetos ou tem ensino primário, 67% estão em atividade profissional, e a média de idade do início do hábito é de 17,1, e 66,7% apresenta moderada dependência nicotínica. Para o tipo de referenciação, 53,2% dos fumantes foram encaminhados por profissionais de saúde, sendo maior naqueles com co-morbilidades ($p=0,006$) (Salgado, 2010).

O reconhecimento da dependência do tabaco é fato consumado, entre os especialistas e estudiosos do assunto, como uma condição crônica que pode necessitar de repetidas intervenções. Diante deste quadro, sublinha-se a essencialidade de intervenções, sejam elas isoladas ou em grupo, aliadas ao tratamento farmacológico (Cavalcante, 2005; Reichert et al., 2008; WHO, 2008).

A função do Estado e das Políticas Públicas deve estar vinculada à consciência de que o tabagismo é um problema de saúde pública, e que o seu tratamento deva ser disponibilizado a todos os fumantes, tanto no Sistema Único de Saúde – unidades públicas de saúde – quanto no Sistema de Saúde Suplementar – clínicas privadas. Com o objetivo de contemplar Diretrizes para o combate ao tabagismo, orientações foram organizadas, constituindo ferramentas atualizadas e abrangentes para fundamentar e auxiliar o profissional de saúde na luta antitabágica. A metodologia utilizada, variando em função do

país de origem, buscou elaborar um documento objetivo e afirmativo sobre procedimentos diagnósticos, preventivos e terapêuticos na abordagem ao fumante. Ademais, a indicação ou contraindicação de alguns desses procedimentos encontra-se nas mãos do profissional ficando atento apenas aos recursos disponíveis em seu locus de atuação e nas circunstâncias específicas apresentadas pelo paciente tabagista (Reichert et al., 2008).

Logo a seguir, serão apresentados alguns métodos de abordagem ao fumante no que se refere à cessação tabágica, alicerçados nos Centros de Medicina Baseada em Evidências, particularmente o *Centro Cochrane*; em estudos de meta-análise; em ensaios clínicos randomizados publicados em revistas nacionais e internacionais; e revisões atuais do *Surgeon General* (Reichert et al., 2008).

A literatura refere seis tipos gerais de abordagens, a saber:

1. abordagem diagnóstica;
2. abordagem terapêutica;
3. abordagem de grupos específicos;
4. outros temas de interesse;
5. redução de danos;
6. tabagismo passivo.

A primeira delas se refere à **abordagem diagnóstica**, que envolve vários métodos, a saber:

- (i) *avaliação clínica* – identificar alterações funcionais pulmonares, existência de doenças relacionadas ao tabagismo, possíveis contraindicações e interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência.
- (ii) *nível de dependência à nicotina* – avaliar a dependência à nicotina através do Questionário de Tolerância de *Fagerström*, do DSM-IV, da Cotinina e monóxido de carbono no ar expirado (Coex).

- (iii) *grau de motivação* – aplicar a entrevista motivacional, uma técnica de abordagem focada no fumante que se propõe a ajudar a resolver as ambivalências relativas ao tabagismo e a mudar o estágio comportamental.
- (iv) *perfil genético* – estudos genéticos têm sido realizados sobre a iniciação do tabagismo, o grau de dependência, a dificuldade de cessação e a manutenção da abstinência, e mostram uma relação complexa, envolvendo múltiplos polimorfismos genéticos. O risco de iniciação é estimado em até 60% e de 70% da manutenção da dependência (Chatkin, 2006). Apesar do desenvolvimento avançado nessa área, as comprovações da ação da hereditariedade no manejo do tabagismo na prática diária ainda são obscuras.

A **abordagem terapêutica** abarca várias formas:

- (i) *intervenções motivacionais* – a terapia cognitiva comportamental (TCC) individual ou grupal (15,30) é apontada, mesmo quando é necessário o apoio medicamentoso (INCA, 1997); acolhimento, empatia, respeito e confiança são importantes. Até mesmo em presença de co-morbidades graves e incapacitantes, a cessação tabágica melhora a qualidade de vida e a autoestima do fumante.
- (ii) *farmacoterapia* – quando o grau de dependência à nicotina é elevado, se faz necessário o uso de medicação como um recurso adicional à intervenção terapêutica. Os fármacos mais eficazes são os nicotínicos e não nicotínicos.
- (iii) *terapias de reposição de nicotina* (TRN) – está sendo usada desde 1984 com o objetivo de substituir a nicotina do cigarro por doses menores e seguras, e assim reduzir a ‘fissura’ e outros sintomas de abstinência (Fiore, 2000). A TRN pode ser em forma de adesivos transdérmicos (liberação lenta) e como goma,

inalador, *spray* nasal, ou em pastilhas (liberação rápida) (Henningfield et al., 2005).

- (iv) *cloridrato de bupropiona* – medicação de primeira linha no tratamento da cessação. Funciona como um antidepressivo de ação lenta (MS, 2001/2004/2005; Rosemberg et al., 2003; SBPT, 2004).
- (v) *tartarato de vareniclina* – produz efeitos semelhantes à nicotina sobre os receptores colinérgicos nicotínicos (Foulds, 2006).
- (vi) *terapia combinada* – a bupropiona e a TRN têm demonstrado efetividade na cessação do tabágica (Fiore, 2008).
- (vii) *nortriptilina* – medicação de segunda linha. É um antidepressivo tricíclico que bloqueia a recaptação de noradrenalina na pré-sinapse aumentando sua concentração na fenda sináptica.
- (viii) *clonidina* – estudos de meta-análise mostram o aumento em até duas vezes a chance de cessação do tabagismo (McRobbie, 2005).
- (ix) *outras propostas farmacológicas* – acetato de prata, antagonista, canabinóide tipo 1, antagonistas opióides, ansiolíticos, antidepressivos, Icobrevin, Mecamilamina, Methoxsalen, Lobelina e técnicas aversivas.
- (x) *imunoterapia* – são vacinas contra a nicotina que estimulam o sistema imunológico a produzir anticorpos, ligando-se por semelhança à nicotina no plasma e em líquidos extracelulares. Uma vez que a nicotina une-se aos anticorpos, não consegue mais cruzar a barreira hematoencefálica, rompendo-se, assim, o círculo vicioso da gratificação ocorrida no nível cerebral.

(xi) *outras intervenções não farmacológicas* – são os inaladores livres de fumaça, filtros de nicotina, extratos de tabaco em gel, entre outros (Hughes et al., 2003); materiais de autoajuda e aconselhamento breve; aconselhamento intensivo individual e grupal (aplicado por médicos, equipes multiprofissionais, dentistas e enfermeiras (Lancaster & Stead, 2005); via *internet* (Etter, 2006; Ussher, 2005; Walters, 2006); atividade física orientada (Ussher, 2005); Acupuntura, Hipnoterapia, Terapia a Laser, Eletroestimulação e Avaliação de Risco Biomédico - COex, Espirometria (Abbot et al., 2000; Bize et al., 2005; White et al., 2006); e por telefone - helplines/quitlines (Stead & Lancaster, 2001; Zhu, 2002).

Na **abordagem de grupos específicos**, o foco de atenção acha-se voltado para determinadas populações como: (i) *mulheres*; (ii) *gestantes*; (iii) *médicos fumantes*; (iv) *crianças e adolescentes*; (v) *idosos*; (vi) *hospitalizados*; (vii) *co-morbidades psiquiátricas*; (viii) *outras co-morbidades*; (ix) *tabagistas em recaída*; e (xi) *intervenções em locais específicos* (unidades básicas de saúde, policlínicas, centros de referência, hospitais e consultórios etc).

Entre **outros temas de interesse**, destacam-se os fatores que dificultam a cessação como: (i) *baixa motivação*; (ii) *personalidade e doenças psiquiátricas*; (iii) *síndrome de abstinência e grau de dependência*; e (iv) *alterações do peso corporal*.

O quinto tipo relaciona-se à **redução de danos**. Na tentativa de ajudar o paciente a deixar de fumar, várias são as estratégias para reforçar a motivação individual, dentre elas estão:

- (i) a *redução do número* de cigarros fumados por dia;
- (ii) o *tabaco sem fumaça* (tabaco mascado umedecido ou *snus*);
- (iii) a *Terapia de Reposição Nicotínica* (TRN) sem interrupções;

(iv) a utilização do *Potential Reduced Exposure Products* (PREPs).

Por último, o **tabagismo passivo**, como medida preventiva, faz recomendações de afastamento de ambientes com poluição tabágica (Reichert et al., 2008).

PARTÉ II

ESTUDOS EMPÍRICOS

**CAPÍTULO V – ESTUDO I: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO
TABAGISMO**

Neste capítulo, destaca-se o *Estudo Empírico I* relacionado às representações sociais do tabagismo de fumantes e não-fumantes residentes na cidade de João Pessoa.

5.1 MÉTODO

5.1.1 Tipo de Estudo

Refere-se a um estudo de campo, do tipo descritivo, exploratório e explicativo de cunho qualitativo e quantitativo, cujo objetivo é apreender as representações sociais do tabagismo sob as lentes da Teoria das Representações Sociais, cujo modelo possibilita a compreensão de mecanismos psicossociais, seu entrelaçamento e funcionalidade, bem como, os processos simbólicos e condutais.

5.1.2 Lócus da Investigação

A pesquisa foi realizada no Centro de Atendimento Integral à Saúde de Jaguaribe (CAIS-Jaguaribe); na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Campus I; no Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ); e na Escola Estadual Pedro Augusto Caminha (EEPAC).

5.1.3 Tipo da Amostra

A delimitação da amostra para este estudo foi do tipo não probabilística, escolhida de forma intencional, por conveniência.

5.1.4 Participantes

Participaram deste estudo 120 adultos, dos quais 55,8% do sexo feminino, na faixa etária de 18 a 82 anos, com ($M=39,61$; $DP=15,73$), cuja composição foi disposta da seguinte forma: 60 fumantes (30 fumantes que integram o Programa Anti-Tabagismo – PANT, e 30 fumantes que não integram este Programa); e 60 não fumantes (30 não fumantes e 30 ex-fumantes).

5.1.5 Instrumentos

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário biossociodemográfico, a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), o Questionário de Tolerância de Fagerström, e a Entrevista semiestruturada.

5.1.5.1 Questionário Biossociodemográfico

Este instrumento foi utilizado com a finalidade de obter informações referentes aos aspectos da vida dos participantes da pesquisa como *sexo, idade, estado civil, escolaridade, e idade que começou a fumar*, com vistas ao delineamento do perfil amostral destes itens. O questionário é um instrumento determinante na pesquisa no campo das Ciências Sociais, sendo considerado entre os métodos e as técnicas relevantes, por abranger tanto a dimensão quantitativa quanto os processos e produtos na investigação de cunho qualitativo (Triviños, 2010; Parasuraman, 1991).

5.1.5.2 Técnica de Associação Livre de Palavras

A técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) é projetiva e tem como objetivo original o diagnóstico psicológico da estrutura da personalidade. A hipótese centra-se na ideia de que a estrutura psicológica do sujeito é apreendida através das manifestações de condutas de reações, evocações, escolhas e criação. Portanto, a estrutura psicológica do sujeito, vem à tona a partir de quatro ações técnicas fundamentais: 1. Estimular; 2. Observar; 3. Registrar; 4. Comunicar verbalmente (Rapaport et al., 1965).

O TALP é um instrumento que permite a atualização dos elementos afetivos latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas (Nóbrega, 2003). Ademais, pertence a um tipo de investigação aberta que permite demonstrar universos semânticos colocando em evidência os universos comuns de palavras concernentes aos diferentes estímulos, sujeitos ou grupos do objeto investigado. Tal objeto pode ser verbal, cuja representação pode ser uma palavra, expressão, ideia, frase, provérbio (Coutinho, 2005).

Amplamente utilizado como técnica de produção de dados em estudos sobre representações sociais por apreender, rápida e objetivamente, os conteúdos periféricos e latentes do indivíduo (Nóbrega, 2000). Portanto, a técnica de Associação Livre de Palavras consiste em falar uma palavra ou palavras chamadas indutoras e, a partir destas, o participante deve verbalizar o mais rápido possível as primeiras palavras que lhe vêm à mente.

No presente estudo a técnica foi adaptada para o uso de pesquisa, e assim foram elaborados três estímulos indutores: ‘saúde’, ‘fumar’, ‘eu mesmo’, com a seguinte instrução: *“Se eu lhe digo a palavra Saúde o que lhe vem à mente. Diga-me então três palavras que rapidamente você associa à ‘saúde’; Diga-me três palavras que rapidamente*

você associa a ‘fumar’; Diga-me três palavras que rapidamente você associa a ‘eu mesmo’” (Nóbrega & Coutinho, 2011).

5.1.5.3 Entrevista Semiestruturada

A entrevista é uma ferramenta metodológica muito utilizada em pesquisas nas Ciências Sociais, e se constitui como uma das práticas mais comuns de pesquisa nas representações sociais, que defende a necessidade de fazer boas perguntas aos sujeitos para privilegiar a técnica (Jodelet, 2001). Na presente pesquisa, utilizou-se a entrevista semiestruturada, composta de uma questão norteadora e de três complementares. O comando inicial, dado pela primeira questão, buscou investigar o significado do fumar, e as demais questões indagaram sobre a sua iniciação, circunstâncias envolvidas no ato de fumar, e considerações finais que foram estruturadas em consonância com o referencial teórico das Representações Sociais, o que permitiu aos participantes discorrerem sobre o tema com uma atuação ampla sobre o objeto representacional.

Este tipo de entrevista é utilizado quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, e com maior detalhamento, sobretudo, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e comparabilidade de diversos casos (Minayo, 1996/2004). Na pesquisa qualitativa, os dados não são apenas colhidos, mas também resultado de interpretação e reconstrução pelo pesquisador, em diálogo inteligente e crítico com a realidade (Demo, 2001).

Essa abordagem oferece oportunidade de se conseguir com maior flexibilidade as informações na resposta do participante, e ao pesquisador ajustar livremente as perguntas. Procura-se a intensidade nas respostas, não a quantificação ou representação estatística

(Barros & Duarte, 2006). O número de participantes para a entrevista adotou o critério de saturação de Sá (1998).

O uso do registro eletrônico deveu-se por se entender que, uma vez que não há preocupações com a memorização das verbalizações, além de deixar um espaço de observação dirigido para as condutas não verbais do participante, como: as expressões, posturas, gestos, mímicas, estes aspectos enriquecem os registros verbais, tornando-os extremamente significativos e ricos.

5.1.6 Procedimento Ético

Este estudo foi efetivado tomando por base os princípios éticos, conforme a Resolução 196/96 – Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa CEP/UNIPÊ, em sua 40ª Reunião Ordinária realizada em 19.07.2011, bem como autorizado pelas instituições e participantes pesquisados, de acordo com a documentação em anexo.

5.1.7 Procedimento de Coleta dos Dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foram realizadas visitas ao *locus* da pesquisa, com a finalidade de apresentar o projeto aos gestores da instituição, os objetivos do mesmo, o cronograma das atividades a serem desenvolvidas, e solicitar a permissão para a execução da pesquisa.

Após a autorização dada pelas instituições referidas, contataram-se com os participantes, delimitando-se, individualmente, as datas conforme a disponibilidade de cada participante, e mediante a leitura e o consentimento dos mesmos. Através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), iniciou-se a coleta dos dados.

A aplicação dos instrumentos propostos seguiu a metodologia própria de cada um deles. Iniciou-se a aplicação do instrumento explicando o objetivo do mesmo. Logo em seguida solicitou-se que respondessem oralmente, as questões referentes a cada item que lhes foram feitas. Todos eles foram aplicados de forma individual e em local reservado. Na técnica da entrevista utilizou-se o recurso do gravador, visando assegurar a integridade e fidedignidade na apreensão das falas. Na aplicação dos instrumentos foram necessários 30 minutos para concluir a participação do sujeito no estudo.

5.1.8 Procedimento de Análise dos Dados

Em relação à análise dos dados, estes seguiram as análises demarcadas por cada instrumento utilizado na pesquisa.

Os dados advindos da Técnica de Associação Livre de Palavras foram processados pelo *software Tri-deux-Mots*, e analisados por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Inicialmente, classificou-se em ordem alfabética, agrupando as palavras que possuíam a mesma similaridade semântica ou afinidade de sentido comum no reagrupamento por semelhanças. Após a aplicação, foram transcritas as palavras na íntegra, e pré-definida uma ordem de apresentação das variáveis fixas, e subdivididas em intervalos (Figura 4).

Este *software* é de grande utilização com a TALP, além de tratar de questões abertas e fechadas. Estabelece relações de atração e eliminação entre os componentes

representacionais dos diferentes grupos, ou seja, coloca em evidência as variáveis fixas (em colunas) e as modalidades ou variáveis de opiniões (em linhas), que se confrontam e se revelam graficamente na representação do plano fatorial. O *Tri-deux-Mots* possui cinco programas necessários para a leitura e interpretação do gráfico: o IMPMOT, TABMOT, ECAPEM, ANECAR e PLANFA.

- **IMP** – É processado pelo arquivo IMPMOT, que apresenta o número exato de palavras que foram digitadas; quantas pessoas participaram; quantas vezes cada palavra surgiu; se houve algum erro, por exemplo, palavras unidas e o número de palavras diferentes que foram digitadas.
- **ECAPEM** – Informado pelo cálculo do *qui-quadrado*, verificando se existe atração entre linhas e colunas, ou repulsão na construção dos fatores que representam o gráfico.
- **ANECAR** – Processa o AFC, que apresenta o número de fatores que foram solicitados, quando processados os programas; o valor de cada fator que somados oferecem o significado total da AFC; a localização exata de cada palavra no gráfico, em que quadrante se encontra; de que fator faz parte, assim como sua contribuição por fator.

A análise fatorial é um processo através do qual se determina o menor número de fatores, ou produtos que podem ser multiplicados simultaneamente, que explicam uma dada tabela ou matriz de correlações, incluindo uma série de técnicas estatísticas e permitindo reduzir um conjunto inicial de variáveis, sem apresentar perdas significativas da informação contida no conjunto inicial. O seu grande objetivo é o de representar um dado conjunto de variáveis, ou fatores, através de um menor número de natureza hipotética, de modo que possa garantir a maior covariação das variáveis observadas, e resultam de sua combinação linear, dando

sentido às combinações obtidas e às variáveis que as constituem. Os métodos de análise fatorial de correspondência (AFC) constituem técnicas de estatística descritiva multivariada que evidenciam as afinidades em certas linhas e colunas de uma matriz de dados e que se baseiam na hipótese da independência entre as linhas e as colunas dessa mesma tabela (Oliveira & Amâncio, 2005).

- **PLN** – Dado pelo arquivo PLANFA; é um gráfico “rústico” que será estruturado, baseando-se no arquivo AFC.
- **CPF** – Não é o mesmo que percentagem. Assim, serve para as variáveis fixas que terão localização exata e contribuição.

Com relação às transcrições das falas dos partícipes, coletadas pelas entrevistas, foram processadas pelo *software* Alcest (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto), e analisada pela análise padrão (classificação hierárquica descendente, classificação hierárquica ascendente e análise fatorial).

O *Alceste* é um programa informático de análise quantitativa de dados textuais, que apresenta uma classificação hierárquica descendente, permite uma análise lexicográfica do material e oferece contextos (classe lexical) caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos compartilhados por este vocabulário. Este programa *Alceste* possui um único arquivo, devendo indicar as *unidades de contexto iniciais* - UCI, e prepará-lo de acordo com algumas regras (Reinert, 1990). As unidades são definidas pelo pesquisador, que por sua vez depende da natureza da pesquisa. Por exemplo, se a análise for utilizada com um conjunto de entrevistas, cada uma delas (entrevista) será uma UCI; se a análise se detiver nas respostas de “n” participantes a uma questão aberta, cada resposta será uma UCI, e “n” unidades de contexto iniciais (UCI). O mesmo poderá ser empregado para artigos de jornais, atas, cartas etc; cada um deles será uma UCI.

As UCI são separadas por linhas de comando ou “linhas com asteriscos”, espaço simples, e fonte *Courier 10*, o que implica 250 respostas curtas. Numa análise padrão, o programa, após reconhecer as indicações das UCI, divide-se em unidades de contexto elementar (UCE). Estas unidades são segmentos de texto, na maioria das vezes, com extensão de três linhas, dimensionadas em função do tamanho do *corpus* e, geralmente respeitando a pontuação.

O *Alceste* é processado em de quatro etapas operacionais, a saber: *A*, *B*, *C*, *D*, e *E*. A primeira (*A*) refere-se a uma “leitura” do texto e aos cálculos dos dicionários. O programa gera inicialmente a listagem em ordem alfabética de todo o vocabulário do *corpus* e, dessa lista, deriva uma segunda, composta pelas formas reduzidas e palavras representadas por essas formas reduzidas – um dicionário de formas reduzidas.

Em seguida, outra lista é produzida com as formas reduzidas mais frequentes, decomposta a partir de adjetivos, substantivos, pronomes e artigos. Estas são algumas das chaves categoriais utilizadas pelo programa nessa primeira etapa classificatória do vocabulário.

É importante observar que o programa possui dicionários acoplados (inclusive de português), o que permite identificar diferentes conjugações verbais, bem como diferenciar palavras com função puramente sintática (pronomes, artigos, advérbios) daquelas com “conteúdo” (verbos, substantivos, adjetivos). Tal procedimento é relevante, pois é com essa segunda classe de palavras, sobretudo, que o programa vai trabalhar.

A seguir será feita uma síntese das etapas que são realizadas por este *software*:

1ª Etapa - Leitura do texto e cálculo dos dicionários:

1. Preparação do corpus;
2. Reconhecimento das UCI;
3. Segmentação do texto;

4. Agrupamento das ocorrências das palavras em função das raízes;
5. Cálculo da frequência das formas reduzidas;
 - 5.1. Reformatação e divisão do texto em UCE;
 - 5.2. Pesquisa do vocabulário e redução das palavras em suas raízes;
 - 5.3. Criação do dicionário de formas reduzidas.

2ª Etapa - Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE:

1. Classificação das UCE em função dos seus respectivos vocabulários, e a repartição do conjunto em função da frequência das formas reduzidas;
2. Cruzamento, a partir das matrizes, das formas reduzidas em UCE;
3. Aplicação do método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD);
4. Classificação definitiva:
 - 4.1. Seleção das UCE e cálculo da matriz;
 - 4.2. Cálculo da matriz de dados para a CHD;
 - 4.3. Apresentação da CHD.

3ª Etapa - Descrição das classes das UCE:

1. Apresentação do Dendograma da CHD;
2. Execução dos cálculos complementares para cada classe (obtida pela etapa precedente);
3. Apresentação dos resultados com a descrição das classes;
4. Apresentação dos resultados através da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), a partir da CHD:
 - 4.1. Definição das classes escolhidas;

4.2. Descrição das classes;

4.3. Representação das relações entre as classes num plano fatorial - AFC.

4ª Etapa - Prolongamento da C:

1. Calcula e fornece as UCE mais característica de cada classe;

2. Fornece as CHA para cada classe;

3. Permite o estudo das relações dos elementos intraclasses:

3.1. Seleção das UCE mais característica de cada classe;

3.2. Pesquisa dos segmentos repetidos (duplas e segmentos);

3.3. Apresentação da CHA;

3.4. Seleção das palavras mais características das classes para apresentação de um *index* de contexto de ocorrência;

3.5. Exportação para outros programas de *subcorpus* de UCE por classe.

Pode-se concluir, dizendo que as operações mais importantes para a interpretação de um *corpus* através do *software Alceste*, são: A2 (menos importante), C1, C2, D1, D3.

Os critérios adotados para esta análise foram considerados dois: as palavras com frequência igual ou superior à média (≥ 8) e com (qui-quadrado) $\chi^2 \geq 3,84$ com grau de liberdade igual a (g.1)1.

CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO I

6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

6.1.1 Questionário biossociodemográfico

Quanto ao delineamento do questionário biossociodemográfico com relação ao **sexo** dos participantes, houve predomínio do feminino (55,8%); com **idade** variando de 18 a 82 anos ($M = 39,61$; $DP = 15,73$); o **estado civil**, na sua maioria, solteiros (50%); a respeito da **escolaridade** se destacou o ensino médio (50%); e quanto à **idade que iniciaram o uso tabágico** (69,7%) dos participantes responderam, majoritariamente, entre as idades de 10 a 20 anos.

6.1.2 Técnica de Associação Livre de Palavras

Nos dados descritos a seguir (Figura 4), encontram-se os resultados da Análise Fatorial de Correspondência (AFC) processado pelo *software Tri-deux-Mots*, advindos da Técnica de Associação Livre de Palavras.

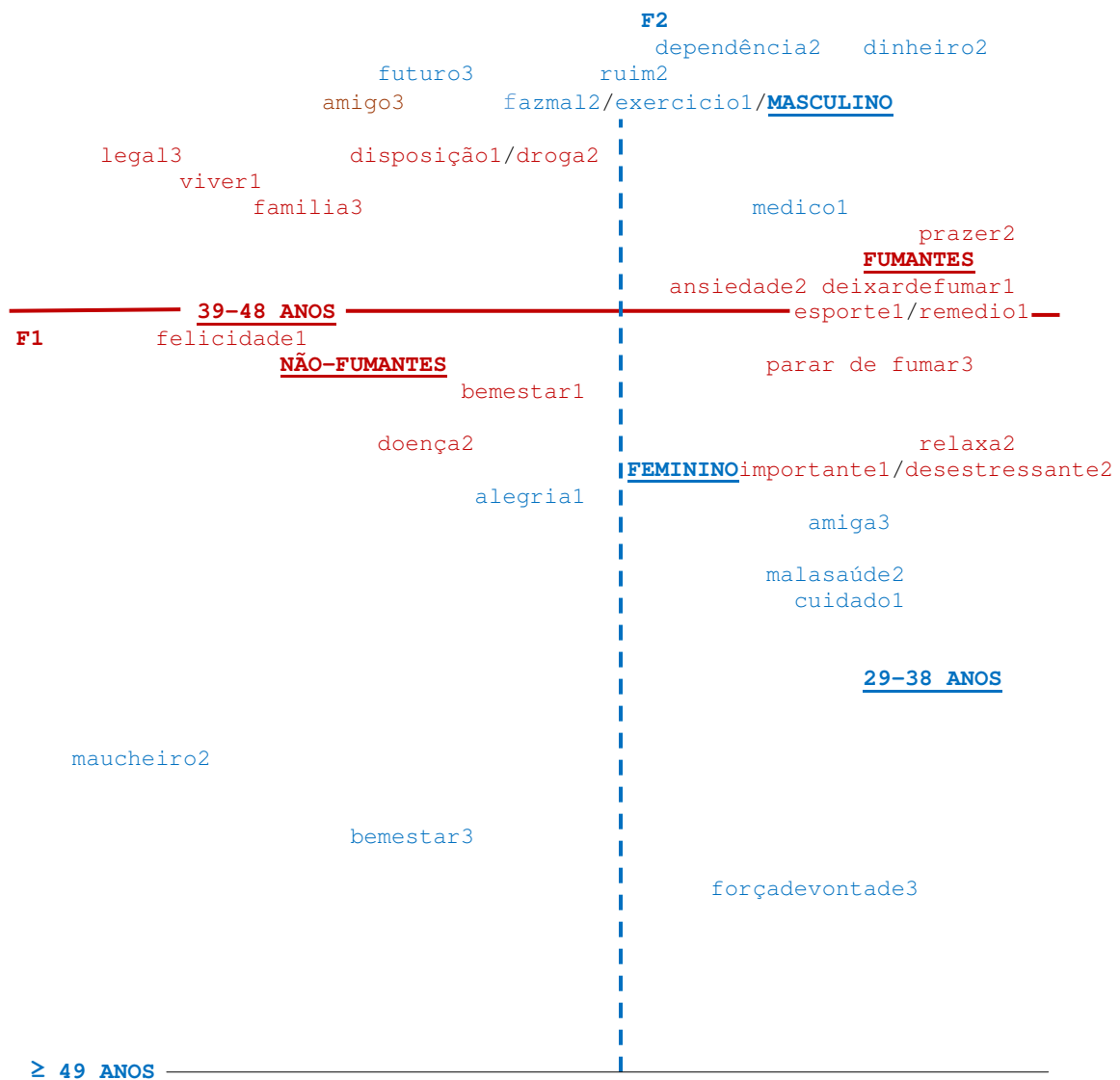


Figura 4: Plano fatorial de correspondência das representações sociais acerca do fumar, produzidos por sujeitos fumantes e não fumantes.

Os resultados advindos da técnica de *Associação Livre de Palavras*, representados na figura 4, referem-se aos estímulos indutores ‘saúde’ (E1), ‘fumar’ (E2) e ‘eu mesmo’ (E3). Estes dados ocupam um espaço fatorial, constituído de dois fatores, F1 e F2, decorrentes das respostas advindas dos referidos estímulos e que desvelam a presença de agrupamentos representacionais.

O primeiro fator, denominado F1, situa-se no eixo horizontal, em vermelho, representando o campo semântico à esquerda e à direita, com 49.1% da variância total das respostas. O segundo fator, denominado F2, localiza-se no eixo vertical, em azul, e está

descrito na parte superior e inferior do gráfico, cujo valor estatístico representa 21% perfazendo um total de 70%.

No F1, eixo horizontal à esquerda, encontram-se os campos semânticos elaborados pelos participantes *não fumantes*, e com idade situada no intervalo de 39 a 48 anos. Para o primeiro estímulo ‘saúde’ (E1), emergiram as palavras: viver (56), felicidade (48), bem-estar (44) e disposição (19). Para o segundo estímulo ‘fumar’ (E2), foram registradas as expressões doença (43) e droga (31). Em relação ao terceiro estímulo ‘eu mesmo’ (E3), constituíram-se os vocábulos legal (56), família (33) e amigo (19).

Neste eixo horizontal esquerdo, as objetivações do E1(felicidade, bem-estar, disposição) foram ancoradas nas dimensões *física* e *subjetiva*; do E2 (doença, droga) no campo *físico-químico*; e do E3(legal, família, amigo) as ancoragens foram relacionadas à dimensão subjetiva, *psicossocial* e *familiar*.

No F1, eixo horizontal à direita, contribuíram os participantes *fumantes*. Para o estímulo ‘saúde’ (E1), sobressaíram às expressões *deixar de fumar* (40), *importante* (34), *esporte* (29) e *remédio* (22). Com base no estímulo ‘fumar’ (E2), destacaram-se as palavras *prazer* (105), *relaxa* (52), *desestressante* (34) e *ansiedade* (21). Para o estímulo ‘eu mesmo’(E3), emergiu apenas a palavra *parar de fumar* (26).

No eixo horizontal direito, as objetivações sobre o E1 (deixar de fumar, importante, esporte, remédio) ancoram-se nas dimensões *subjetiva* e *física*; do E2 (prazer, relaxa, desestressante, ansiedade), ancoraram-se no campo *físico-químico* e *psicológico*; e do E3 (parar de fumar), no *subjetivo*.

O F2, eixo vertical no plano superior, foi gerado por participantes do *sexo masculino*. Em relação ao primeiro estímulo (E1), têm-se as palavras *médico* (70), *boa* (38) e *exercício* (36). Para o segundo estímulo (E2), as associações evocadas foram *dependência* (25), *dinheiro* (26)e *ruim* (24). No estímulo três (E3), emanaram os vocábulos *futuro*(28) e *legal*(8).

Neste eixo vertical superior, as objetivações do E1 (médico, boa, exercício), foram ancoradas na dimensão *subjetiva, física* e da *saúde pública*; o E2 (dinheiro, dependência, ruim), na *subjetiva, física, econômica* e *psicossocial*; e o E3(futuro, legal) ancorado no campo *subjetivo*.

O F2, eixo vertical no plano inferior, foi gerado por participantes do *sexo feminino* com idade entre 29 e 38 anos e $\geq$ a 49 anos. Em relação ao estímulo ‘saúde’ (E1), têm-se as palavras *cuidado* (45) e *alegria* (28). Para o estímulo ‘fumar’ (E2), as associações evocadas foram *mau cheiro* (98), *mal a saúde* (26) e *faz mal* (19). Para o estímulo ‘eu mesmo’ (E3), as associação semânticas foram *força de vontade* (170), *amiga* (21) e *bem-estar* (18).

Já no eixo vertical inferior, as objetivações do E1 (cuidado, alegria) ancoraram-se na dimensão *subjetiva*; o E2 (mau cheiro, mal a saúde, faz mal), na *físico-químico* e *psicossocial*; o E3 (força de vontade, amiga, bem-estar), no campo eminentemente *subjetivo*.

6.1.3 Entrevista semiestruturada

A seguir (Figura 5), apresenta-se a descrição dos resultados oriundos da técnica da entrevista semiestruturada processada pelo programa *Alceste*, que tomou por base um *corpus* composto de 120 unidades de contextos iniciais (UCI) (Figura 1). O mesmo foi dividido em 587 unidades de contextos elementares (UCE), cuja análise considerou 70% do seu total. Apreendeu-se deste *corpus* um total de 25.447 palavras e, após realização da redução dos vocábulos às suas raízes, obtiveram-se 2.870 palavras distintas, com uma média de nove palavras.

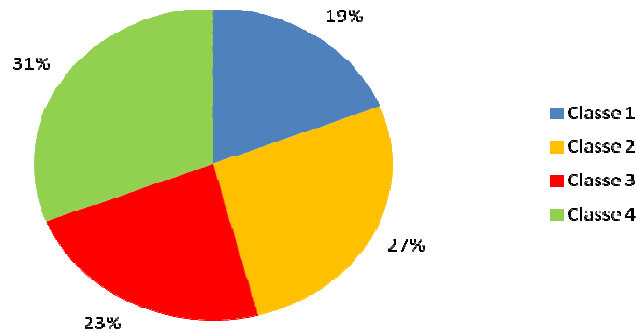


Figura 5: Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos participantes fumantes e não fumantes

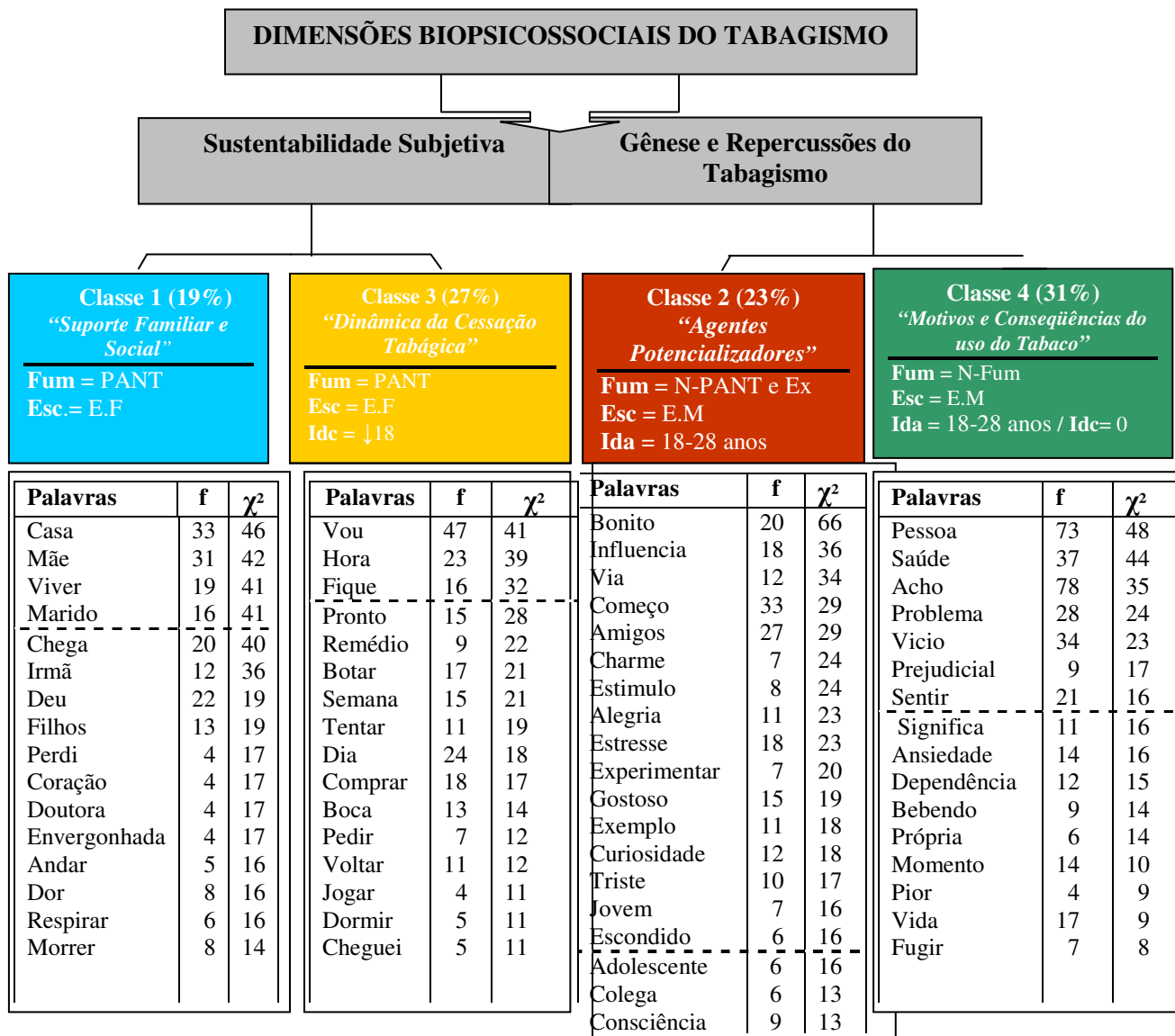


Figura 6: Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) decorrente das representações sociais sobre o fumar, elaborados por fumantes e não fumantes.

O *corpus* denominado “Dimensões Psicossociais do Tabagismo” (Figura 3), apresentou, a partir da análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em sua primeira partição, uma divisão composta de quatro classes distintas, agrupadas em dois *subcorpora*. O *subcorpora* localizado do lado esquerdo do Dendrograma foi denominado de “Sustentabilidade Subjetiva”, e o *subcorpora* do lado direito do Dendrograma denominou-se “Gênese e Repercussões do Tabagismo”. O *subcorpora* situado no lado esquerdo determinou as Classes 1 e 3; e o *subcorpora* do lado direito gerou as Classes 2 e 4.

A análise dos dados do *Alceste* gerou as representações sociais construídas por fumantes e não fumantes, distribuídas em quatro classes. A *Classe 1* representou 19% das UCE, e foi denominada *Suporte Familiar e Social*; a *Classe 2* apresentou 23% das UCE, sendo nomeada de *Agentes Potencializadores*; a *Classe 3*, com 27% das UCE, denominou-se *Dinâmica da Cessação Tabágica*; e a *Classe 4*, cujas UCE foram contabilizadas em 31%, cognominou-se *Motivos e consequências do uso do Tabaco*.

A *Classe* que mais reuniu UCE foi a 4, com 31%, e aquela que menos agrupou foi a *Classe 1*, com 19%, representada pelos participantes fumantes que integram o programa antitabagismo (PANT), com nível de escolaridade equiparado ao ensino fundamental. Nesta, detectaram-se as palavras *casa, mãe, marido, filho, chega, viver, irmã, deu, filhos, perdi, coração, doutora, envergonhada, andar, dor, respirar, morrer*, no intervalo entre um $\chi^2 = 46$ a $\chi^2 = 14$, e uma frequência expressiva no intervalo de $f=33$ a $f=8$.

A seguir encontram-se alguns exemplos oriundos das interlocuções dos participantes desta *Classe*: *Suporte Familiar e Social*.

- (i) “...Eu comecei a fumar aos dezesseis. Desde os doze eu não me desligava da minha *mãe*, ela ficava minha *filha* pega um cigarro pra mim. Ela mandando eu acender, aí aquilo estimulou minha curiosidade, eu já era curiosa porque via, achava bonito né, menina como é chique, minha *mãe* me mandava acender...”;

(ii)“...Eu tenho sete *filhos*, na época eu fumava umas quatro carteiras de cigarro e umas dez garrafas de café por dia. Eu não sabia o que era rir eu só vivia chorando, minhas *irmãs* já diziam que eu tinha cara de chorona. *Doutora*, às vezes eu acho que é vontade de fazer as coisas de me libertar de algo que Deus me corta. Eu não tenho motivo de *viver* aquela situação. Eu me separei do meu *marido* e fui viver com uma pessoa do mesmo sexo daí foi a perdição. Meu pai mandou que eu fosse pra *casa*. Perdi o contato porque eu tenho *vergonha* da situação em que eu *vivo*.”;

(iii)“...Em lugares públicos eu tenho *vergonha* de fumar, aonde eu sei que tem uma pessoa que não fuma”;

(iv)“...Meu *marido* não me maltratava, ele era o tipo de homem que não batia em mim, mas saía num dia e chegava no outro, a namorada dele ia buscar ele em casa”;

(v)“...Completamente excluída, porque eu fui me aborrecendo pelo tratamento, chego na casa do meu *irmão* pra um jantar no final de ano, e ele olha e diz quando tu quiser fumar tem um bequinho ali”;

(vi)“...Eu já passei um mês sem fumar, quando voltei fumei tanto que fiquei querendo puxar o fôlego sem conseguir e o *coração* começou a bater, bater. Minha *mãe* fez chá pra mim, sem conseguir *respirar*, e quando minha *mãe* fez o chá eu fiquei por ali, *andando* dentro de *casa* pra ver se eu conseguia *respirar* e deu uma *dor* de cabeça tudo pelo cigarro... Estou sentindo uma *dor* como se fosse aqui, no pulmão, uma dor aqui *doutora*, quando eu *respiro* sinto uma *dor* aqui, e tudo é o

cigarro eu tenho certeza que é o cigarro.”;

(vii)“...Fumar é você prejudicar a sua saúde, mas... eu não tenho medo de *morrer*, eu acho que é por isso, por isso talvez seja mais difícil eu deixar de fumar. Meu *irmão morreu* de um câncer de pulmão porque ele fumava muito, você já deve ter visto alguém *morrer* de câncer de pulmão, é uma tristeza”;

(viii)“...Eu acho que é por causa da depressão, já criei meus *filhos*, já tenho minha casa, já coloquei o piso, mas não sou feliz, fico me lembrando das coisas do passado”;

(ix)“...Minha *irmã* está sofrendo por conta do fumo do meu pai, ele tem problema de *coração*, já teve que fazer uma ponte safena”;

(x)“...Na espera, ansiedade né, esperando alguém *chegar*, esperando alguma coisa, tô em *casa*, termino todas as obrigações aí vou pensar o que fazer, onde vou vender, a quem vou vender, de quem vou receber, aí fico sem pressa, aí pego um cigarro, fumo dois, três, só para chegar a hora”.

A *Classe 3 – Dinâmica da Cessação Tabágica* – foi produzida também por fumantes que integram o PANT, com nível de escolaridade fundamental, destacando-se a idade que iniciaram o uso tabágico (abaixo dos 18 anos). Esta classe apresentou um intervalo entre $\chi^2 = 41$ a $\chi^2 = 11$, e uma frequência variando de $f=47$ a $f=5$ relacionados às palavras: *vou, hora, pronto, fique, remédio, botar, semana, tentar, dia, comprar, tomar,*

boca, pedir, voltar, jogar, dormir, cheguei, e diga.

Os seguintes segmentos textuais confirmam o modo de pensar dos participantes desta Classe: *Dinâmica da Cessação Tabágica*.

(i)“...*Vou tentar* não fumar sem tomar esse *remédio* e eu passei a sexta e o sábado, aí eu falei *pronto*, eu vou *ficar* sem cigarro, eu não *vou comprar*, aí *pronto*, eu consegui passar a semana todinha sem *botar* um cigarro na *boca*... na segunda... aí eu *volto* a fumar”;

(ii)“...O organismo da gente é atacado pela aquela nicotina, é muito difícil, eu *tento* deixar, mas não consigo, hoje eu disse eu não *vou* fumar, mas passa uma *hora* ou duas *horas* aí daqui a pouco eu não aguento mais, aí fumo um cigarro, mas se você fumar um cigarro aí *pronto*, às vezes *fico* de manhã até dez *horas* sem fumar, aí eu *vou* e fumo um cigarro, aí *pronto*...”;

(iii)“...Falaram que tinha até um *remédio* para me ajudar”;

(iv)“...Desde a *semana* passada que eu resolvi *tentar* dar um basta nesse cigarro;

(v)“...Não vai me matar não, aí *jogo* fora, aí penso, mas e só um minuto e *volto* e apanho e *vou*;

(vi)“...Eu fumo muito quando eu estou lavando roupa e fazendo qualquer serviço, é um cigarro atrás do outro... com o cigarro no canto da *boca*, eu faço tudo com o

cigarro na *boca*, eu canto, eu rio, eu converso... Eu estou *pedindo* a Deus que esse *médico* me dê a pastilha para eu deixar de fumar. Fiquei doente a semana passada, passei uns três dias sem fumar e depois *voltei* porque saí com os meus amigos”;

(vii)“...Já parei duas vezes nesse período, já parei cinco anos e outro período de cinco anos, não recordo o que me fez *voltar* a fumar... Atualmente eu fumo mais pela extrema necessidade de parar de fumar, e não consigo, aí eu fumo mais eu fico ansiosa e *compro* um ou dois cigarros novamente”;

(viii)“...Eu fumo mais quando estou nervoso, apavorado e fico assim quando o pessoal pede as coisas e eu *digo* para que isso, às vezes eu *digo* para minha mulher, eu vou deixar porque eu sei que você não quer me perder, nem ninguém quer me perder aqui eu *vou* deixar”.

A *Classe 2 – Agentes Potencializadores* – veiculada por participantes fumantes que não integram o PANT, e por ex-fumantes, apresentando nível de escolaridade correspondendo ao ensino médio, e idade que começaram a fumar, a maioria, antes dos 18 anos. Nesta classe, observam-se as palavras mais robustas num intervalo de $\chi^2 = 66$ a $\chi^2 = 13$, e numa frequência de $f = 20$ a $f = 6$, significativamente associadas a *bonito, influenciar, via, começar, amigos, charme, estímulo, alegria, estresse, experimentar, gostoso, exemplo, curiosidade, triste, jovem, escondido, adolescente, colega*.

Pode-se ilustrar com alguns trechos das falas dos participantes desta Classe: *Agentes Potencializadores*.

(i)“...*Adolescente* que quer provar tudo;

(ii)“Os *amigos*, mas também porque você acha *bonito* isso tem”;

(iii)“...*Estresse*, semana de prova, por exemplo...”;

(iv)“...Acho que se a pessoa tivesse oportunidade de escolher não deveria nem *experimental*, é uma coisa desnecessária”;

(v)“...Fumo mais quando tenho *estresse*, ou por vaidade de *charme*”;

(vi)“...Mas eu acho que o ver mesmo, de acompanhar e aí a *curiosidade*, eu acho”;

(vii)“...Uma *influência* muito forte para você *começar*”;

(viii)“...Comecei por curiosidade minhas *amiguinhas* e eu *via* os adultos fumando, achava *bonito*, e agente ficava *escondida experimental*. Muito interessante, eu acredito que é como se lá *escondido* tivesse algo associado à satisfação”;

(ix)“...Quando vê alguém fumar sejam *amigos*, principalmente na *adolescência*”;

(x)“...Atores de renome, todos eles com cigarro, os *jovens* da minha época associava a isso”;

(xi)“...Fumar é muito *gostoso*. Comecei quando via meus *amigos* fumando e queria saber como era. E mais quando estou estressada, *triste*...”;

(xii)“...Eu acho que foi mais por influência porque na *adolescência* agente imita muito as pessoas e foi mais pelos amigos”;

(xiii)“...Na verdade eu comecei a fumar por causa de uma brincadeira, uma *colega* minha fumava, aí ela foi e disse quer *experimental*”;

(xiv)“...O *jovem* hoje só fuma porque quer mesmo, porque tem todas as informações que a gente não tinha, muito pelo contrário, a gente tinha *estímulo* para fumar, o cinema, sobretudo os filmes... era *charme*, os artistas apareciam em *Hollywood*.”;

(xv)“...Fico *triste* com as pessoas que são muito viciadas no cigarro porque não têm um domínio, assim, aquela força de vontade para deixar... Era quando eu estava *triste* quando estava preocupada”;

A Classe 4 – *Motivos e Consequências do uso do Tabaco* – foi referida, predominantemente, por participantes não fumantes, com nível de escolaridade correspondendo a ensino médio, e idade entre 18 a 28 anos. As palavras fortemente evocadas e situadas no intervalo entre $\chi^2 = 48$ a $\chi^2 = 8$, e numa frequência de $f = 73$ a $f = 7$, foram: *pessoa, saúde, acho, problema, vício, prejudicar, sentir, significa, ansiedade, questão, dependência, bebendo, própria, momento, pior, vida, fugir*.

A seguir serão elencadas algumas unidades contextuais dos participantes desta Classe: *Motivos e Consequências do uso do Tabaco*.

(i)“...Existe sim, as *peessoas* que fumam geralmente quando estão *ansiosos*, com algum *problema*, mas no final sempre é um *vício*, porque se *vicia* e continua no *vício*”;

(ii)“...*Acho* que é *vício* que tem que ser combatido pela *pessoa* que fuma”;

(iii)“...É *prejudicial* à *saúde*, não faz bem à *saúde*”;

(iv)“...Uma *pessoa* fuma mais quando está bebendo, aperreada ou com *problema*. Para eles, um meio de *vida* porque acham gostoso”;

(v)“...Uma *pessoa* fuma mais em circunstância de *ansiedade*, *fuga* de algo”;

(vi) “...Fumar *significa prejudicar* a *própria saúde*, no sentido de exemplo, além de você tá se *prejudicando*, você tá *prejudicando* outras *peessoas*”;

(vii) “...Com o tempo você vai envelhecer precocemente, vai *sentir* aquilo que vai piorando, até sua atividade sexual vai diminuir”;

(viii)“...*Acho* que são vários fatores... uma *questão* de desemprego, uma *questão* de desequilíbrio emocional”;

(ix)“...Acho assim, remete à *questão* de não estar bem com a vida, se *sentir* mal com uma coisa, ou então só por *questões* supérfluas de querer tá se exibindo”.

(x)“...Eu já percebi que essas *pessoas* passam a fumar mais quando estão num *momento* de nervosismo, desesperada... alguma *ansiedade*”;

(xi)“...É *fuga*, e *dependência*”;

(xii)“...A falta de alguma coisa, de se *sentir* mal com alguma coisa.”

As Classes 2 e 4 agrupam o mundo lexical dos ex-fumantes, dos não partícipes do PANT, assim como os não fumantes de faixa etária jovem (entre 18 e 28 anos).

6.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste item serão discutidos os resultados do estudo obtidos através da aplicação dos instrumentos utilizados. Inicialmente, os dados do questionário biossociodemográfico, em seguida aqueles concernentes ao questionário de Tolerância de *Fagerström*, depois os resultados do *Tri-deux-Mots* e, por fim, do *Alceste*.

6.2.1 Questionário biossociodemográfico

Um dos objetivos específicos refere-se ao perfil biossociodemográfico dos participantes estudados. Em relação à variável *sexo* houve o predomínio do *feminino* quanto ao uso tabágico. Este resultado corrobora os estudos desenvolvidos pelo Centro de

Referência de Álcool e outras Drogas - CRATOD (2006) - em sua pesquisa com usuários do Programa de tratamento do tabagismo e pelos estudos desenvolvidos por Fraga et al. (2005) com estudantes adolescentes portugueses, onde se verificou que os adolescentes do sexo feminino eram mais fumantes regulares do que os adolescentes do sexo masculino. Outro estudo de Fraga (2006), investigando a diferença no consumo do cigarro entre a zona rural e a urbana, mostrou que, na área urbana, as cifras foram superiores, com um aumento em favor das mulheres.

E ainda, ratificados pela pesquisa realizada pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL (2012) e pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA (2011), que o fumo era um hábito mais comum entre homens do que entre mulheres, mas que o uso do tabaco por elas está aumentando e começando cada vez mais cedo.

De acordo com a história, o ingresso da mulher no tabagismo aconteceu depois do homem, porém constatou-se um incremento na prevalência somente a partir do século XX. A inserção da mulher na sociedade nas últimas décadas, sem dúvida, tem sido uma conquista e trazido avanços, tornando-a atuante em seu papel na sociedade, contudo, alguns custos são resultantes desse avanço, um deles refere-se ao uso tabágico como símbolo de emancipação social feminina. Deste modo, atualmente, o tabagismo feminino torna-se alvo de preocupação para a saúde pública (OMS/INCA, 2012).

Estes informes também vêm ser confirmados pelo Banco Mundial (2004) e pela OMS (2011) ao investigarem as tendências do consumo de tabaco no mundo, ao estimar a cifra de 200 milhões de mulheres fumantes para 1 bilhão de pessoas que fumam no mundo e, uma mortalidade anual de 1,5 de mulheres para mais de 5 milhões. A previsão é de 8 milhões de pessoas até 2030, dos quais 2,5 milhões serão mulheres.

O Banco Mundial (2004) confirma os dados encontrados pelo presente estudo quando ressalta que em muitos países industrializados o tabagismo vem sofrendo uma

redução lenta, mas constante, especialmente entre os homens. No entanto, estão aumentando em alguns países de baixa e média renda, principalmente entre jovens e mulheres.

Quanto à variável *escolaridade*, houve uma proeminência do *ensino médio*. Pesquisas do Banco Mundial (1999) e do INCA (2011) confirmam este achado, destacando que o nível educacional e o consumo de tabaco apresentam uma forte relação. A análise oferecida por esta instituição calcula que o hábito de fumar foi responsável por cerca de 2/3 do excesso de risco no grupo de pessoas que tinham recebido somente educação primária. A tendência a fumar, portanto, encontra-se, de modo geral, em pessoas com pouca educação formal, mais do que àquelas com nível educacional superiores.

Dados do Banco Mundial (2004) confirmam que tanto na Índia, em Chennai, quanto na China, África do Sul, Vietnã, em algumas nações centro-americanas e, até mesmo, no Brasil, estudos comprovam que o nível educacional constitui um determinante muito forte no hábito de fumar. Iglesias et al., (2007) confirmam estes achados quando asseguram que o tabagismo mostra uma maior concentração nos grupos populacionais não educados, ademais que também podem ser os mais pobres. A prevalência é de 1,5 a 2 vezes maior entre os que têm pouca ou nenhuma escolaridade, com aqueles que mais possuem.

Para a *idade do início* do uso tabágico, os percentuais deste estudo apontaram a idade média de 10 a 20 anos. O Banco Mundial (1999/2004) afirma que o hábito de fumar começa precocemente, sobretudo nos países de poder aquisitivo elevado. A proporção é de que, em cada dez fumantes, oito iniciam antes dos 25 anos e, muitas vezes, na infância ou adolescência; nos países de média e baixa renda este início acontece em torno dos vinte anos. Parra et al. (2003) corroboram este estudo em sua pesquisa realizada com estudantes de uma universidade em Bogotá, ao verificar que a idade de consumir o tabaco começa por volta dos 16 anos, como também o ESFA, quando avaliou este hábito em uma amostra de

cerca de 23 mil adolescentes de ambos os sexos, em sete cidades de países da Europa: Dinamarca, Finlândia, Holanda, Espanha, apontando que em Portugal e Reino Unido a média de idade dos adolescentes fumantes regulares era de 13,5 anos. Dados similares encontraram o Centro de Referência de Álcool e outras Drogas (2006), seja a idade 12 a 14 anos.

Salgado (2010) também encontrou, em seu estudo sobre cessação, no Centro Hospitalar da Cova da Beira, em Covilhã, Portugal, uma média de idade do início do hábito de 17,1 anos. Dado este confirmado na pesquisa de Moraes (2012) acerca do tabagismo e o impacto na voz de funcionários, alunos e docentes do *campus* da Universidade de São Paulo (USP), em Bauru, com uma idade média de 17 para o início do hábito tabágico.

A relação entre tabagismo e adolescência é muito forte como apontam Malcon e Menezes (2002) pela peculiaridade da fase: o novo chama a atenção, etapa de contestação, da identificação grupal, do acesso fácil à droga, assim como a rápida instalação da dependência nicotínica. Parra et al. (2003) associam esse hábito ao mau rendimento escolar. Ademais, é a escola o lugar onde, normalmente, mais se fuma (Fraga et al., 2006).

O estudo de Parra et al. (2003), ao pesquisar o consumo do cigarro entre os estudantes, encontrou que o seu incremento está associado a circunstâncias psicológicas - tristeza, ansiedade, estresse, depressão, problemas pessoais, familiares, entre outros, acadêmicas - apresentação de trabalhos, exames finais, excesso de leitura, trabalhos escritos, e o decréscimo durante as férias e viagens. Estas informações apontam que os estudantes fumam mais na época do estudo do que nas férias e em suas casas.

6.2.2 Técnica de Associação Livre de Palavras

Os campos semânticos que emergiram dos participantes *não fumantes* de 39 a 48 anos de idade (eixo horizontal esquerdo) e dos *fumantes* (eixo horizontal direito); e dos participantes do *sexo masculino* (eixo vertical superior) e dos participantes do *sexo feminino* com idade entre 29 a 38 anos e ≥ 49 anos (eixo vertical inferior), encontram-se representações sociais por vezes em posições complementares ou coincidentes, por vezes, opostas ou díspares, em relação aos estímulos indutores ‘saúde’(E1), ‘fumar’(E2) e ‘eu mesmo’ (E3).

O primeiro grupo (não fumantes/39-48 anos) representa a ‘saúde’ relacionando-a, sobretudo, à vida, ser feliz, estar bem e ter disposição. Esses achados são semelhantes aos princípios preconizados pela OMS (1947), na década de 40, como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas numa ausência de doença, embora este se encontre hoje ultrapassado, uma vez que a saúde não significa unicamente ausência de doença, mas um sentimento de bem-estar geral, mesmo diante de situações adversas da vida, no dizer de Segree Ferraz (1997). Para Ramos (2004), a saúde do indivíduo depende de vários fatores, como o seu estado psicológico, a sua autonomia, bem como suas representações, crenças, e estabelecimento de suas relações sociais, ideia compartilhada por Coutinho, Franken e Ramos (2007) e Rodrigues (2010) ao afirmarem que o homem busca o equilíbrio vital com o fito de atingir uma melhor condição de sobrevivência.

Respalhada em Rodrigues (2010), vê-se que as civilizações egípcia, grega e romana preocupavam-se, mesmo parcamente, com a saúde, procurando oferecer aos seus cidadãos o bem-estar necessário nos diversos âmbitos da sociedade, em nível físico, cultural e social. Aspecto também destacado na Grécia Antiga, quando o bem-estar humano estava ligado ao sentimento de pertença à vida pública, representando algo positivo e gerador de

prazer para as pessoas. Nesta mesma linha ideacional, destaca-se o pensamento de Freud (1930), ao dizer que o ser humano persegue, incessantemente, o caminho que lhe convier na busca da felicidade.

Entretanto, o segundo grupo (fumantes) associa ‘saúde’ à cessação tabágica, representando-a como um fator importante para as pessoas e deve estar atrelada à prática esportiva e ao uso de medicação. Os estudos desenvolvidos por Salgado (2010), ao pesquisar fumantes que procuravam a cessação tabágica, no Centro Hospitalar da Cova da Beira, em Covilhã, Portugal, encontrou que a procura para deixar de fumar foi maior no sexo feminino. Trigo (2007), ao pesquisar a associação entre o hábito tabágico, o perfil emocional e o perfil tabágico, em uma amostra da população portuguesa, na cidade de Lisboa, tomando como base o hábito tabágico, verificou vários fatores, dentre eles uma percepção de risco e tentativas para deixar de fumar.

A luta e o reconhecimento por parte dos especialistas e estudiosos do assunto, no tocante à dependência do tabaco e à sua cronicidade, é destacada por Cavalcante (2005), Reichert et al. (2008) e WHO (2013). Estes estudiosos notificam a essencialidade não só de intervenções, de modo isolado ou em grupo para a interrupção tabágica, mas que sejam, também, feitas de forma contínua. Ressaltam ainda, que sejam incorporadas ao tratamento farmacológico.

O Conselho de Prevenção do Tabagismo, juntamente com o projeto *European Smoking Prevention Framework Approach* (ESFA), atuou na Dinamarca, Finlândia, Holanda, Reino Unido, Espanha e Portugal, desenvolvendo estratégias como a prática de atividades no âmbito escolar, visando desestimular o consumo de tabaco entre a população juvenil. Em Portugal, o “Departamento de Educação para a Saúde da Liga Portuguesa Contra o Cancro”, através do Núcleo Regional do Norte, desenvolve um programa preventivo denominado “Clube Caça-Cigarros”, sobretudo voltado para a faixa etária de oito a 15 anos.

Já o ‘fumar’, para os *dois grupos*, é considerado uma dependência de ordem físico-química, porém, o grupo dos *fumantes*, embora o represente também como uma dependência, o associa ao prazer, ao relaxamento, à redução do estresse e da ansiedade, elementos estes devidamente acordados por diversos estudiosos. Cavalcante (2001) destaca uma representação negativa, associando o fumar à doença, cujo início se dá na adolescência e, com o passar do tempo, evolui para uma dependência, culminando em adoecimento e óbito. O estresse, a insegurança, o sofrimento psíquico, são determinantes psicossociais que potencializam a iniciação e manutenção do vício.

Esse hábito envolve mecanismos e fatores complexos, sendo que um deles trata da dependência ou adicção física. Estudos desenvolvidos pelo INCA (2012), Carmo et al. (2005), Cinciripini et al. (2011), Meirelles (2009), Rosemberg (2002) e Trigo (2007) respaldam esta representação. Essa dependência/adicção física refere-se à necessidade fisiológica de nicotina, ou a um estado de adaptação corporal a droga, que leva a distúrbios físicos. A nicotina, por ser uma droga psicoativa estimulante, tem um mecanismo de dependência similar ao da cocaína e ao da heroína que, para ser absorvida, se faz necessário estar em meio alcalino. Além disso, em razão do *pH* do cigarro ser ácido, leva o fumante a tragá-lo profundamente, até que a fumaça chegue aos bronquíolos terminais e aos alvéolos, onde se alcaliniza e é absorvida. A nicotina, ao atingir o cérebro, propagando-se pelo tálamo, hipotálamo, hipocampo, núcleo acumbens, tronco cerebral, até o córtex, age no sistema mesolímbico-dopamínico. Se usada continuamente produz alterações estruturais no Sistema Nervoso Central (SNC), consequentemente na sua fisiologia.

Por outro lado, Meirelles (2009) informa que o hábito de fumar não vem para atender exclusivamente uma demanda física, ou uma reposição da nicotina, mas para ajudar o fumante no enfrentamento das atribulações da vida em moldes menos sofrido. Estudiosos como Cinciripini et al. (2011) e Rosemberg (2002) preconizam, a partir de suas

discussões, que o hábito de fumar envolve alguns fatores, dentre eles a dependência de natureza psicológica, ou adicção psíquica, cujo mecanismo básico relaciona-se à necessidade de acender um cigarro com a intenção de conseguir uma sensação de bem-estar, diminuir a ansiedade, a angústia, o medo, a solidão, e até mesmo experimentar sentimentos de euforia, ou a falsa impressão de incrementar a capacidade mental e física; outros fatores, como reuniões de trabalho, encontros com amigos, também podem patrocinar a dependência do tabaco. Leite (2001), ao debater estas questões, chama a atenção para o domínio biológico quando procura explicar a conduta humana, no que diz respeito ao uso das substâncias, unicamente pela via fisiológica. Nesta perspectiva, deixa de abordar uma dimensão importante do ser humano: a subjetividade e, assim, nega a singularidade de cada pessoa, já que há uma variabilidade de pessoa para pessoa ao se fazer uso de qualquer substância (Meirelles, 2009).

Neste contexto teórico, Freud (1930), em seu texto “O mal-estar da cultura”, dá um destaque para o mal-estar presente em toda e qualquer cultura, independente de período ou conjuntura especial, em face da estruturado fenômeno ser o mesmo em qualquer lugar ou situação. Borges e Simões-Barbosa (2008) dissertam que, em situações de desânimo, o fumante apela ao cigarro, pensando encontrar uma solução mágica, ou um companheiro para sua solidão, uma espécie de ‘muleta’ imaginária (Freud, 1930). Entretanto, essa “muleta” cumpre uma dupla função: ao mesmo tempo em que dá prazer, aprisiona. Naparstek (2005) acerca da dinâmica diz: *“primeiro te regalam, depois te vendem”*.

No tocante ao ‘eu mesmo’, o grupo dos *não fumantes* (39-48anos) elege representações positivas de si próprios, além de apontar o apoio familiar e as relações de amizade como elementos fundamentais. A literatura comprova, a partir dos estudos desenvolvidos por Bucher (2008) e Osório (1996), que o contexto familiar representa uma unidade básica de interação social, cujas funções seriam de natureza biológica, social e psicológica. Bronfenbrenner (1994) apoia este conceito e posiciona-se considerando a

família como um microsistema imediato com que a pessoa se relaciona, e nela deve estar a fonte primária de apoio socioafetivo. Outros autores, como Badinter (1985) e Maldonado (2002), entendem que os aspectos relacionais de identificação, aceitação, pertencimento e tolerância acontecem no núcleo familiar. Por isto, na concepção desses participantes, estas representações familiares são tão importantes no apoio à pessoa fumante.

Propostas pensadas por Fraga et al. (2006) e Malcone Menezes (2002), no sentido de transformar a escola num ambiente sem a poluição do cigarro, os levaram a defender a ideia de realizar projetos de educação no meio escolar. Todavia, buscando apoio não somente na escola como também no meio familiar, mas, igualmente, capacitar os professores para um relacionamento humano e positivo não exclusivamente do ponto de vista pedagógico. Sendo assim, fortaleceria os laços entre alunos, professores e escola.

Pesquisa importante, nesta linha de discussão, foi realizada pelo “Centro de Referência de Álcool e outras Drogas” (CRATOD) com usuários tabagistas que participavam de um Programa antitabagismo. Dentre as variáveis analisadas, 67,31% dos usuários tinham fumantes na família. O importante a se destacar neste resultado vai numa direção de negatividade, porém afirma e reforça a ideia da importância do apoio familiar junto ao fumante e, se este não recebe, compromete a sua cessação tabágica.

Parra (2003), em um estudo feito em uma comunidade universitária Javeriana, em Bogotá, com vários objetivos a serem investigados, um deles referiu-se às atitudes frente ao fumar. Entre os resultados, um dos itens enfatizados referiu-se ao fortalecimento do apoio familiar.

Com relação aos *fumantes*, a representação social do ‘eu mesmo’ foi associada à necessidade de abandonar o vício tabágico, representando assim a grande meta a ser alcançada por eles. Este dado vem ser compartilhado pelas pesquisas de Cavalcante (2005), Fraga et al. (2005), Reichert et al. (2008), Salgado (2010), Trigo (2007) acerca da interrupção do uso do tabaco. Eles afirmam que as pessoas devem ser cada vez mais

encorajadas a abandoná-lo. Parra et al. (2003), ao avaliar as atitudes frente ao consumo do tabagismo numa população de uma Universidade, em Bogotá, destacaram que uma das atitudes indicadas é a de procurar adiar a decisão de fumar.

Neste contexto, programas efetivos de cessação tabágica deverão ser implantados por todos os países, por lembrar a advertência da WHO (2013), quando alerta que cem milhões de pessoas morrerão pelo uso do tabaco, nos próximos vinte anos, se nenhuma medida for tomada no sentido de deter esta epidemia.

Por outro lado, o grupo de participantes do *sexo masculino* representa a ‘saúde’ como algo importante e que está relacionada à assistência médica, gozar de boa saúde e praticar exercício. Tais recomendações são feitas pela WHO (2013), e ressaltadas por Coutinho, Franken e Ramos (2007) quando relacionam a saúde humana a satisfação das necessidades elementares, como a alimentação, água, habitação, trabalho, educação e lazer. O homem está buscando sempre o equilíbrio vital para alcançar melhores condições de sobrevivência.

Já os participantes do *sexo feminino* (29-38 anos/ ≥ 49 anos) representam ‘saúde’, vinculando-a ao cuidado que se deve ter e ao cultivo de sentimentos alegres. Estes dados coadunam-se com os escritos da WHO (2013) e de outros estudiosos como Coutinho, Franken e Ramos (2007), Ramos (2004) e Rodrigues (2010).

O ‘fumar’ para o primeiro grupo (sexo masculino) é percebido como um gasto econômico, uma dependência e algo ruim. As pesquisas de cunho epidemiológico realizadas pelo INCA (2011) e estudos empreendidos por Fraga et al. (2005) e Shibuya et al. (2003) mostram que o consumo do tabaco e suas propriedades aditivas afetam a saúde humana, causando o adoecimento e a morte das pessoas, tanto os fumantes quanto os não fumantes. Ademais, causam prejuízo na economia do país, e no seu meio ambiente. O Banco Mundial (2004) destacou que o tabagismo leva, anualmente, a uma perda global de US\$ 200 bilhões em decorrência de mortes prematuras, incapacitação, aposentadoria

precoce, redução na produtividade e absenteísmo. Iglesias et al. (2007) corroboram estes achados, ao afirmarem que o tabagismo concentra-se mais na população mais carente do ponto de vista educacional e econômico.

Outro estudo bastante esclarecedor e que vem apoiar estes achados foi o realizado pela Agência para Proteção do Meio Ambiente (EPA) ao pesquisar os resultados da fumaça produzida pelo cigarro em repouso e àquela expelida depois de tragada. Concluiu que a fumaça do cigarro no ambiente é um carcinógeno do Grupo A, o mais perigoso deles (EPA, 1994).

Quanto à dependência, foi mais uma vez evocada neste grupo, dado este já trabalhado no grupo de fumantes e não fumantes.

O segundo grupo (sexo feminino/29-38 anos/ $\geq$ 49 anos) representa o ‘fumar’ como algo de odor desagradável, que faz mal à saúde. O trabalho de Cavalcante (2001) aponta bem para esta direção. Na sua pesquisa, a percepção do fumante traz representações bem negativas, como o egoísmo, estupidez, associando o fumante a um dependente de droga, portanto, uma imagem de uma *persona non grata*, de rejeição ostensiva ao fumante, embora seja uma droga aceita socialmente. Neste estudo, o fumante também foi visto como causador de morte.

Este grupo, igualmente ao masculino, associa o fumar ao prejuízo para a saúde das pessoas de todas as idades, segundo os amplos estudos realizados por Rosemberg (2003).

No tocante ao ‘eu mesmo’, os participantes do *sexo masculino* teceram representações com perspectivas para o futuro e se consideraram pessoas legais; já as representações dos participantes do *sexo feminino* foram pessoas com força de vontade, amigas e que querem estar bem. Portanto, estes grupos tiveram avaliações de si próprios positivas, dado este corroborado pelos estudiosos Segre e Ferraz (1997), quando defendem a importância do bem-estar dos indivíduos, ideia compartilhada por Coutinho, Franken e

Ramos (2007) e Rodrigues (2010), ao afirmarem que a grande busca humana é sempre em direção ao equilíbrio vital para alcançar melhores condições de vida.

6.2.3 Entrevista semiestruturada

No que diz respeito ao mundo lexical decorrente do processamento do *corpus* gerado pelo *Alceste*, as interlocuções acerca do tabagismo permitiu o aparecimento de uma estrutura composta por quatro classes, as quais se encontram agrupadas por dois campos temáticos, respectivamente, *Sustentabilidade Subjetiva* e *Gênese e Repercussões do Tabagismo*. No primeiro campo temático, as *Classes* geradas foram: (1) *Suporte Familiar e Social* e (3) *Dinâmica da Cessação Tabágica*. Já o segundo campo as *Classes* predominantes foram: (2) *Agentes Potencializadores* e (4) *Motivos e Consequências do uso do Tabaco*.

As *Classes* 1 e 3, integrantes do espaço de *Sustentabilidade Subjetiva*, reúnem componentes relacionados a um campo ocupado pela emergência do sujeito psíquico e sua relação com o coletivo (Jodelet, 2001), ou seja, a relação do sujeito com ele próprio, o diálogo, naturalmente exaustivo, por conta da raiz ambivalente que o caracteriza, uma verdadeira batalha consigo próprio na relação com o objeto de consumo: o tabaco. Ademais, as relações com o grupo de pertença, ressaltado pelos participantes em suas interlocuções como sendo os seus pares familiares.

A *Classe* 1, *Suporte Familiar e Social*, elaboradas por fumantes do PANT, com ensino fundamental, foram objetivadas pelos elementos *casa – chegar – mãe – marido – filhos – viver*, e ancorada no ambiente familiar, cuja presença marca a importância deste na vida do fumante, possibilitando garantir sua sobrevivência e o amparo necessário à sua existência.

A literatura preconiza a importância do contexto familiar, dos amigos, e das instituições no que diz respeito ao apoio ao indivíduo (Minuchin, 1990). A família tem sido considerada o berço da relação estrutural, relacional e social de seus próprios membros (Bucher, 2008). Bronfenbrenner (1994), ao estudar a família amplamente, a considera o microssistema mais imediato com que a pessoa estabelece relações estruturais, sociais, face a face, e nela deve estar a fonte primária de apoio socioafetivo. Outros teóricos como Badinter (1985) e Maldonato (2002) ressaltam que, no núcleo familiar, registram-se as primeiras vivências relacionais: aspectos de identificação, individuação, aceitação, pertencimento, tolerância e frustração, tão relevantes para formação da personalidade e, deste modo, o processo de construção da subjetividade, tão indispensável na integração das relações afetivas humanas.

Werlang (2000) destaca que o indivíduo se constitui a partir das interações com o seu grupo familiar, tão necessárias e estruturantes ao humano, uma vez que este é o primeiro responsável pela manutenção da vida orgânica, e pela formação do sujeito do ponto de vista psíquico. Neste sentido, os problemas, mesmo trazidos individualmente, não deverão ser desvinculados do seu ambiente familiar.

Portanto, é no contexto e na inserção familiar, que deve se encontrar o sustentáculo, o apoio e a possibilidade de trocas afetivas, sobretudo em momentos de doença, em períodos de estresse, de conflitos pessoais e/ou relacionais que se demanda uma maior presença afetiva dos membros do núcleo familiar.

Ainda gerados por esta *Classe*, aparecem objetivações, como *ligar – telefone – doutora – perdi*, assim como *coração – envergonhada – dor – respirar*, ancorados na alteridade, no laço social. Estes dados autorizam o registro da importância do grupo de pertença, neste grupo de participantes. Jodelet (2001) respalda estes achados, ao dizer que as representações sociais, sob a perspectiva cognitiva, abarcam a pertença social dos indivíduos, e que estas se encontram assinaladas por uma presença efetiva de fatores não

só normativos, mas de dimensões afetivas, destacando assim, uma composição de natureza cognitivo-afetiva. Sendo assim, as representações sociais carecem de uma apreensão mais ampla e profunda, de serem buscadas em seus contextos inclusivos e interacionais do cotidiano do sujeito.

A *Classe 3, Dinâmica da Cessação Tabágica*, formada também por participantes fumantes do PANT, e com ensino fundamental, gerou elementos fundamentais que denunciam a tensão vivida pelo fumante, a luta interna por ele sofrida na direção da cessação ou interrupção tabágica.

O processo de ambivalência estabelecido com o tabaco, aqui compreendido numa relação de oposição entre duas objetivações primordiais: *tomar* (ingerir) e *deter* (cessar). Estas oposições estão amparadas por elementos discursivos objetivados pelas palavras *vou – tentar – dormir – hora – dia – semana – tomar – remédio – cheguei*, ou seja, por um lado, ir à direção da cessação, e, por outro, vocábulos objetivados - *voltar – pedir – botar – boca*, reveladores do envolvimento com a aquisição tabágica.

Neste contexto, compreende-se que os participantes dessa *Classe* ancoram o tabagismo na esfera da ambivalência humana. E assim, o pensamento freudiano pode ser trazido à baila, no tocante ao conceito de ambivalência. Freud (1915), em seu texto “A pulsão e seus destinos”, nomeia a antítese amar-odiar como a única expressão da transformação de uma pulsão em seu contrário, cuja antítese não raro aparece junta, orientada para um mesmo objeto, o que determina a ambivalência afetiva. Ao discuti-la, descreve-a como sendo da ordem do próprio sujeito, ou seja, natural, peculiar da vida humana, produto da dinâmica pulsional entre Eros e Tânatos, em cuja tensão habita as possibilidades de vida. Nesta perspectiva, buscou-se o conceito de ambivalência no campo teórico da psicanálise, ao defini-la como “uma presença simultânea, na relação com o mesmo objeto, de tendências, de atitudes e de sentimentos opostos, fundamentalmente o amor e o ódio” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.17).

A temática da ambiguidade é discutida também por Santos (s/d), em uma das obras da artista paraense Dina Maria César de Oliveira, intitulada *O Pássaro*, por melhor caracterizar esta temática. A autora trata da ambivalência formal, situando-a no campo da complexidade de sentimentos ou de flutuações de atitudes, afirmando e negando, simultânea e indissociavelmente, com bastante evidência no seu trabalho: conjunção de amor e ódio conduzidos para o mesmo objeto. Esse tipo de ambivalência perpassa toda a referida obra com bastante evidência: complexidade de sentimentos, flutuações de atitudes; afirmação e negação; construção e desconstrução; objetividade e subjetividade; ordem e caos. Todos estes aspectos num movimento simultâneo e indissociável. Fundamentalmente, amor e ódio são conduzidos para um mesmo objeto.

O significado de ambivalência, na pintura dessa artista pode ser considerado como uma presença de sentidos dualistas, de tendências, atitudes e sentimentos opostos. Este estudo mostra, portanto, a multiplicidade de possibilidades e de linguagens humanas, entretanto, sempre presente na circunscrição do ambíguo (Santos, s/d). O pensar sobre o significado da ambivalência na arte, expressão humana por excelência, posiciona muito bem as interlocuções desse grupo de participantes na sua relação com o hábito de fumar: presença simultânea de sentimentos opostos, dualistas, amor e ódio, construir e desconstruir.

As *Classes* 2 e 4 estão organizadas em um espaço denominado *Gênese e Repercussões do Tabagismo*, pelo predomínio de elementos representacionais que se reportam às causas subjacentes ao hábito de fumar, e aos seus desdobramentos.

A *Classe 2, Agentes potencializadores*, trouxe contribuições dos fumantes que não integram o PANT e dos ex-fumantes, escolaridade referente ao ensino médio e idade entre 18 a 28 anos, a partir das objetivações *bonito – influência – via – começo – amigos – charme – estímulo – alegria – estresse – experimentar – gostoso – exemplo – curiosidade – triste – jovem – escondido – adolescente – colega*. A análise desta *Classe* revela que os

principais componentes envolvidos na aquisição e no uso do tabaco, encontram-se ancorados nas esferas biológica, psicossocial e subjetiva.

Na esfera relativa ao *biológico* (estímulo – alegria – gostoso – triste), destaca-se o tabagismo como uma doença resultante da dependência à nicotina. Este resultado apoia-se em estudo desenvolvidos pela OMS (2008), na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), cujo tabagismo encontra-se incluído no grupo de “transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas”. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) também reconhece, em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV), os termos “dependência da nicotina” e “abstinência da nicotina”.

As pesquisas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 1997/2012) e de Rosenberg (2003) respaldam as interlocuções emergidas nesta Classe, ao afirmarem que as questões físico-químicas, ocorridas neste tipo de dependência, apontam para a ordem da satisfação, provocadas pelos efeitos da nicotina em vários tipos de neurônios, que atuam sobre a liberação de dopamina, noradrenalina e serotonina, neurotransmissores responsáveis pela moderação do humor (alegria).

Conforme estudo de Cinciripin et al. (2011) e Rosenberg (2003), o cigarro, independente da sua marca, contém de 6 a 11mg de nicotina, o suficiente para provocar e sustentar uma dependência nicotínica. Essa dependência decorre dos seus aspectos físico-químicos, produzida pela rápida absorção via mucosa oral e nasal, logo distribuída na corrente sanguínea, ativando os receptores colinérgicos nicotínicos. Esta ativação leva à alteração do eletroencefalograma espontâneo, do metabolismo da glicose cerebral local, da modulação dos hormônios adrenais e pituitária, da tensão do músculo esquelético, e ainda aumenta o ritmo cardíaco. Evidências sugerem que a nicotina também pode aumentar a vigilância, memória e desempenho de tarefas, independente do alívio de abstinência, bem

como a estimulação neuronal, no hipotálamo, pode ajudar na compreensão da relação entre tabagismo e humor deprimido.

As ações psicoativas, viabilizadas através da liberação da dopamina e da síntese no sistema mesolímbico, produzem prazer e satisfação, o que conduz a repetidas ingestões de nicotina. Desse modo, uma tendência à repetição do comportamento tabágico (INCA, 2009).

Na esfera *psicossocial* (bonito – via – começo – amigos – charme – estresse – experimentar – exemplo – curiosidade – jovem – escondido – colega), sem dúvida, aparecem representações bastante fortes, emblemáticas da influência grupal, do real sentimento de pertença. Esta esfera sustenta-se nos escritos de Moscovici (1997/2012), ao posicionar-se, assegurando que uma representação social só existe se houver uma comunicação social. Nesta perspectiva, destaca-se a potência da comunicação, mola propulsora para a formação das representações sociais. Jodelet (2001) confirma esta informação, afirmando que as representações sociais surgem e circulam nos discursos, por meio das palavras, e são transportadas através das mensagens e imagens midiáticas e cristalizadas em condutas.

Este grupo de participantes, identificados com seu grupo de pertença, ao se comunicar, processou representações sociais da ordem do saber prático, do senso comum. Buscando as reflexões de Coutinho (2005), afirma-se que a construção social do conhecimento que emerge do senso comum, origina-se nas conversações interindividuais e intergrupais.

As ancoragens trazidas por estes participantes nestas esferas – biológica e psicossocial - constituem aspectos extremamente relevantes quando se fala da dependência tabágica. Entretanto, o INCA (2009) destaca que o prazer tão buscado pelas pessoas advém não somente destas duas dimensões, mas dos fatores subjetivos que, também, participam desse processo. Leite (2001) sublinha que o modelo fisicalista para explicar a conduta

humana, peca em muito ao separar os efeitos fisiológicos e metabólicos do uso das substâncias, não abrindo espaço para a discussão do desejo humano, e a história particular de cada sujeito. Neste sentido, a esfera da *subjetividade*, a inscrição do indivíduo na ordem da singularidade não deve ser desprezada.

O estímulo através do exemplo, da curiosidade para experimentar o novo, a possibilidade de inclusão no seu grupo de pertença, assim como os sentimentos de alegria, tristeza, o estresse, a angústia para enfrentar os conflitos do dia a dia, são elementos que permeiam o início do hábito de fumar.

A maioria dos estudiosos, como Abromset al. (2005), Galdurózet al. (2005b), Horta et al. (2001), Machado-Neto e Cruz (2003), e Malcon et al. (2003) consideram que o período da adolescência é crucial para a primeira experimentação do tabaco, e para o desenvolvimento e manutenção do hábito. Esta fase, por caracterizar uma etapa, sobretudo de perdas, conforme Aberastury e Knobel (2000), bem como de construção pessoal, portanto, de ajustes consigo próprio, constitui um campo fértil para a experiência do novo, das curiosidades, do ‘escondido’.

Tempo narcísico intenso, o adolescente busca fora de si respostas imediatas de prazer, migrando de uma interioridade para a exterioridade, aspectos inclusive marcantes na cultura atual, cujas condutas remetem ao culto à imagem, ao corpo, à ação em detrimento da reflexão, o que aumenta os transtornos alimentares e as somatizações. Na tentativa de diminuir o sofrimento e os conflitos psíquicos, os tóxicos são investidos de qualidades mágicas, trazendo prazer e banindo a angústia da vida psíquica do sujeito (Chaves, 2001).

A *Classe 4, Motivos e Consequências do uso do Tabaco*, gerada pelos participantes não fumantes, escolaridade ensino médio e idade entre 18 a 28 anos, mostra objetivações robustas como *pessoa – problemas – momento – pior – vida – fugir – vício*. Neste contexto, o nascedouro do ato tabágico ancora-se na esfera subjetiva (problemas, momento, pior,

vida, fugir, sentir, ansiedade). A robustez das objetivações, cujo ancoradouro repousa na esfera *subjetiva* e, para compreendê-la, é indispensável fazer adesão ao pensamento de Moscovici (1981). Este teórico apresenta a importância do mapeamento dos pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida, para procurar compreender o que existe na mente dos indivíduos para além das dimensões intrapsíquicas.

Para Freud (1930), o mal-estar experimentado pelo ser humano é encarado de diversas formas e/ou respostas, seja na conduta delirante, na dimensão religiosa, no mecanismo sublimatório, nas distrações, no amor e, também, nos narcóticos. Ele distingue três caminhos de o sujeito encontrar a ilusão de uma satisfação das pulsões: (1) na neurose, (2) na sublimação, e (3) na droga. Leite (2001) refere-se a esta última como estando no cerne da teoria psicanalítica, uma vez que propõe o psíquico como um aparelho que busca recuperar uma satisfação incontrollável. Neste contexto, não há dúvida em escolher qual desses é o melhor e mais adequado caminho. Ou melhor, a resposta para a questão é simplesmente: nenhum.

Ainda dentro deste raciocínio, Freud (op. cit) argumenta que de modo algum existe uma proposta universal para esta escolha, na verdade, cada sujeito deve encontrar a sua, acentuando aquela que lhe convier na busca da felicidade. Deste modo, compreende-se que esta perspectiva põe valor e dimensiona a singularidade humana.

Neste momento, é importante salientar que, em relação ao tabagismo, estas premissas são verdadeiras.

Outros elementos fundamentais nessa *Classe* revelam conteúdos relacionados às consequências advindas do uso do tabaco (prejudicial– saúde – dependência) e mostram a forte correlação com os prejuízos que o tabaco provoca para a saúde humana, seja ela física e/ou mental.

A OMS (2013) considera o tabagismo uma doença crônica e, estudos desenvolvidos por Pomerleau (1997) e Rondina (2003) indicam que o seu uso está se

tornando cada vez mais concentrado em pessoas com fatores associados a vários distúrbios mentais como a depressão, transtornos de ansiedade, déficit de atenção por hiperatividade, bulimia, e até as comorbidades psiquiátricas.

Farrel et al. (2001) e Kandel et al. (2001) evidenciaram, em suas pesquisas, a existência de uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos na população que faz uso de substâncias psicoativas, dentre elas o tabaco, cuja percentual é em torno de 50% a 84%. Glassman (1993) e Tanskanen et al. (1997), ao abordarem esta temática, referem que os estudos vêm a cada década se multiplicando, em função do seu grande relevo para a prática clínica no tratamento entre a dependência nicotínica e essas comorbidades psiquiátricas.

Desta feita, entende-se que, quando se trata deste tipo de associação – tabagismo e transtornos psiquiátricos, a condução clínica mais adequada nos diversos contextos terapêuticos deve ser mais bem pensada, sobretudo pelo profissional da psiquiatria, pois as razões podem ser as mais variadas quando o paciente for um fumante. Isto porque o tabaco pode ocupar um lugar importante em sua dependência.

CAPÍTULO VII - ESTUDO II: QUALIDADE DE VIDA E HÁBITO

TABÁGICO

Neste capítulo, destaca-se o *Estudo Empírico II* relacionado à qualidade de vida dos participantes fumantes e não-fumantes residentes na cidade de João Pessoa, buscando-se, mensurar o grau de dependência tabágica e a qualidade de vida dos fumantes. Em um segundo momento, comparar o grau de dependência tabágica e a qualidade de vida dos fumantes, e a qualidade de vida entre os participantes fumantes e não fumantes.

7.1 MÉTODO

7.1.1 Tipo de Estudo

Refere-se a uma pesquisa de campo, do tipo descritivo, pautado em estudos de cunho quantitativo.

7.1.2 Lócus da Investigação

A pesquisa foi realizada nos mesmos locais do estudo I, com exceção de uma instituição privada (UNIPÊ).

7.1.3 Tipo da Amostra

A delimitação da amostra para este estudo foi do tipo não-probabilística, escolhida de forma intencional, por conveniência.

7.1.4 Participantes

Participaram deste estudo 160 adultos, do sexo feminino (60%), na faixa etária igual ou superior a 18 anos ($M = 31,3$; $DP = 13,83$), cuja composição foi disposta da seguinte forma: 80 fumantes e 80 não fumantes.

7.1.5 Instrumentos

Neste Estudo (II) decidiu-se por não utilizar a técnica da entrevista semi-estruturada por este estudo contemplar exclusivamente dados de natureza quantitativa.

7.1.5.1 Questionário biossociodemográfico

Foi utilizado o mesmo questionário do *Estudo I*.

7.1.5.2 Questionário de Tolerância de Fagerström

Este questionário foi desenvolvido e introduzido em 1974, pelo médico dinamarquês Kal Fagerström como questionário de tolerância de Fagerström (FTQ). Em 1991, foi realizada sua adaptação, que passou a se chamar teste de dependência à nicotina, sendo validado no Brasil por Carmo e Pueyo (2005). É utilizado mundialmente como instrumento de avaliação, em substituição a outros testes de aplicação simples, rápida, e menos dispendioso em relação a outros, que exigem mais tempo e são mais invasivos (Heatherton et al., 1991). Tem por objetivo estimar o grau de dependência da nicotina (Pietrobon, 2007).

O teste consiste em um questionário de seis perguntas de escolha simples que pode ser feito abaixo. Para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação. A soma dos pontos permitirá a avaliação do seu grau de dependência de nicotina.

Este questionário é composto de seis questões relacionadas ao horário e à quantidade de uso diário do cigarro, à satisfação obtida, aos sentimentos experimentados quanto às proibições, e às suas dificuldades de interrupção, mesmo estando doente.

O instrumento possui valorações próprias a cada item, que variam de 0-3 (itens 1 e 4); e de 0-1 (itens 2, 3, 5, e 6). O escore final é encontrado a partir do somatório de todos os itens, que mede o grau de dependência nicotínica.

As respostas são avaliadas pela classificação indicada na escala do teste, cuja pontuação vai desde o *muito baixo* até *muito elevado* (0-2 = muito baixo; 3-4 = baixo; 5 = médio; 6-7 = elevado; 8-10 = muito elevado).

7.1.5.3 Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida (Whoqol–Bref)

O Whoqol–Bref é um instrumento universal de qualidade de vida, desenvolvido pelo grupo WHOQOL, sendo composto de 26 itens pertinentes à avaliação subjetiva do indivíduo em relação aos aspectos que interferem em sua vida. Trata-se de um construto multidimensional, abarcando cinco domínios: geral, físico, psicológico, relações sociais, e o meio ambiente. Apresenta uma escala de resposta do tipo Likert que varia de 1 (nada) a 5 pontos (extremamente).

A versão em português utilizada neste estudo foi validada pelo grupo Whoqol (1998) e por Fleck et al (2000), e apresentou índice de consistência interna (coeficiente de Cronbach 0,71).

7.1.6 Procedimento de Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada em ambiente reservado. Utilizou-se um procedimento padrão, consistindo em entregar os questionários e pedir para apenas começar a responder depois de dadas às instruções iniciais. Três aplicadores, com treinamento prévio, ficaram responsáveis por dar as instruções e permanecer presente durante o processo de coleta. Inicialmente, foi informado acerca do objetivo geral do estudo, além de dar garantias do anonimato e o sigilo da participação, ressaltando que não existiam respostas certas ou erradas; antes de começarem a responder, liam e assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram necessários 20 minutos para concluir a participação neste estudo.

7.1.7 Procedimento de Análise dos Dados

Para análise dos dados oriundos do questionário biossociodemográfico e do questionário de Tolerância de *Fagerström*, procedeu-se com a utilização do programa estatístico *Predictive Analytics SoftWare* – PASW (versão 18), realizando estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência) e inferencial (teste *t*, alfa de *Cronbach*).

CAPÍTULO VIII – RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO II

8.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Neste item serão discutidos os principais resultados do estudo obtidos através da aplicação dos instrumentos utilizados. Inicialmente, os dados do questionário biossociodemográfico, em seguida os referentes ao questionário de tolerância de *Fagerström*, depois os resultados do *Whoqol-bref*.

8.1.1 Questionário biossociodemográfico

Quanto ao delineamento do questionário biossociodemográfico, houve predomínio do *sexo feminino* (60%); a respeito da *escolaridade* se destacou o *ensino médio* (63,1%); a *idade* ($M = 31,3$; $DP = 13,83$); quanto à *idade que iniciaram o uso tabágico* variou entre 8 a 26 *anos* ($M = 15,9$; $DP = 4,14$).

8.1.2 Questionário de tolerância de *Fagerström*

Os resultados advindos da análise estatística do questionário de tolerância de *Fagerström*, cujo objetivo foi avaliar o grau de dependência nicotínica dos fumantes, indicaram que 52,5% dos indivíduos fazem parte do grupo I (tolerância nicotínica muito baixa); 35% do grupo II (baixa tolerância nicotínica); e 12,5% integram o grupo III (tolerância nicotínica mediana). Não se registrou entre os participantes os níveis elevado e muito elevado de dependência nicotínica.

O grau de dependência nicotínica dos indivíduos fumantes que integravam o grupo do PANT apresentou uma média de 4,50 ($dp = 2,74$). Quando realizada a análise inferencial (*teste t*), esta indicou haver diferença significativa $t(56,60) = 7,32$; $p < 0,001$ entre os fumantes, demonstrando que os participantes do PANT possuem uma dependência

tabágica maior ($M = 6,37$; $DP = 1,82$) do que os participantes que não fazem parte do PANT ($M = 2,60$; $DP = 2,14$).

8.1.3 Qualidade de Vida de fumantes e de não fumantes

Para buscar-se conhecer em que medida os participantes fumantes diferem na avaliação da *qualidade de vida* em termos do grau de dependência ao tabaco, utilizou-se a análise estatística da mediana empírica para definir os grupos critério. Inicialmente, foram criados dois grupos, um denominado “inferior” e um outro de “superior”, e para isto, levou-se em consideração que as pontuações totais dos participantes fossem abaixo ou acima da mediana (2,0), respectivamente. Uma vez formação os grupos, realizou-se um teste *t* de *Student* para amostras independentes. Os resultados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Diferença intra-grupos para a medida de *Qualidade de Vida* com relação ao grau de dependência nicotínica.

Fagerström	Grupo critério	<i>média</i>	<i>Dp</i>	<i>T</i>	<i>Gl</i>	<i>P</i>
Domínio Geral	Superior	3,1	0,61	2,07	42,10	0,05*
	Inferior	3,5	0,80			
Domínio Físico	Superior	3,3	0,39	-0,93	57,81	0,36
	Inferior	3,1	0,39			
Domínio Psicológico	Superior	3,4	1,17	1,29	60	0,20
	Inferior	3,5	1,11			
Domínio Social	Superior	3,5	0,72	0,56	51,66	0,58
	Inferior	3,6	0,72			
Domínio Ambiental	Superior	3,1	0,51	2,98	58,61	0,01**
	Inferior	3,5	0,38			

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

De acordo com a tabela 1, observou-se haver diferença significativa ($p < 0,05$) na qualidade de vida dos fumantes no tocante ao *Domínio Geral e Ambiental*, demonstrando que aqueles indivíduos que se encontram no grupo inferior, apresentam uma pontuação maior [(M = 3,5; DP = 0,80) e (M = 3,5; DP = 0,38), respectivamente] do que o grupo superior [(M = 3,1; DP = 0,61) e (M = 3,1; DP = 0,51)]. Com relação aos demais Domínios não foram encontrados diferença significativa entre os grupos.

Finalmente, com o intuito de comparar a qualidade de vida dos sujeitos fumantes e não fumantes procedeu-se com análise estatística inferencial (teste *t de Student*). Os resultados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2: Diferença entre fumantes e não fumantes para a medida de *Qualidade de Vida*

Dimensões da Qualidade de Vida	Grupo	média	dp	T	gl	p
Domínio Geral	Não Fumantes	4,0	0,58	6,33	158	0,001**
	Fumantes	3,3	0,71			
Domínio Físico	Não Fumantes	3,2	0,41	0,43	147,80	0,67
	Fumantes	3,2	0,48			
Domínio Psicológico	Não Fumantes	3,7	0,37	2,82	152,08	0,01*
	Fumantes	3,5	0,43			
Domínio Social	Não Fumantes	4,0	0,66	2,92	154	0,01*
	Fumantes	3,6	0,76			
Domínio Ambiental	Não Fumantes	3,4	0,58	1,44	151,97	0,15
	Fumantes	3,3	0,53			

Nota: * $p < 0,01$; ** $p < 0,001$

De acordo com os resultados advindos da análise estatística apresentados na Tabela 2, constatou-se diferença significativa [$t(158) = 6,33$; $p < 0,001$] entre os grupos quanto ao *Domínio Geral*. Verificou-se que os não fumantes apresentaram um escore maior do ($M = 4,0$; $DP = 0,58$) do que os fumantes ($M = 3,3$; $DP = 0,71$).

Quanto ao *Domínio Psicológico*, também verificou-se haver diferença significativa [$t(152,08) = 2,82$; $p < 0,01$], com um valor médio superior para os não fumantes ($M = 3,7$; $DP = 0,37$) comparado com os fumantes ($M = 3,5$; $DP = 0,43$).

Finalmente, o *Domínio Social* apresentou diferença significativa [$t(154) = 2,92$; $p < 0,01$], apontando que os não fumantes detêm valores superiores ($M = 4,0$; $DP = 0,66$) do que os fumantes ($M = 3,6$; $DP = 0,76$). Vale salientar, que o *Domínio Físico e Ambiental* não apresentou diferenças significativas entre os grupos.

8.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos no questionário biossociodemográfico, verificou-se resultados similares aos do Estudo I, havendo prevalência de fumantes do *sexo feminino*. Achados confirmados pelas pesquisas desenvolvidas pelo Centro de Referência de Álcool e outras Drogas - CRATOD (2006), Fraga et al. (2005), Fraga (2006), e ainda pelo Banco Mundial (2004), OMS (2011), Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL (2012) e pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA (2011).

A respeito da escolaridade se destacou o ensino médio, que corrobora os dados encontrados no Estudo I, e que são respaldados pelas pesquisas do Banco Mundial (1999/2004), INCA (2011) e Iglesias et al. (2007).

Quanto à média de *idade de início* do tabaco foi de 15,9 anos (DP = 4,14), dado este que variou em relação ao Estudo I. Entretanto, as pesquisas de Parra et al. (2003) com estudantes de uma universidade em Bogotá, corroboram este estudo, ao verificar que a idade de consumir o tabaco começou por volta dos 16 anos de idade. O Banco Mundial (1999/2004) também confirmam este resultado quando diz que o hábito de fumar muitas vezes, começa na infância ou adolescência nos países de poder aquisitivo elevado.

Quanto ao nível de tolerância de *Fagerström* apresentado neste estudo pelo grupo de fumantes indicou haver um *grau mediano de dependência* à nicotina. Entretanto, ao comparar-se o grupo de fumantes, que participam do PANT, com o grupo que não participa, verificou-se uma diferença significativa entre eles.

Com estes dados, evidenciou-se que os *participantes integrantes do PANT* possuem um *maior nível de dependência* tabágica, isto vem corroborar os estudos de Salgado (2010) que avaliou o perfil de pessoas que procuravam a cessação tabágica. Os

resultados mostraram 89,4% de grau de dependência nicotínica, de moderado a elevado, nessas pessoas fumantes.

As pesquisas do INCA (2008) igualmente confirmam estes resultados, quando destaca que 80% dos fumantes demonstram dificuldades para aderir ao tratamento de cessação tabágica, juntamente com Carmo et al. (2005), Halty (2002) e Souza et al. (2009), quando referem que a maioria dos fumantes, apesar de desejarem parar de fumar, não consegue fazê-lo, devido a dependência farmacológica à nicotina. Luppi, Alves e Santos (2008), ao caracterizarem tabagistas atendidos em um Programa de Cessação ao Tabaco ambulatorial, na Faculdade de Medicina de Botucatu, em São Paulo, encontraram que apenas 3% dos fumantes conseguem, a cada ano, parar sem qualquer ajuda.

Ao compararem-se os fumantes com *maior dependência tabágica* (graves) e *menor dependência tabágica* (leves) com a qualidade de vida (QV), os achados encontrados indicaram que o segundo grupo de participantes (leves) possui uma melhor QV nos *Domínios Geral e Ambiental* em relação aos do primeiro grupo (graves). Este dado se assemelha com os achados de Wilson et al. (1999), quando estes conduziram pesquisas objetivando avaliar a qualidade de vida entre dependentes de tabaco considerados graves e leves. Os escores piores foram encontrados nos fumantes graves no *Domínio Geral de Saúde*, exceto no *Domínio Físico*. Os autores concluíram que não há uma homogeneidade entre os fumantes, necessitando, assim, utilizar estratégias de redução da quantidade de cigarros/dia direcionadas para o grupo dos mais graves e, desse modo, produzir uma melhoria em sua qualidade de vida.

Portanto, os resultados advindos da relação entre *grau de dependência tabágica* e *QV* apontou para uma *alta associação* entre estes fatores, ou seja, quanto maior a dependência tabágica menor a QV das pessoas. Estes dados coadunam-se com os estudos de Guitérrez-Bedmar et al. (2009) e da OMS (2012), quando afirma ser esta associação uma causa bastante conhecida, e que, além de gerar mortalidade, vincula-se à morbidade

tabaco-relacionadas, comprometendo a saúde geral do tabagista, e causando grandes prejuízos na qualidade de vida dos fumantes. Outros estudos que respaldam estes achados foram os de Schmitz, Kruse e Kugler (2003) ao assinalarem que a dependência tabágica de longa duração, aliada ao número elevado de cigarros fumados por dia, reduz a qualidade de vida de sujeitos fumantes, ou seja, quanto maior a dependência, mais forte esta relação.

Bellido-Casado et al. (2004) avaliaram a gravidade da dependência tabágica, tomando como critério a quantidade de cigarros consumida, e encontraram uma relação entre maior consumo anual de cigarros e comprometimento na qualidade de vida, no que diz respeito ao domínio *Estado Geral de Saúde*. Schmitz et al. (2003) também investigaram a gravidade do tabagismo em sujeitos dependentes por meio do número de cigarros/dia. Estes pesquisadores classificaram fumantes severos quem consumia ≥ 20 cigarros/dia; fumantes moderados o consumo entre 10 a 19, e os fumantes leves de 1 a 9 cigarros/dia. Constataram que os dependentes de tabaco apresentaram pior qualidade de vida do que os não dependentes, em sete das oito dimensões avaliadas, cuja diferença foi maior no *Componente Mental*.

Com relação aos achados encontrados na avaliação da QV em sujeitos *fumantes e não fumantes* verificou-se que os fumantes diferem dos não fumantes nos *Domínios Geral, Psicológico e Social*, ou seja, o primeiro grupo apresenta uma melhor QV do que o segundo nos três *Domínios* do *Whoqol-bref*.

Olufade et al. (1999), Woolf et al. (1999), Wilson et al. (1999), e Mitra et al. (2004) ao desenvolverem estudos nesta perspectiva encontraram resultados que apontam para uma melhor QV a favor dos não fumantes.

Muitas pesquisas têm sido realizadas nesta perspectiva temática. Schmitz et al. (2003) utilizando o *Short-Form-36* (SF-3) comparou fumantes severos e menos graves com ex-fumantes e não fumantes. Em seus resultados encontraram escores menores em todos os Domínios do *Short-Form-36* (SF-3). Entre os grupos de fumantes severos e os ex-

fumantes, o prejuízo na QV foi maior do que entre os fumantes menos graves e os ex-fumantes. Um dado que chama a atenção foi de não haver diferença entre os fumantes e ex-fumantes no domínio *Físico*. Em um estudo realizado por Martinez et al. (2004) com sujeitos fumantes e não-fumantes sem co-morbidades psiquiátricas, foram verificadas diferenças significativas na QV entre esses dois grupos. O grupo dos fumantes apresentou escores significativamente piores em todos os *Domínios*, com exceção do *Físico*. O entendimento acerca desses achados reporta a ausência de histórico de alguma doença crônica tabaco-relacionada.

Estes dois estudos, portanto, apóia os dados encontrados no presente Estudo, principalmente no tocante a ausência de significação do *Domínio Físico*, posto que os participantes fumantes, até o momento não relataram incapacidades de ordem física, mas tiveram relatos de problemas psicológicos e sociais, cujos resultados foram alterados no *Domínio Psicológico e Social*.

O *Domínio Psicológico* apresentou escores mais elevado a favor dos fumantes. Cinciripini et al. (2011) e Rosemberg (2002) dizem que a necessidade de acender um cigarro encontra-se relacionado à obtenção de sensações de bem-estar e reduzir as tensões e os sentimentos desagradáveis, como a angústia, tristeza, solidão. O fumar do ponto de vista psicológico, vem para dar prazer e ajudar o fumante a enfrentar atribulações de uma maneira menos sofrida, informa Meirelles (2009). Spring et al. (2008) ainda fundamenta que algumas desordens psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão, são mais prevalentes em fumantes, e podem resultar em pior qualidade de vida no *Domínio Psicológico*, uma vez que o tabagismo agrava o afeto negativo nestes sujeitos.

Feldner et al. (2009) estudando os fumantes, encontrou em seus relatos que usam o tabaco como meio de reduzir a ansiedade, para abrandar as anomalias afetivas e neurobiológicas associadas ao seu problema psicológico. Neste contexto, a prevalência elevada do tabagismo na população com morbidade psicológica leva a que esteja sob um

risco aumentado de ter pior qualidade de vida, conforme Perkins et al. (2010). De acordo com Moore et al. (2005), as co-morbidades do tabagismo, sobretudo a depressão, pode ser um antecedente na redução da qualidade de vida ou um efeito da depressão.

Machain et al. (2008) argumenta que o consumo tabágico tem mostrado que o seu uso prolongado no tempo leva a sintomas sutis, e no decorrer de 20 a 30 anos, os problemas de saúde física são agravados, e aumentando os níveis de distress emocional, além de se verificar uma forte associação com a saúde mental dos seres humanos. Dube et al. (2009) compreende o porquê dos não fumantes apresentar níveis de distress psicológico menor que fumantes, sobretudo quando é feita o controle da existência de diagnóstico de doença crônica, posto que os indivíduos com patologia crônica normalmente manifestam perturbações psicológicas.

Hagman et al. (2007) ao estudar adultos com elevado distress psicológico afirmaram que há uma tendência deles fumarem mais. Os estudos de Gonzalez et al., Zvolensky et al. (2009) mostraram que a elevação nos níveis de ansiedade tem sido associada a uma maior intensidade da percepção de sintomas de abstinência, dificultando, assim o processo de cessação tabágica. Assim, o uso da nicotina tem vindo a ser relacionado com redução da ansiedade, stress e severidade da depressão, segundo Machain et al. (2008).

Perkins et al. (2010) avaliaram que o hábito de fumar agrava o afeto negativo quando vem acompanhado de humor deprimido. Então, a baixa tolerância ao distress reforça o comportamento tabágico e a história de depressão reforça o tabagismo independentemente do estado de humor.

Weinberger et al. (2010) sublinham que os estudos revelam que indivíduos com história de perturbações de humor, ansiedade ou de abuso de substâncias têm mais tendência a fumar, relatar sintomas de abstinência e recaídas do que indivíduos sem perturbação.

Quanto ao *Domínio Social* também se destaca como um fator desfavorável para os fumantes. Trazendo novamente estudiosos como Cinciripini et al. (2011), Meirelles (2009) e Rosemberg (2002) por terem encontrados em seus estudos alguns fatores que potencializam o tabagismo, como os eventos sociais, as reuniões de trabalho, os encontros com amigos etc, e isto passa a favorecer a sua exclusão.

Castro et al. (2010) ao debruçarem-se sobre este fenômeno referem que os tabagistas, em geral, recorrem ao cigarro para ter o alívio dos sentimentos desagradáveis em detrimento das relações sociais, ou outras áreas importantes da sua vida. A dependência tabágica leva ao abandono das atividades prazerosas podendo implicar em afastamento e isolamento do seu grupo familiar e/ou dos amigos. Os regulamentos e proibições em relação ao fumo, com restrições espaciais aos fumantes, limita a convivência, as relações interpessoais, e o desfrutar com mais liberdade dos lugares públicos.

“Se não agirmos hoje com determinação daqui há 100 anos nossos netos e seus filhos olharão para trás e questionarão de modo crítico como podiam pessoas, estando compromissadas com a saúde pública e justiça social, permitirem que a epidemia do tabagismo estendesse sem controle”.

Dra. Gro Harlem Brundtland

Diretora da OMS, 1999

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta tese, as primeiras questões e reflexões surgidas foram referentes ao cumprimento ou não da proposta primordial – *apreender as representações sociais do tabagismo elaboradas por fumantes e não fumantes e avaliar sua qualidade de vida e, a partir dos instrumentos estabelecidos, qual o alcance encontrado por meio dos objetivos secundários propostos pelo caminho metodológico determinado, a saber:*

- (i) caracterizar o perfil biossociodemográfico dos participantes fumantes e não fumantes;*
- (ii) analisar os campos semânticos e lexicais do tabagismo elaborados pelos participantes do estudo;*
- (iii) avaliar o grau de dependência nicotínica/tabágica dos participantes fumantes;*
- (iv) comparar o nível de dependência tabágica entre os fumantes do Programa Aantitabagismo (PANT) e os não integrantes desse Programa;*
- (v) comparar o grau de dependência tabágica e a qualidade de vida de fumantes;*
- (vi) avaliar e comparar a qualidade de vida de fumantes e não fumantes.*

No primeiro estudo, os achados do questionário biossociodemográfico, apontaram que o hábito tabágico é prevalente no sexo feminino; a escolaridade dominante foi o grau mediano de ensino; e o início do tabagismo na infância e adolescência, sobretudo no período adolescente.

O rastreamento e o acesso às representações sociais do tabagismo, em especial, o hábito de fumar, permitiu reconhecer as objetivações e ancoragens da nova imagem que surge do tabagismo na contemporaneidade.

As objetivações e as ancoragens identificadas no presente estudo autorizam dizer que, as representações sociais do fumar passaram por profundas transformações tanto no

conhecimento do *sensu comum*, como no conhecimento *erudito*. Antes objetivado e ancorado em símbolos e imagens positivas, refletidas em atitudes de elegância, de *status* e poder, hoje objetivado e ancorado em símbolos, imagens e dizeres negativos, associadas à dependência, vício, assim como ressaltado por especialistas como uma doença crônica em função da dependência nicotínica, seja ela de natureza física e/ou psicológica. Ademais, os que fazem uso do tabaco tornaram-se alvo de exclusão social: *persona non grata* aos seus pares.

No que diz respeito ao instrumental designado e, efetivamente utilizado neste Estudo (I), e tomando por base os resultados e as análises destes, pode-se constatar que o tabagismo constitui-se um fenômeno complexo, decorrentes de causas e motivações diversas, sendo o hábito de fumar um objeto compreendido, construído e partilhado socialmente, através de imagens e representações geradas na comunicação intra e intergrupar.

O olhar lançado sobre as representações sociais reveladas pelos dados coletados através das técnicas de Associação Livre de Palavras e da entrevista Semiestruturada e, processadas por meio dos *softwares Tri-deux-Mots* e *Alcest*, pôs à baila a problemática do tabagismo em seus vários elementos fatoriais e dimensionais.

O campo semântico emergido do *software Tri-deux-Mots* aponta para inúmeros contextos de significativa relevância na composição do hábito tabágico, como os fatores físicos, físico-químicos, psicossociais, psicológicos, subjetivos, de ordem familiares e econômica, e até de saúde pública. Já o campo lexical desvelado pelo *software Alcest* demarca estruturas temáticas que se organizam em espaços referentes a sustentabilidade do sujeito e a gênese e os desdobramentos do uso tabágico.

Portanto, a leitura das representações sociais a partir da análise destes *softwares* leva a compreensão do hábito tabágico como um objeto de causas plurifatoriais e multidimensionais.

No segundo estudo, constatou-se que os participantes fumantes apresentaram um grau de dependência tabágica muito baixa (52,5%). E aqueles participantes que desejam interromper o uso do tabaco ao procurarem um programa, apresentam um nível de dependência tabágica maior do que aqueles que não desejam aderir a nenhum programa de cessação.

No que diz respeito ao grau de dependência tabágica e sua relação com a qualidade de vida verificou-se que quanto mais elevado for o seu nível, pior será sua qualidade de vida, ou seja, quanto mais faz uso do tabaco, mais drasticamente ela será reduzida. Ademais, os dados comprovaram haver uma diferença significativa na qualidade de vida entre sujeitos fumantes e não fumantes, enfaticamente na esfera psicossocial.

A partir destes resultados, identifica-se que o hábito de fumar produz alterações significativas, ou melhor, uma redução na qualidade de vida de pessoas fumantes e não fumantes, os primeiros pela ingestão das substâncias tóxicas no cigarro, os últimos pela exposição a estas.

Diante deste cenário, registra-se a necessidade premente de práticas interventivas, de cunho preventivo e terapêutico, pelo enorme custo humano que encerra essa “íngata relação”: tabagismo – perda na qualidade de vida. Estas práticas deverão incidir também, na formação dos profissionais, sobretudo, do âmbito educacional e da saúde.

Para prevenir e minimizar o uso do tabaco, diversas são as propostas desenvolvidas para ajudar os usuários a deixarem de fumar, objetivando diminuir os efeitos da abstinência, da ansiedade, do sofrimento de quem quer parar de fumar. No entanto, lembrando que nenhum tratamento é eficaz quando a pessoa não manifesta o desejo de querer parar de fumar, além de apresentar condições internas que o auxilie na interrupção do uso tabágico.

A dependência nicotínica já se configura como um grande complicador na vida dos fumantes, uma vez que abrange uma tríade fatorial: a dependência física, que é o grande

causador da “síndrome de abstinência”, que acontece ao se interromper o hábito de fumar; a dependência psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio a ser utilizado para o alívio do stress nos momentos de tensão, de ameaça, um amigo na solidão, entre outros; e o condicionamento, atribuído às freqüentes associações do ato de fumar, como por exemplo, fumar-beber, fumar-café; fumar-trabalhar; fumar-dirigir; fumar após as refeições.

Sendo assim, deve-se dispor de medidas para avaliar a qualidade de vida, coletando-se informações acerca dos aspectos pessoais, sociais, grau de incapacidade e de bem-estar psicológico. Outros fatores que se encontram implicados, e que devem ser investigados, a idade de início do consumo, o nível da dependência nicotínica, a motivação para deixar de fumar, as circunstâncias e os sentimentos relacionados com o uso do tabaco, os condicionamentos, a história familiar, o contexto clínico, e possíveis co-morbididades clínicas e psiquiátricas.

Destarte, para desenvolver uma melhor qualidade de vida populacional, uma medida plausível é focar na promoção da saúde, a nível de uma prevenção primária, no sentido de proporcionar uma proteção contra os fatores de risco, ao mesmo em que auxiliam no desenvolvimento de fatores protetores. Entre os procedimentos a ser realizados para essa promoção, destaca-se a educação com um elemento fundamental, direcionada para o indivíduo, para a família e grupos. Para tanto, inclui-se uma série de fatores a serem contemplados, como os aspectos nutricionais e de personalidade, a educação parental, o sexual aliado ao aconselhamento pré-nupcial, recreação, boas condições de moradia, no lar e no trabalho. Por outro lado, há registros de programas de promoção da saúde relacionados a fatores de risco, passíveis de mudanças e controle, pelo menos em parte, pelo próprio sujeito, como por exemplo, o hábito de fumar. Todas essas estratégias visam promover e proporcionar uma melhoria no bem-estar e na qualidade de vida, não somente da pessoa individualmente, mas dos que lhe cercam.

Por outro lado, as políticas públicas têm sua parcela na prevenção e cessação. A lei, chamada de *Tobacco and Primary Medical Services Act 2010*, foi aprovada em 2010, mas só entra em vigor em abril de 2013. O propósito é reduzir os gastos públicos com o tratamento de doenças causadas pelo tabagismo. O artigo 1º da lei estabelece que nenhum produto relacionado ao tabaco possa ficar à vista dos clientes. Os supermercados e lojas poderão continuar vendendo cigarro, mas não poderão mais deixar os maços no balcão. Eles deverão ficar longe dos olhos do público e caberá ao cliente pedir ao vendedor caso queira comprar. A mesma lei também acaba com as máquinas automáticas que vendem cigarro, muito comuns no Reino Unido.

Os efeitos do tabagismo e sua gravidade como a morbidade e as incapacidades, interferem sobremaneira na qualidade de vida do fumante, reduzindo-a. Portanto, estes fatores poderão ser sensibilizadores e motivadores para alertar o fumante a interromper e manter a abstinência tabágica. Ademais, a diminuição dos gastos da saúde pública.

Esta tese compreende somente um recorte da realidade, uma tentativa de contribuir para o conhecimento científico, a partir do conhecimento popular. O desdobramento desta aponta para a discussão, em profundidade, dos resultados encontrados, junto aos profissionais, gestores e setores responsáveis pela prevenção e cessação do tabagismo.

Estima-se que esta pesquisa possa contribuir com medidas para melhoria da qualidade de vida das pessoas, para a promoção de uma sociedade livre do tabagismo.

Em virtude da importância, espessura social e complexidade do fenômeno tabagismo, em especial o hábito de fumar, sugere-se que outros estudos devam ser desenvolvidos, perspectivando uma leitura do sujeito que perpassa este o fenômeno tabágico, aspecto este ainda pouco explorado pelos pesquisadores do campo das representações sociais.

O próprio Moscovici (1993) acenou para formulações psicanalíticas, aspecto este extremamente salutar e fecundo para o aprofundamento e a ampliação do conceito de

representação social. A transposição dessas conjecturas do âmbito individual para o grupal torna-se uma possibilidade possível, uma proposição que contemple uma leitura do pensamento social numa perspectiva dinâmica.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Allain, J. M. (2007). *As representações sociais dos transgênicos na relação entre ciência, tecnologia e sociedade: suas implicações para a divulgação científica* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC, Brasil.
- Almeida, A. F., & Mussi, F. C. (2006). Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 456-463.
- Almeida, A. M. O., & Cunha, G. G. (2003). Representações Sociais do Desenvolvimento Humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 147-155.
- Alves-Mazzotti, A. J. (1994). Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Em Aberto*, 16(61), 60-78.
- Alves-Mazzotti, A. J., & Gewandsznajder, F. (2002). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Alves, M. G. M. (2012). A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares: até quando ficaremos “enxugando o gelo?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 18-22.
- Ando, M., Asakura, T., Ando, S., & Simons-Morton, B. G. (2007). Psychosocial factors associated with smoking and drinking among Japanese early adolescent boys and girls: Cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine*, 1(13), 1-10. doi: 10.1186/1751-0759-1-13
- Andreis, M., Elf, J., Johns, P., Carvalho, A., Yuan, J., & Apelberg, B. (2011). Air Quality in Bars of São Paulo/Brazil before and after the Smoke-Free Law in Indoor Places. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57(3), 315-320.
- Araújo, A. J., Menezes, A. M. B., Dorea, A. J. P. S., Torres, B. S., Viegas, C. A. A., Silva, C. A. R.,... Meirelles, R. H. S. (2004). Diretrizes para cessação do Tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30, 223-228.
- Araújo, L. F., Coutinho, M. P. de L., & Santos, M. F. S. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 18(2), 89-98.
- Araújo, L. F., Castanha, A. R., Barros, A. P. R., & Castanha, C. R. (2006). Study of the social representations of the marijuana among communitarian health's agents. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3), 827-836.
- Araújo, R. B., Castro, M. G. T., Pedroso, R. S., Miguel, A. C., & Oliveira, M. S. (2010). Craving e prontidão para mudança em mulheres adultas jovens dependentes do tabaco. *Psico*, 41(2), 168-175.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV -Diagnostic and Statistical Manual of*

- Mental Disorders*. (4a edição). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Augusto, R. (2009). *Genética pode determinar o sucesso nas tentativas de largar o fumo*. Recuperado de <http://listas.cev.org.br/pipermail/cevgenetica/2003-April/000011.html>
- Axeland, R., Bayard, S. P., & Jinot, J. (1994). Setting the record straight: secondhand smoke is a preventable health risk. *Tobacco Control*, 3(3), 263-267.
- Azevedo, R. C. S., Higa, C. M. H., Assumpção, I. S. A. M., Fernandes, R. F., Boscolo, M. M., Frazatto, C. R. G., & Goulart, W. (2008). Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 353-5.
- Balbani, A. P. S. & Montovani, J. C. (2005). Methods for smoking cessation and treatment of nicotine dependence. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(6), 820-827.
- Balista, C., Basso, E., Cocco, M., & Geib, L. T. C. (2004). Representações sociais dos adolescentes acerca da violência doméstica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(3), 350-357.
- Banco Mundial. (1999/2004). *A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do controle do Tabaco*. Washington, USA: The World Bank.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barret, D. (1987/2005). *Enciclopédia Barsa*. (v. 7 e 12). Barcelona: Planeta.
- Barreto, S. M., Giatti, L., Casado, L., Moura, L., Crespo, C., & Malta, D. C. (2010). Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3027-3034.
- Barros, A. J. D., Cascaes, A. M., Wehrmeister, F. C., & Martínez-Mesa, J. M. (2011). Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3707-3716.
- Barros, A., & Duarte, J. (2006). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas.
- Bjornson, W., Fiore M. C., & Logan-Morrison, B. A. (1997). O problema crescente do tabagismo nas mulheres. *Patient Care*, 2, 70-81.
- Boeira, S. L. & Johns, P. (2007). Indústria de Tabaco vs. Organização Mundial de Saúde: um confronto histórico entre redes sociais de stakeholders. *Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis*. 4(1), 1-25.

- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2(1), 68-80.
- Bonomo, M., & Souza, L. (2010). Dimensão icônica e campo afetivo na objetivação das representações sociais de rural e cidade. *Memorandum*, 19, 159-183.
- Borges C. F. (2002). Recomendações para o tratamento da dependência de nicotina: evidências para a implantação de consultas de cessação tabágica no Serviço Nacional de Saúde. *Prevenção do tabagismo*, 20(2), 19-30.
- Borges, M. T. T., & Simões-Barbosa, R. H. (2008). Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. *Caderno de Saúde Pública*, 24(12), 2834-2842.
- Bortoluzzi, M. C., Kehrig, R. T., Logurcio, A. D., & Traebert, J. L. (2011). Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil – Joaçaba/SC. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(3), 2495- 2500.
- Brandão, M. P. M. (2002). *Atitudes, conhecimentos e hábitos tabágicos dos professores dos 2º e 3 ciclos do ensino básico do Porto* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto, PT, Portugal.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1996). Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 17(1), 33-41.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (1997). *Ajudando seu paciente a deixar de fumar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (1998). *Falando sobre Tabagismo*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (1998). *Programa nacional do controle do tabagismo*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). (2001). *Abordagem e tratamento do fumante*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Comissão Europeia/Organização Mundial de Saúde/Banco Mundial. (2003). *Tabagismo e saúde nos países em desenvolvimento*. Mesa Redonda de Alto Nível sobre Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). (2004). *Tabaco e pobreza: um círculo vicioso*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). (2004). *Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). (2004). *Vigilância de tabagismo em escolares (VIGESCOLA)*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2009). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. (2011). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)*.
- Braz, E., & Ciosak, S. I. (2009). O tornar-se cuidadora na senescência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 372-77.
- Brito, H. B., & Catrib, A. M. F. (2004). Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 285-296.
- Bronfenbrenner, U. (Web log post). Recuperado em 07 setembro, 2012, de www.des.emory.edu/mfp/302/302bron.PDF.
- Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2008). Do transgeracional na perspectiva sistêmica à transmissão psíquica entre as gerações na perspectiva da psicanálise. Em M. A. Penso & L. F. Costa (Orgs.), *A transmissão geracional em diferentes contextos – da pesquisa à intervenção*. São Paulo: Summus.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Buss, P. M. (2010). *O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Caldeira, A. M. (2008). *O Tabaco: percurso de uma “planta medicinal” entre a América e a Europa*. (Relatório técnico). Lisboa: Centro de História de Além Mar da Universidade Nova de Lisboa.
- Calheiros, P. R. V., Oliveira, M. S., & Andretta, I. (2006). Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia*, 23, 65-74.
- Calzavara, S. (2003). *O Fumo e o Câncer*. (Web log post) Recuperado em 12 setembro, 2009, de www.tabagismoonline.com.br/.../oncologia/o-fumo-e-o-cancer.
- Calsavara, T. V. S., & Fontanella, B. J. B. (2007). Uso de tabaco iniciado na infância: relatos de adultos em tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 252-259.

- Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Em A. Moreira, B. Camargo, J. Jesuíno & S. Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.
- Cardoso, M. H. C. A., & Gomes, R. (2000). Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. *Caderno de Saúde Pública*, 16(2), 499-506.
- Carmo, J. T., Andrés-Pueyo, A., & López, E. A. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Caderno de Saúde Pública*, 21(4), 999-1005.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., & Nappo, S. A. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID. (2002). Em *I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001*. São Paulo: Páginas & Letras.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Carlini, C. M., Oliveira, L. G., Nappo, S. A., & Sanchez, Z. V. D. M. (2007). Em *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005*. São Paulo: Páginas & Letras.
- Carvalho, J. T. T. (2000). *O Tabagismo visto sob vários aspectos*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Castro, M. G. T., Oliveira, M. S., Araújo, R. B., & Pedroso, R. S. (2008). Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1), 25-30.
- Castro, M. R. P., Matsuo, T., & Nunes, S. O. V. (2010). Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36(1), 67-74.
- Castro, P. (2002). Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em Serge Moscovici. *Análise Social*, 37(164), 949-979.
- Cavalcante, T. M. (2001). *O Médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar* (Dissertação de mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Cavalcante, T. M. (2005). O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(5), 283-300.
- Cavalcante, T. M., Carvalho, A. M., & Rangel, E. C. (2006). El argumento de responsabilidad social de la industria tabacalera en Brasil. *Salud Pública de México*, 48(1), 173-182.
- Chatkin, R., & Chatkin, J. M. (2007). Tabagismo e variação ponderal: a fisiopatologia e genética podem explicar esta associação? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(6), 712-719.

- Charran, I. M. (2007). *O fumante e o cigarro: significado simbólico desta relação*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo São Paulo, SP, Brasil.
- Champagne, B., & Bianco, E. (2002). *O porquê de un Simposio Latinoamericano e Caribenho sobre o controle do tabagismo*. Discurso da Dr^a. Gro Brundtland, na 5^a sessão de instalação do Órgão Intergovernamental de Acordos do Convênio Marco, para o Controle do Tabagismo. Recuperado em 10 outubro, 2011, de www.fac.org.ar/fic/simp03/llave/c01b/champagn.htm
- Chaves, J. C. (2001). Amor e ódio nos relacionamentos afetivos da contemporaneidade. Em M. R. Cardoso (Org.), *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Editora Nau.
- Cibois, U. F. R. (1990). *Tri-deux-mots*. Paris: Sciences Sociales.
- Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários (2007) - Coord. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artmed.
- Cinciripini, P. M., Hecht, S. S., Henningfield, J. E., Manley, M. W., & Kramer, B. S. (1997). Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, 89(24), 1852-1867.
- Corrêa, P. C. R. P., Barreto, S. M., & Passos, V. M. A. (2008). Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 17(1), 43-57.
- Costa, L. F. (2010). A perspectiva sistêmica para a Clínica da Família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 26, 95-104.
- Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F., & Gontières, B. (2004). Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 469-477.
- Coutinho, M. P. L. (2005). *Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Coutinho, M. P. L., & Franken, I. (2007). Migração e qualidade de vida, o pensamento social de brasileiros migrantes. Em E. C. Krutzen, S. B. Vieira (Orgs.). *Psicologia social, clínica e saúde mental* (pp. 1-41). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2005). *Representações sociais e práticas em pesquisa*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (2011). *Métodos de pesquisa em psicologia social: Perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. Campinas: Papirus.

- Daunay, M. C., Laterrot, H., & Janick, J. (2010). *Iconography of the Solanaceae from Antiquity to the XVIIth Century: a Rich Source of Information on Genetic Diversity and Uses*. Unité de Génétique & Amélioration – INRA, des Fruits et Légumes Domaine St. Maurice, France/Department of Horticulture Landscape Architecture Purdue University, USA.
- Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R., & Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ Journal*, 309(6959), 901-911.
- Dell'Aglio, D. D., Poletto, M., De Antoni, C., Teodoro, M. L. M., & Koller, S. H. (2005). *Questionário biosociodemográfico* [manuscrito não publicado]. Centro de estudos Psicológicos sobre Meninos(as) de Rua, Instituto de Psicologia, UFRGS.
- Dwyer, T., Bradshaw J., & Happell, B. (2009). Comparison of mental health nurses' attitudes towards smoking and smoking behaviour. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(6), 424-433.
- Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, J. (1998). Are there more personality disorders in treatment-seeking pathological gamblers than in other kind of patients? a comparative study between the IPDE and the MCMI. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 53-64.
- Echer, I. C., & Barreto, S. S. M. (2008). Determination and support as successful factors for smoking cessation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 445-51.
- Elmôr, M. R. D. (2009). *Tabagismo sob a ótica da promoção da saúde: reflexão do professor sobre sua prática* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo - SP, Brasil.
- Elmôr, M. R. D., Stewien, E. T. M., & Pereira, I. M. T. B. (2005). A ótica da promoção de saúde sobre tabagismo: "meu filho como fumante passivo". *Revista das Sociedades Brasileiras de Câncer*, 2(5): 28-34.
- EPA-U.S Environmental Protection Agency. (1992). *Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders*. Washington, D. C.: U.S. Government Printing Office. Retrieved November 03, 2010, from <http://www.who.com>
- Efstratiadis, S., Kennard, E. D., Kelsey, S. F., & Michaels, A. D. (2008). Passive tobacco exposure may impair symptomatic improvement in patients with chronic angina undergoing enhanced external counterpulsation. *BMC Cardiovascular Disorders*, 8(23). doi: 10.1186/1471-2261-8-23
- Fabris, D. B. (2008). *Prevalência e fatores de risco para tabagismo em Adolescentes de Criciúma – SC*. (Trabalho de Conclusão de Curso), Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina, SC, Brasil.

- Falcão, T. J. O., & Costa, I. C. C. (2008). Smoking in a small city: An ethnographic study to serve as a base for the creation of a public health program. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(2), 91-97.
- Farr, R. (1994). Representações sociais: a teoria e sua história. In P. Guareschi, S. Jovchelovitch (Orgs.). *Textos em representações sociais* (10ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., & Meltzer, H. (1998). Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Addictive Behaviors*, 23(6), 909-18.
- Feitosa, R. C. L., & Pontes, E. R. J. C. (2011). Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia - MS/Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2), 605-613.
- Ferreira, M. P. (2001). Tabaco. Em Seibel, S. D., & Toscano, J. A. (Orgs.). *Dependência de drogas* (pp. 93-106). São Paulo: Atheneu.
- Filho, A. J. A., Ferreira, M. A., Gomes, M. L. B., Silva, R. C., & Santos, T. C. F. (2007). O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 605-10.
- Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., & Vieira, G. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 21-28.
- Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., & Vieira, G. (2000). Aplicação da versão em Português do Instrumento Abreviado de Qualidade de Vida (WHOQOL-BRIEF). *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Fraga, S. (2008). Comportamento de fumar em adolescentes: representações sociais e determinantes (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Porto - Portugal.
- Fraga, S., Ramos, E., & Barros, H. (2006). Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 620-626.
- Fraga, S., Sousa, S., Ramos, I., Dias, & Barros, H. (2011). Representações sociais do comportamento de fumar em adolescentes de 13 anos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 17(1), 27-31.
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A. C., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P., & Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19(5-6), 207-229.
- Franken, R. A., Andreis, M., & Stirbulov, R. (1998). *Estratégias de combate ao tabagismo: A experiência de um hospital escola*. Atualização em Pneumologia (Vol. IV, Cap. 48). Recuperado em 12 outubro, 2012, de http://actbr.org.br/uploads/conteudo/46_ARTIGO-MONICA.pdf
- Freitas, J. P. (1988). *Fumadores passivos*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.

- Freud, S. (1905/2007). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911/2007). Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico. Em *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/2007). Sobre o narcisismo. Em *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915/2007). As pulsões e seus destinos. Em *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923/2007). O Ego e o Id. Em *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930/2007). O mal estar da cultura. Em *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Galduróz J. C., Noto, A. R., Nappo, A. S., & Carlini, E. A. (2005). Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 888-895.
- Galil, A. (2003). *O tabagismo e o coração*. Serviço de controle da hipertensão, diabetes e obesidade - SCHDO/SUS. Recuperado em 25 outubro, 2009, de www.tabagismoonline.com.br/.../o-tabagismo-e-o-coracao/
- Garcia-Mijares, M., & Silva, M. T. A. (2006). Dependência de drogas. *Psicologia USP*, 17(4), 213-240.
- Glassman A. H. (1993). Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 546-553.
- Giarelli E., Ledbetter N, Mahon, S., & McElwain, D. (2004). "Not lighting up": a case study of a woman who quit smoking. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), 54-63.
- Gomes, A. M. T., & Oliveira, D. C. (2008). A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: Representações do papel do enfermeiro. *Revista Enfermagem UERJ*, 16(2), 156-61.
- Gomes, M. R. (2006). *As representações sociais entre estudos culturais e psicologia social, a psicanálise*. Recuperado em 10 maio, 2012, de www.eca.usp.br/caligrama/n_5/MayraGomes.pdf
- Goulart, M. R. A. C. (2006). As representações sociais de estagiários no Judiciário Federal. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(2), 1-10.
- Granville-Garcia, A. F., Sarmiento, D. J. S., Santos, J. A., Pinto, T. A., Sousa, R. V., & Cavalcanti, A. L. (2012). Tabagismo entre acadêmicos da área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2), 389-396.

- Gray, R., Rajan, A. S., Radcliff, K. A., Yakehiro, M., & Dani, J. A. (1996). Hippocampal synaptic transmission enhanced by low concentrations of nicotine. *Nature*, 383(6602), 713-716.
- Guareschi, P., & Jovchelovitch, S. (1994). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Guareschi, P. A. (2000). Representações sociais: avanços teóricos e epistemológicos. *Temas de Psicologia da SBP*, 8(3), 249-256.
- Guerra, M. R., Gallo, C. V. M., & Mendonça, G. A. S. (2005). Risco de câncer no Brasil: Tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), 227-234.
- Hagman, B. T., Delnevo, C. D., Hrywna, M., & Williams, J. M. (2007). Tobacco use among those with serious psychological distress: Results from the National Survey of Drug Use and Health, 2002. *Addictive Behavior*, 33(4), 582-592.
- Halty, L. S., Hüttner, M. D., Netto, I. C. O., Santos, V. A., & Martins, G. (2002). Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *Jornal de Pneumologia* 28(4), 180-186.
- Haustein, K. O. (2006). Smoking and poverty. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13, 312-318.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L.T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 56, 1119 -1127.
- Herzlich, C. (2005). A Problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da Doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15, 57-70.
- Horta, B. L., Calheiros, P., Pinheiro, R. T., Tomasi, E., & Amaral, K. C. (2001). Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 35(2), 159-64.
- Hoz, E. V., Poch, F. V., Ferrer, J. J., Caparrós Caparrós, B., Guerra, I. P., & Canal, M. C. (2004). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitária. *Anales de psicologia*, 20(1), 33-46.
- Hughes, J. R. (2003). Motivating and Helping Smokers to Stop Smoking. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1053-1057.
- Iglesias, R., Jha, P., Pinto, M., Silva, V. L. C., & Godinho, J. *Controle do Tabagismo no Brasil*. (2007). 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.
- Jodelet, D. (1989). *Representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ.

- Jodelet, D. (2001). As representações sociais: Um domínio em expansão. Em Jodelet, D. *Representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Katz, S. (1997). Secular Morality. Em A. M. Brandt, & P. Rogin (Orgs.). *Morality + Health*. New York: Routledge.
- Klungseyr, O., Nygard, J. F., Sorensen, T., & Sandanger, I. (2006). Cigarette Smoking and Incidence of First Depressive Episode: An 11-Year, Population-based Follow-up Study. *American Journal of Epidemiology*, 163(5), 421-432.
- Lago, L. W. C. (2006). *Perfil do usuário do programa de tratamento do tabagismo do centro de referência de álcool, tabaco e outras drogas*. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de referência de Álcool e outras Drogas (CRATOD). São Paulo.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1998). *Vocabulário da Psicanálise/Laplanche e Pontalis*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lawn, S. J., Pols, R. G., & Barber, J. G. (2002) *Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients*. *Social Science & Medicine*, 54(1), 93-104.
- Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores.
- Lei nº 11.343, de 23 de agosto (2006). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas – Sisnad. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, (24-08-2006), 2.
- Leite, M. P. S. (2001). *Toxicomanias e pós-modernidade: um sintoma social?* Crônica do I Encontro Latino-Americano dos Estados Gerais da Psicanálise, Medicina e Psicanálise.
- Lerner, R. M., Easterbrooks, M., Ann, & Mistry, J. (2003). *Handbook of Psychology: health psychology*. Retrieved October 05, 2010, from gendocs.ru/v16356/
- Mannino, D. M. (2009). Why Won't Our Patients Stop Smoking? the power of nicotine addiction. *Diabetes Care*, 32(2), 426-428.
- Malbergier, A., & Júnior, H. P. O. (2005). Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(5), 276-282.
- Malcon, M. C., & Menezes A. M. B. (2002). Tabagismo na adolescência. *Pediatrics*, 24(3/4), 81-82.
- Malcon, M. C., Menezes, A. M. B., & Chatkin, M. (2003). Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes: estudo de base populacional, no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 1-7.
- Mari, J. J., Iacopini, E., Williams, P., Simões, O., & Silva, J. B. T. (1987). Detection of Psychiatric Morbidity in the Primary Medical Care Settings in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 21(6), 501-507.

- Martins, P. O., Trindade, Z. A., & Almeida, A. M. O. (2003). O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 555-568.
- Mcgee, R., Williams, S., & Stanton, W. (1998). Is mental health in childhood a major predictor of smoking in adolescence? *Addiction*, 93(12), 1869-1874.
- Meirelles, R. H. S. (2009). Tabagismo e DPOC - dependência e doença - fato consumado. *Pulmão RJ - Atualizações temáticas*, 1(1), 13-19.
- Melman (1992). *Alcoolismo, delinquência e toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta.
- Minayo, M. C. S. (1996). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- Minayo, M. C. S. (2011). Saúde, Trabalho e Ambiente em pauta permanente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(8), 3358-3359.
- Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional de Prevenção e Controle da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morais, G. C. L. (2012). *Prevalência de tabagismo e seu impacto na voz da população de campo de Bauru da universidade de São Paulo* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, Bauru-SP, Brasil.
- Moreira, A. S. P., Camargo, B. V., Jesuíno, J. C., & Nóbrega, S. M. (2005). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Munaretti, C. M., & Terra, M. B. (2007). Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 108-115.
- Moscovici, S. (1961). *A representação Social*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (1981). *A representação Social*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (2001). Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. Em Jodelet, D. *Representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Naparstek, F. (2005). *Intrudución a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama.
- Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. *Temas em Psicologia*, 8(3), 287-299.

- Nóbrega S. M. (2000). O teste de associação livre de palavras: maiorias e minorias do conformismo à inovação. Em A. S. P. Moreira, & D. C. Oliveira (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB.
- Nóbrega, S. M., Fontes, E. P. G., & Paula, F. M. S. M. (2002). Do amor e da dor: representações sociais de jovens e adultos sobre o amor e o sofrimento psíquico. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 77-87.
- Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2003). O teste de Associação Livre de Palavras. Em M. P. L. Coutinho (Org.) *Representações sociais: abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Oliveira, A., & Amâncio, L. (2005). A análise fatorial de correspondências no estudo das representações sociais - as representações sociais da morte e do suicídio na adolescência. Em A. S. P., Moreira, B. V., Camargo, J. C., Jesuíno, & Nóbrega, S. M. (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. (pp. 323-362). João Pessoa: UFPB.
- Oliveira, E. B., Kestenberg, C. C. F., & Silva, A. V. (2007). Saúde mental e o ensino sobre drogas na graduação em enfermagem: as metodologias participativas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 722-727.
- OMS (2008). *OMS: Cigarro pode matar mais de 1 bilhão no século XXI*. Recuperado em 20 outubro, 2009, de www.inca.gov.br/tabagismo/dadosnum/mundo.htm
- Osório, L. C. (1996). *Família Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paola, A. G. P., Linhares, J. C., Camargo, J., Ramos, G. H. A., Oliveira, B. V., & Precoma, G. (2008). Projeto de responsabilidade social do Instituto de Oncologia do Paraná: “Tabaco: uma questão de consciência”. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 37(3), 172 -174.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L (1991). Refinement and reassessment of the Servqual scale. *Journal of Retailing*, 67 (4), 420-450.
- Parra, D. B., Pinzón, M. D., Martín, L. M. S., & Rojas, J. D. G. (2003). Encuesta de prevalencia sobre el Consumo de cigarrillos en la Pontificia Universidad Javeriana. *Universitas Psychologica*, 2(1), 89-94.
- Pasqualotti, A., Migott, A. M. B., Maciel, E. N., Branco, M. M. N., Carvalho, R. M. A., Dal Pizzol, T. S., & Gressler, M. (2006). Experimentação de fumo em estudantes do ensino fundamental e médio de área urbana na Região Sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 40,(2), 213-218.
- Plan Municipal contra las Drogas. Área de Servicios Sociales. (2002). Ayuntamiento de Madrid. *Factores de riesgo y factores de protección*. (pp. 61-71). Farmacéuticos – Marzo.

- Plan Municipal contra las Drogas. Área de Servicios Sociales. (2002). Ayuntamiento de Madrid. *La prevención de las drogodependencias: principales modelos teóricos explicativos*. (pp. 51-59). Farmacéuticos – Marzo.
- Petersen, P. E., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2012). *WHO's action for continuous improvement in oral health*. Bulletin of the World Health Organization (WHO). Retrieved September 15, 2012, from www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial10905html/en/
- Peto, R., Lopez, A., Boreham, J., & Thun, M. (1994). *Mortality From Smoking in Developed Countries*. Publicado em conjunto pelo Fundo Imperial de Pesquisas do Câncer, da Grã-Bretanha, pela OMS e pela Sociedade Americana do Câncer.
- Perkins, K.A., Karelitz, J. L., Giedgowd, G. E., & Conklin, C. A. (2011). The Reliability of Puff Topography and Subjective Responses During Ad lib Smoking of a Single Cigarette. *Nicotine Tobacco Research* 10(29).
- Pietrobon, R. C., Barbisan, J. N., & Manfroi, W. C. (2007). Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. *Revista HCPA*, 27(3), 31-36.
- Pires, G. L.; Matiello, Jr. E. & Gonçalves, A. (1998). Alguns olhares sobre aplicações do conceito de qualidade de vida em educação física/ciências do esporte. *Rev.Bras.Ciênc. Esp.* 20(1), 53-57.
- Planeta, C. S., & Cruz, F. C. (2005). Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(5), 251-258.
- Pombo-de-Barros, C. F., & Arruda, A. M. S. (2010). Afetos e representações sociais: Contribuições de um diálogo transdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2).
- Pomerleau, C. S. (1997). Co-factors for smoking and evolutionary psychobiology. *Addiction*, 92(4), 397-408.
- Pomerleau, C. S., Marks, J. L., & Pomerleau, O. F. (2000). Who gets what symptom? Effects of psychiatric co-factors and nicotine dependence on patterns of nicotine withdrawal symptomatology. *Nicotine and Tobacco Research*, 2(3), 275–280.
- Pomerleau, C. S., Downey, K. K., Snedecor, S.M., Mehringer, A. M., Marks, J. L., & Pomerleau, O. F. (2003). Smoking patterns and abstinence effects in smokers with no ADHD, childhood ADHD, and adult ADHD symptomatology. *Addictive Behaviors* 28(6), 1149–1157.
- Dicionário Histórico, Corográfico, Heráldico, Biográfico, Bibliográfico, Numismático e Artístico*. Recuperado em 05 fevereiro, 2011, de <http://www.arqnet.pt/dicionario/tabaco.html>
- Possato, M., Parada, C. M. G. L., & Tonete, V. L. P. (2007). Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: Estudo realizado em hospital do interior paulista. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 434-440.

- Silva, M. P., Silva, R. M. V. G., & Botelho, C. (2008). Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(11), 927-935
- Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, 3(22), 499-506.
- Queiroz, A. P. S. (2004). *Avaliação ultra-sonográfica do amadurecimento precoce da placenta e prognóstico perinatal* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Pernambuco, Recife - PE, Brasil.
- Rapaport, D. (1965). *Tests de diagnostico psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Reibel, J. (2005). Tobacco or oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 641-720.
- Reinert, M. (2001). Alceste, une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours: application aux "rêveries du promeneur solitaire. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 5(49), 32-36.
- Renovato, R. D., Bagnato, M. H. S., Missio, L., Murback, S. E. S. L., Cruz, L. P., & Bassinello, G. A. H. (2009). Significados e sentidos de saúde socializados por artefatos culturais: leituras das imagens de advertência nos maços de cigarro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1599-1608.
- Ribeiro, C. G. (2011). *Representações sociais da violência doméstica: qualidade de vida e resiliência entre mulheres vítimas e não vítimas* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.
- Roberts, B. (2006). Inventions in the Tobacco Industry. Em *Tar Heel Junior Historian*. Recuperado em 05 fevereiro, 2011, de www.ncmuseumofhistory.org/collateral/articles/f06.inventions
- Rodrigues, E. S. R., Cheik, N. C., & Mayer, A. F. (2008). Nível de atividade física e tabagismo em universitários. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 672-678.
- Rondina, R. de C., Gorayeb, R., & Botelho, C. (2003). Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(6), 221-22.
- Rondina, R. C., Gorayeb, R., & Botelho, C. (2007). Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(5), 592-601.
- Rondina, R. C., Moratelli, H. B., & Botelho, C. (2009). Tabagismo e características da personalidade em estudantes universitários. *Revista de Psicologia da IMED*, 1(1), 46-55.
- Rosemberg, J. (1985). Nocividade à saúde das crianças consequente ao tabagismo dos pais. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 31(1/2), 2-6.

- Rosemberg J. (2002). *Pandemia do tabagismo - enfoques históricos e atuais*. São Paulo: SES/CVE.
- Rosemberg. J. (2003). *Nicotina: droga universal*. São Paulo: SES/CVE.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Sales, M. P. U., Figueiredo, M. R. F., Oliveira, M. I., & Castro, H. N. (2006). Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(5), 410-417.
- Salgado, M. S. (2010). *Estratégia prioritária de controlo do Tabagismo: caracterização do perfil dos fumadores e referenciação numa consulta de cessação de um Hospital Distrital da Beira Interior* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Beira do Interior, Portugal.
- Martínez, J. A. S., & Ribeiro, C. R. O. (2008). En búsqueda de la igualdad: representaciones del acto de fumar en mujeres adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 640-645.
- Santos, M. de F. G. (s.d). *A Construção da Ambivalência na Pintura de Dina Oliveira*. Recuperado em 01 setembro, 2012, de www.eba.ufrj.br/ppgav/lib/exe/fetch.php?media=anais
- Sborgia, R. C., & Ruffino-Netto, A. (2005). Tabagismo e a transdisciplinaridade. *Medicina*, 38(2), 161-163.
- Sborgia, R. C., & Ruffino-Netto, A. (2005). Tabagismo, saúde e educação. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31(4), 371-372.
- Sé, C. C. S., & Amorim, W. M. (2009). Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da mulher. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 5(1), 1-18.
- Seroli, W., & Rapoport, A. (2009). Avaliação da saúde bucal no diagnóstico de pacientes com câncer bucal. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 38(3), 157-162.
- Silva, A. O., Sousa, C. M. M., Gaspar, M. F. M., Paredes, M. A. S., Tura, L. F. R., & Jesuíno, J. C. (2008). Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 423-427.
- Silva Filho, O. A. (2003). *Falando sobre Tabagismo*. Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo - SECOPTT. Recuperado em 20 julho, 2009, de www.tabagismoonline.com.br/pneumologia/falando-sobre-tabagismo/

- Silva, I. A. S., & Cruz, E. A. (2008). Trabalho da enfermeira intensivista: um estudo da estrutura das representações sociais. *Revista da Escola de Enfermagem*, 42(3), 546-553.
- Silva, M. A. M., Rivera, I. R., Carvalho, A. C. C., Júnior, A. H. G., & Moreira, T. C. A. (2006). Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 82(5), 365-370.
- Silva, C. M. M. (2005). *O processo de cessação do fumar na perspectiva de ex-fumantes* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória – ES, Brasil.
- Smith, P. (1994). Les monopoles français des tabacs et des allumettes aux XIX e et XX e siècles: bibliographie sélective. Em *Recherches contemporaines*. Retrieved October 05, 2009, from www.u-paris10.fr/60678699/0/fiche_pagelibre/
- Souza, D. L. B. (2006). *Os significados do tabagismo construído na dinâmica social* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal - RN, Brasil.
- Souza, E. S. T., Crippa, J. A. S., Pasian, S. R., & Martinez, J. A. B. (2009). Estrutura fatorial da versão brasileira da escala razões para fumar modificada. *Revista da Associação Medica Brasileira*, 55(5), 557-562.
- Spink, M. J. (1999). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Tanskanen, A., Viinamäki, H., Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H.T., & Lehtonen, J. (1998). *Smoking and Suicidality Among Psychiatric Patients*. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 129-130.
- Thoresen, C. E., & Eagleston, J. R. (1985). Counseling for health. *The Counseling Psychologist*, 13 (1), 15-87.
- Trigo, M. (2007). *Cigarros, Tabaco e Nicotina: factores biocomportamentais associados ao tabagismo* (Tese de doutorado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Triviños, A.N.S. (2001). *Bases Teórico-Metodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais*. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis, Volume IV. 2ª ed. Porto Alegre.
- USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1988). *The health consequences of smoking - Nicotine addiction: a Report of the Surgeon General*. Rockville: USDHHS, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- USSG - United States Surgeon General (1990). *The Health Benefits of Smoking Cessation: a report of the Surgeon General*. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. Rockville, Maryland.

- Uzun, O., Cansever, A., Basoglu, C., & Ozsahin, A. (2003). Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up study in Turkey. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(2), 187-192.
- Vigié, M. (1989). *L' herb à Nicot*. Fayard: Paris: Editions Fayard.
- Vitoria, P. D., Raposo, C. S., & Peixoto, F. A. (2000). A prevenção do tabagismo nas escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 45-51.
- Weinberger, A. H., Desai, R. A., Mckee, S. A. (2010). Nicotine withdrawal in U.S. smokers with current mood, anxiety, alcohol use, and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 108,7-12.
- Werlang, B. G. Avaliação inter e transgeracional da família. (2009). Em J. A. Cunha (Org.). (2000). *Psicodiagnóstico V*. (pp.141-150). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vessey, M.; Painter, R., & Yeates, D. (2003). Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. *Lancet*, London, 362 (9379), 185-191.
- WHO. *WHO quer acabar com a dependência do tabaco*. (2012). Tobacco Free Initiative 15 August. Retrieved September 09, 2012, from www.who.int/tobacco/
- The WHOQOL Group. World Health Organization. (1997). *WHOQOL: measuring quality of life*. Geneva: WHO.
- WHO - World Health Organization. (1999). *Making a Difference*. World Health Report. Geneve, Switzerland.
- WHO - World Health Organization. (2008). *Who report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package*. Bloomberg Philanthropies.
- Wikipedia - The Free Encyclopedia. Retrieved September 09, 2012, from http://en.wikipedia.org/wiki/Urie_Bronfenbrenner
- Xavier, J. (2004). OMS associa fumo à pobreza. *Revista RADIS – Comunicação em Saúde*, 21, 8-26.
- Zabert, G., Chatkin, J. M., Neumól, M. C., & Ponciano-Rodríguez, G. (2010). Reflexiones sobre oportunidades de intervención en tabaquismo en Latinoamérica. *Salud Pública de México*, 52(2), S283- S287.
- Zvolensky, M.J, Stewart, S.H., Vujanovic, A.A., Dubravka G., & Steeves D. (2009). Anxiety sensitivity and anxiety and depressive symptoms in the prediction of early smoking lapse and relapse during smoking cessation treatment. *Nicotine Tobacco Residence*, 11(3), 323-31.

FONTES

Atualidades em tabagismo. Recuperado em 04 maio, 2009, de <http://www.paraiba.pb.gov.br/index.php?...id..>

Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Recuperado em 04 maio, 2009, de <http://www.paraiba.pb.gov.br/index.php?...id..>

Controle do Tabaco. Recuperado em 08 setembro, 2012, de http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/tratamento_tabagismo

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Recuperado em 20 agosto, 2011, de http://www.tabagismoonline.com.br/Help_Fumo. <http://www.helpfumo.com.br/>

Decreto-Lei 433/82, de 27 de Outubro Decretos de Leis nº. 356/89, de 17 de Out., 244/95, de 14 de Set. e pela Lei nº. 109/2001, de 24 de Dez. Recuperado em 09 outubro, 2011, de <http://www.minerva.uevora.pt/www.portugal.gov.pt>

História do tabagismo. Recuperado em 04 junho, 2009, de <http://www.historiadomundo.com.br/>
<http://www.históriadotabaco.com.pt/tabaco/pesquisa>

História do tabagismo. Recuperado em 05 outubro, 2010, de <http://www.areaseg.com/toxicos/fumo.html/http://www.areaseg.com/ads3.gif>.
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vfFitzVce88J:www.areaseg.com/toxicos/fumo.html+Rosmarie+Erban,+conselheira+de+sa%C3%BAde+da+OMS,&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&source=www.google.com.br>

Instituto Nacional do Câncer. Recuperado em 20 agosto, 2010, de <http://www.inca.gov.br/>
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/imagens/portal/327666.jpg>.

Malefícios do tabagismo. Recuperado em 04 maio, 2009, de http://www.psicologia.com.pt/iinstrumentos/drogas/ver_ficha.php
<http://www.tabaco.pt/maleficios/saude/instrumentos/ficha>

Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. Recuperado em 04 maio, 2009, de www.obid.senad.gov.br/

Programa Nacional do Controle do Tabagismo. Recuperado em 04 maio, 2009, de <http://www.inca.gov.br/>

Tabagismo. Recuperado em 25 março, 2012, de <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/index.asp>
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf
http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/controle_tabagismo.pdf

Scielo.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-1082005000200004

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1697/169722528007.pdf>

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/13.pdf>

<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n4/10.pdf>

<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22098/3/TeseComportamento%20de%20fumar%20em%20adolescentes.pdf>

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea17.pdf>

http://www.bdt.d.ufes.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=334

APÉNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO – TCLE

Esta pesquisa intitula-se “*Tabagismo e Qualidade de Vida: Um estudo das implicações biopsicossociais à luz das Representações Sociais*”, e está sendo desenvolvida por Clênia Maria Toledo de Santana Gonçalves, da Universidade Federal da Paraíba, do Programa de Doutorado em Psicologia. O objetivo da pesquisa é apreender as representações sociais do fumar elaboradas por fumantes e não fumantes. Essa pesquisa contribuirá apontando as representações sociais que os sujeitos têm sobre o fumar, oferecendo assim possibilidades para entender como esses processos são percebidos pelos participantes deste estudo e, propor estratégias de intervenção. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Para o desenvolvimento desta pesquisa serão aplicados quatro instrumentos: Questionário Biossociodemográfico; Técnica de Associação Livre de Palavras; Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL–BREF), Questionário de Tolerância de *Fagerström*; Entrevista Semi-estruturada. Solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada (se for o caso), como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica. Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo. O pesquisador (a) responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usadas pelo (a) responsável pela pesquisa com propósitos científicos.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Testemunha (em caso de analfabeto)

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Endereço do Pesquisador (a) Responsável: UFPb – Cidade Universitária – João Pessoa - PB - Brasil - CEP - 58051-900

Telefone para Contato: (83) 8708.0686 / 9125.0728

E-mail: ctoledosantana@yahoo.com.br

QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO

- Idade: _____
- Sexo: _____
- Escolaridade: _____
- Naturalidade: _____
- Estado Civil: _____
- Profissão: _____
- Idade que começou a fumar: _____

TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Instruções: Se eu lhe digo as palavras: *Saúde*, *Fumar*, e *Eu mesmo*, o que lhe vem à mente.

Agora, diga-me três palavras que rapidamente você associa a *Saúde*...

- Saúde:

Agora, diga-me três palavras que rapidamente você associa a *Fumar*...

- Fumar:

Agora, diga-me três palavras que rapidamente você associa a *Eu mesmo*...

- Eu mesmo:

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA FUMANTES

Questão inicial: Para você o que significa fumar?

▪ Quais as circunstâncias que lhe levaram a fumar?

▪ Há situações em que você fuma mais?

▪ Você quer acrescentar mais alguma coisa sobre o fumar?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA NÃO FUMANTES E EX-FUMANTES

Questão inicial: Para você o que significa fumar?

- Quais as circunstâncias que você acha que levam uma pessoa a fumar?

- Em quais situações você acha que uma pessoa fuma mais?

- Você quer acrescentar mais alguma coisa sobre o fumar?

ANEXOS

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPÊ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP/UNIPÊ

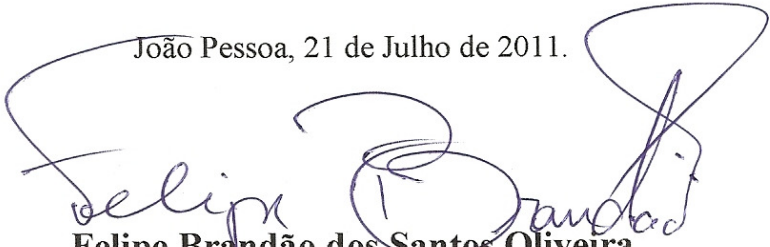
CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa – CEP/UNIPÊ, em sua 40ª Reunião Ordinária realizada em 19.07.2011, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos, aprovou o parecer referente ao Projeto de Pesquisa **“O tabagismo e suas implicações no contexto da saúde: Um estudo à luz das representações sociais”** da pesquisadora responsável Clênia Maria Toledo de Santana Gonçalves e apresentado.

Esta certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/UNIPÊ o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 21 de Julho de 2011.



Felipe Brandão dos Santos Oliveira
Coordenador do CEP/UNIPÊ

Prof. Dr. Felipe Brandão dos Santos Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPÊ

QUESTIONÁRIO DE TOLERÂNCIA DE *FAGERSTRÖM*

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- Dentro de 5 minutos (3)
- Entre 6 e 30 minutos (2)
- Entre 31 e 60 minutos (1)
- Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?

- Sim (1)
- Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

- O primeiro da manhã (1)
- Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- Menos de 10 (0)
- De 11 a 20 (1)
- De 21 a 30 (2)
- Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

- Sim (1)
- Não (0)

6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- Sim (1)
- Não (0)
- **Pontuação:**

0 – 2 pontos = muito baixa; 3 – 4 pontos = baixa; 5 pontos = média; 6 – 7 pontos = elevada; 8 – 10 pontos = muito elevada.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circula no número que lhe parece a melhor resposta

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
		1	2	3	4	5

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
		1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	5	4	3	2	1
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	5	4	3	2	1
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
	Quão saudável é o seu ambiente					

9	físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais	1	2	3	4	5

	(amigos parentes, conhecidos, colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunc a	algum as vezes	frequenteme nte	Muito frequenteme nte	sempr e
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	5	4	3	2	1

BANCO DE DADOS DO TRI-DEUX-MOTS

Variáveis fixas

15	16	17	18	19
Tabagismo	Sexo	Idade	Idade que começou a fumar	Escolaridade
Fumante - 1 Não-Fumante - 2	Masculino - 1 Feminino - 2	18-28 anos - 1 29-38 anos - 2 39-48 anos - 3 ≥ 49 anos - 4	< 18 - 1 19-28 - 2 29-38 - 3 ≥ 39 - 4	Ens. Fundamental - 1 Ens. Médio - 2 Ens. Superior - 3

Variáveis de opinião

(associações dos participantes face aos estímulos indutores)

1 – Saúde 2 – Fumar 3 – Eu mesmo

1ª coluna: Fumante = 1 Não fumante = 2

OBS: Não muda até o último participante fumante, em seguida o número 2 até o final dos não fumantes.

2ª coluna: Masculino = 1 Feminino = 2

3ª coluna: 18-28 anos = 1

29-38 anos = 2

39-48 anos = 3

≥ 49 anos = 4

4ª coluna: <18 = 1

19-28 = 2

29-32 = 3

≥ 32 = 4

BANCO DE DADOS DO TRI-DEUX-MOTS

121hospit1 medico1 medical1 exames1 cirurgi1 morrer2 perda2 sepuni2 raiva2 naosei3 nada3*
121senbem1 medcao1 remedi1 malsau2 cancer2 morte2 acalm2 bonito2 nervosa3 nbonit3*
121corpo1 naofum1 corcab1 facil2 bom2 deifum2 canboc2 deifum3 segura 3*
111medico1 medical1 exerci1 doenca2 malche2 escrav2 higien2 pouvon3 honest3 chato3 exigen3*
121estbem1 famili1 estcal1 alegri2 charme2 prazer2 prejud2 triste3 autesb3 amoros3*
111quavid1 alimen1 corage1 ruim2 morte2 sempaz2 naosei3*
111estbem1 estmau1 exccig1 aborre1 negati1 revolt2 senmal2 naofum2 diafum2 comcig2 recmul2 recfil2*
121coiboa1 fazmal2 faldar2 ofend2 parfum3 ajuda3*
121import1 ofende1 boa1 depend2 ofende2 dese2 incpes2 inovad3 livre3 droga3*
121bemest1 feliz1 autest1 ruim2 malche2 estres2 prefin2 cancer2 meenco3 sercal3 serera3 dor3 estado3*
111ruim1 naoten1 corage1 lament2 ruim2 naodei2 ajuda2 amante3 so3 amiga carent3*
111bemest1 dispos1 harmon1 conten1 bomhum1 estatu2 conqui2 lazer2 secvid2 sersoc2 decfis3 diabet3 decsex3 cansaç3 faldis3*
111gentem1 jogcig1 otimal1 triste2 infcol2 prosau2 impote2 sisner2 vonpar3 aleesp3*
111vida1 cuidar1 bemest1 cansaç2 naoviv2 saugas2 naodfu3 ajuda3 tencon3*
121parfum1 vicio2 naofum2 insist2 parfum3 tersau3 dor3*
111medico1 enferm1 hospit1 equipal1 necess2 suicid2 depend2 viver3 contri3 humani3*
121naoten1 remedi1 queter1 caminh2 ofende2 doenca2 defect3 parfum3 tersau3*
111critic1 tudvid1 preocu1 corpo1 habter2 naopen2 fazmal2 polamb2 fraca3 impote3 doente3 preout3*
121cigarr1 deifum1 deibeb1 commui1 bonpen1 serale1 doenca2 malche2 trieza2 vergon2 arrepe2 droga2 fumar3 trieza3 impaci3 frustr3 raiva3*
111paz1 vigor1 trabalh1 alegri1 defici2 prazer2 prisao2 alegri3 fe3 emotivo3
121sempro1 fazchel1 incons1 corpo1 ansied2 solida2 angust2 trieza2 naorea3 naotra3 deifum3 feldei3*
111fumar1 deifum1 prejud1 naofre1 prazer2 dinhei2 vontad2 vicio2 conver3 pessoa3*
122import1 tudo1 praoso2 relaxa2 acalma2 fumar3 semrai3 infeli3 objvid3*
121vida1 juven1 bemest1 piocam2 droga2 depend2 feliz3 ancora3 desejo3 naofum3*
121quavid1 dorbem1 atifis1 prazer2 desest2 calman2 extrov3 alegri3 brinca3*
121vida1 edufis1 paz1 prazer2 vicio2 coisma2 difici3 timido3 ruim3 otimis3 esforç3 tolera3 irreve3 temdeu3 adocri3*
121import1viver1 filhos2 import2 dinhei2 vicio2 import3 pobre3 feliz3*
121doença1 ansied1 nervos1 naofum2 cansaç2 ansied2 parfum3 cansaç3 faltar*
111deifum1 quavid1 respir1 prazer2 satisf2 depend2 fraca3 irreve3 cuidad3*
112respir1 prazer1 deifum1 prazer2 ansied2 lazer2 distra2 inteli3 indeci3 amiga3 ansied3*
112fisico1 estado2 acalma2 extrov3*
111princi1 oresec1 vicio2 desgra2 deifum3 tersau3*
111dispos1 futebol1 academ1 bemest1 prazer2 tranqu2 calma2 confia3 trabalh3 futuro3 determ3 carate3 honra3 princi3*
111esport1 boxel1 caminh1 alimen1 agual1 relaxa2 amigos2 vicio2 profis3 futuro3 amigos3 viagen3*

112vidal1 saudav1 prazer2 animar2 tirson2 trador3 honest3 timido3 respro3*
 122bemest1 medico1 hospit1 remedi1 desest2 bom2 amiga3 fuman3 feliz3*
 121bom1 exerci1 alegr1 gostos2 alivio2 gosmui2 alegre3 feliz3 compan3*
 111exerci1 boaali1 descana1 isquei2 cancer2 tranqu3 entros3 centra3*
 111exerci1 bemest1 academ1 calma2 ansied2 digest2 ansios3 nervos3 pensat3*
 111livre1 prepes1 precor1 premen1 desgra2 falver2 semver3*
 122deifum1 prealt1 relaxa2 desest2 forvon3*
 111debili1 desest2 prazer2 arrepe2 fumar3 vonpar3*
 122paz1 alegr1 sorte1 trieza2 malest2 fedor2 naofum3 forvon3 alegria3*
 112doença1 remedi1 homeos1 medico1 hospit1 ansied2 nervos2 ansios3 extrov3*
 121import1 preciso1 cuidad1 fragil1 relaxa2 pensar2 distra2 parfum3 decuid3 tranqu3*
 112bemest1 malsau2 bemest3 vivbem3*
 122bemest1 alimen1 esport1 estres2 insegu2 nervos2 estado3 nervos3 insegu3*
 111esport1 boaali1desest2 prejud2 naosei3 simpat3*
 121naoten1 boalai1 esport1 presau2 bonita3 educad3 muides3*
 121dor1 respiral1 medico1 desest2 leveza2 liberd2 autent3 prefor3 alegre3 humana3
 amiga3*
 111medico1 bemest1 remedi1 mertio1 sexo1 prazer2 fumaça2 reflex2 dinhei2 alegria2
 cafe2 ansied2 depalm2 sexo2 poscoi2 cigarr3 cafe3 thesem3 musica3 fisico3*
 122equemo1 cuidad1 autoes1 habito2 sociab2 prazer2 comuni3 critica3 sociav3*
 122vidal1 prazer1 preserv1 cuidad1 manutel1 prazer2 fumaça2 vicio2 nicoti2 desejo2
 gentil3 sensat3 descas3 cuidad3 vida3*
 121remedi1 bemest1 medico1 fumaça2 gosrui2 cherui2 loucur3 esquec3 piadis3*
 121quavid1 exefis1 maqofel1 prazer2 relaxa2 intros2 bebida2 reflex3 duvida3 certez3
 curios3*
 122bemest1 alimen1 exefis1 exames1 bonhab1 satisf2 ansied2 habito2 culpa2 morpre2
 ansied3 artes3 desenh3 livros3 tv3*
 121bemest1 vida1 import1 cuidad1 necess1 prazer2 prejud2 dinhei2 vicio2 relaxa2 hipera3
 curios3 estudar3 espiri3 dedção3*
 121melhor1 exefis1 dieta2 calman2 satisf2 eliz3 satisf3*
 112sus1 preven1 dificu1 dsts1 liberd2 parcer2 bemest2 intros2 compli3 sincer3 racion3
 medo3*
 122lazer1 esport1 doença2 cansaç2 indis2 tranqu3 simpat3 econom3*
 211medico1 enferm1 psiqui1 divert2 solida2 trieza2 feliz3 naofum3 deibeb3*
 211famili1 socied1 conviv1 falinf2 consci3*
 211tudo1 nempen2 fedor2 felici3*
 212traadel1paz1 atifis1 pessim2 devcum3*
 221bemes1 alegr1 felici1 repudi2 fedor2 triste2 naogos2 extrov3 sincer3 amiga3*
 211bemest1 energi1 força1 medico1 alegria1 ausdor1 pena2 dansau2 veneno2 intoxi2
 pregra2 cancer2 malhali2 feliz3 parar3 meldec3 orgpar3 repfum3 nunfum3*
 211viver1 respir1 dormir1 destru2 cansaç2 ansied2 simpat3 tranqu3 norma3*
 221respir1 fataar1 secre1 tosse12 malhab2 chefor2 falape2 agradec3 saudav3 vitori3
 religi3*
 212tranqu1 terfam1 ansied2 atrali2 parfum3*
 211parfum1 parbeb1 exerci1 tertem2 cerfum2 caudis2 decmim3 tinfum3 naobem3
 tomcor3*
 211bemest1 satviv1 palcom1 veneno2 morte2 prefin2 disami2 falpra3 alegr3 recsau3*
 211tersau1 presau2 prefam2 preami2 bom3 legal3 autest3 cabfei3*
 211esport1 boaali1 naoalc1 gostar2 acalma2 dimans2 vicio2 educad3 estres3 amigo3*
 221bemest1 lazer1 alimen1 saudav1 pessim2 malsau2 cancer2 paz3 harmon3 bemest3*

221tudo1 basviv1 semvid1 dispos1 tudrui2 persau2 nadpre2 amiga3 sincera3 amor famili3
 deus3*
 221bemest1 alegria1 dispos1 pertem2 arrepe2 desgas2 forvon3 persev3 corage3*
 211atifis1 boaali1 pazint1 fazmal2 ebom2 status2 trador3 famili3 amigo3*
 221bemest1 alimen1 atifis1 morte2 doença2 envelh2 malche2 trabal2 famili3 lazer3*
 221limpez1 higien1 tranqui1 sosseg1 paz1 sujeir2 malche2 poluiç2 malgos2 semper2
 equili3 feliz3 bemdis3 saudav3 confia3 solida3 human3*
 222naofum1 naobeb1 naomui1 horror2 mauche2 naocom2 propul2 derrame2 outcig3
 estbem3 comsau3 ganpes3 appetite3*
 221alisau1 exerci1 cuimed1 presau2 fazpro2 naodev2 reflex3 bomhum3 gosest3*
 211equbio3 equpsi1 equemo1 estbem1 bemtral1 desest1 doença2 degbio2 degpsi2
 degemo2 spsifi2 cidmun2 cidmun3 penapr3 intmun3 inthum3*
 221medico1 enferm1 hospit1 doença2 cancer2 malest2 compan3 estres3 feliz3*
 211coiboal1 paz1 felici1 ruim2 nojent2 fazmal2 trador3 religi3 esforç3*
 221bemest1 felici1 atifis1 desest2 prejud2 malche2 alegre3 exfum3 amigo3*
 221bemest1 tranqui1 famili1 vicio2 famsau2 doença2 bemvid3 saude3*
 221bemest1 vidlon1 praviv1 presau2 vidcur2 envelh2 faccon3 toleran3 facamiz3*
 221vivbem1 bemest1 vitali1 vicio2 domvoc2 trpraz2 naomai3 arrepe3 vivmel3 alegre3
 extrov3 obstin3*
 222imphum1 seamar1 secuid1 vicmal2 domina2 aprisio2 venci3 dbasit3 forvon3 *
 221vidal1 combem1 felici1 pessau2 victri2 malmum2 pessim3 humild3 batalha3*
 213bom1 naocur2 feio2 legal3 estres3 naosei3 compan3*
 223bemest1 nunca2 corage3*
 223essenc1 prejud2 engraç3*
 213quavid1 preven1 saude1 doença2 vicio2 propul2 esport3 preven3 famili3*
 223bemest1 felici1 alegri1 ruim2 enfize2 cancer2 resobj3 trabal3 religi3 carida3*
 213viver1 alegri1 bemest1 nojo2 coirui2 mauche2 viver3 conviv3 compar3*
 213viver1 vidal1 vicio2 droga2 vidcur2 calma3 ajuda3*
 222cuidar1 precar1 naogos2 dedica3 respon3*
 213alimen1 exerci1 cancer2 depend2 prores2 timido3 amigav3*
 223bemest1 dispos1 praesp1 prosau2 exhibic2 doença2 estabi3 segura3 alegri3 confia3*
 223compro1 bemest1 falcon2 ignora2 irresp2 obriga3 mudrea3*
 213vidal1 dispos1 felici1 doença2 mauche2 futuro3 trabal3 saude3*
 213doença1 bemest1 hospit1 naosoc2 viciad2 droga2 estuda3 estagi3 bomfil3 loiro3*
 213ficvel1 longe2 famili3 futuro3*
 223estbem1 fisico1 psicoll1 semdoe1 preven1 mauche2 falres2 malhab2 faledu2 calada3
 quieta3 legal3*
 213bemest1 prejud2 consau2 tranqui3*
 223bemest1 combem1 exerci1 dorbem1 acoale1 fazmal2 danpul2 incpes2 malhum2
 saude3 bemest3 debvid3 feliz3*
 213bom1 bemest1 bemsau1 felici1 droga2 falres2 semvid2 aprend3 conheç3 falpac3
 naoate3*
 213bem est1 essenc1 repudi2 alegri2 tosse2 narent2 genboa3 amigo3*
 213medico1 pacien1 hospit1 remedi1 farmac1 vacinal1 droga2 canpul2 legal3 inteli3
 pregui3*
 223bemest1 cuidad1 interv1 doenç2 vicio2 desag2 feliz3 irrita3 esforç3*
 223felici1 prospe1 longev1 egoism2 fulga2 morte2 insegu3 alegri3 futuro3*
 224bemest1 boavid1 quavid1 mauche2 doença2 proble2 vidtra3 bemest3 exerci3*
 213bemest1 vitali1 dispos1 adoece2 angust2 influe2 feliz3 satisf3 objeti3*
 223tudo1 viver1 trabal1 doença2 vicio2 naogsi2 presau2 nunfum3 vivmai3 fazbem3*
 223bemest1 depres1 alegri1 doença2 proble2 amor3 ajudar3 ajuda3*

213vidal1 equilil1 paz1 temor2 fuga2 desequ2 doença2 deus3 animal3 viver3 invent3
desenv3*

223bemest1 quavid1 prazer1 parfum2 suicid2 ignora2 egoism2 feliz3 realiz3 sonhad3*

222cuicor1 domdeu1 alegri1 malsau2 vicio2 falcon2 fe3 amor3 forvon3*

223alimen1 bemest1 alegri1 burri2 refugi2 emocio2 ansied2 fe3 deus3 priori3*

Aborrecimento → aborre
Acalmar/Acalma → acalma
Acaba a vida → acavid
Academia (2) → academ
Acordar alegre → acoale
Adoro criança → adocri
Adoecer → adoece
Água → agua
Agradecer → agrade
Alegria (16) → alegri
Alegre (2) → alegre
Alegrar minha esposa → aleesp
Alívio → alívio
Alimentação (6) → alimen
Ansiedade (11) → ansied
Ansioso/ansiosa (3) → ansios
Animal → animal
Animar → animar
Atrapalhava na alimentação → atrali
Ajuda (5) → ajuda
Ajudar → ajudar
Amante → amante
Amiga /amigo (4) → amiga
Amigo → amigo
Amigos (2) → amigos
Amigável → amigav
Amor (2) → amor
Angústia (2) → angust
Apetite → appetit
Aprender → aprend
Auto estima (2) → autoes

Arrependimento (2) → arrepe
Atividade física → atifis
Autentica → autent
Ausência de dor → ausdor
Autoestima → autest
Artes → artes
Base de viver → basviv
Bebida → bebida
Bem estar (32) → bemest
Bem de saúde → bemsau
Bem disposta → bemdis
Bem no trânsito → bemtra
Boa vida → boavid
Bom (5) → bom
Bom filho → bomfil
Bom humor → bomhum
Bonita → bonita
Bons pensamentos → bonpen
Bons hábitos → bonhab
Boa → boa
Boa alimentação (3) → boaali
Boxe → boxe
Burrice → burric
Brincalhão → brinca
Caridade → carida
Calada → calada
Causa distúrbios → caudis
Cabeça feita → cabfei
Calma (2) → calma
Calmo (2) → calmo
Calmante (2) → calman
Caminhada → caminh
Café (2) → cafe
Cansaço (5) → cansaç

Câncer (4) → cancer
Câncer de boca → canboc
Câncer de pulmão → canpul
Carente → carent
Caráter → carate
Carinho (2) → carinh
Certeza → certez
Certo ter deixado de fumar → cerfum
Centrado → centra
Confiança (2) → confia
Compromisso → compro
Complicado → compli
Comer bem → combem
Conhecer → conheç
Coisas ruins → coirui
Coisa má → coisma
Chato → chato
Cheiro ruim → cheirui
Cheiro forte → cheifor
Cigarro (2) → cigarr
Cirurgia → cirurg
Cidadão do mundo → cidmun
Coisa boa → coiboa
Corpo (4) → corpo
Coragem (3) → corage
Conversar → conver
Conviver → conviv
Consciente → consci
Contra a saúde → consau
Compartilhar → compar
Companheiro → compan
Companheira → comira
Comunicativa → comuni
Comprar cigarro → comcig

Comer muito → commui
Contentamento → conten
Convivência → conviv
Contribuir → contri
Confiante → confia
Conquista → conqui
Culpa → culpa
Cuidar (4) → cuidar
Cuidado/cuidadoso (5) → cuidad
Curiosidade → curios
Crítica (2) → critic
Dano a saúde → dansau
Danos aos pulmões → danpul
De bem com a vida → debvid
Deus (3) → deus
Dom de Deus → domdeu
Desenvolvendo → desenv
Dedicação → dedica
Determinação → determ
Déficit → defic
Diminui a ansiedade → dimans
Deficiência → defici
Decadência física → decfis
Degradação bio → degbio
Degradação psico → degpsi
Degradação social → degsoc
Decadência de sexo → decsex
Decidir por mim → decmim
Dedicação Dedicada → dedção
Disposição → dispos
Debilitada → debili
Dependência (5) → depend
Depois do almoço → depalm
Deixar de fumar (10) → deifum

Deixar de beber (2) → deibeb
Depressão → depres
Desejo (2) → desejo
Desestressante (6) → desest
Descuidado → descui
Desequilíbrio → desequ
Desgosto → desgos
Desenho → desenh
Descaso → descas
Descanso → descan
Derrame → derram
Deselegante → desele
Desgraça → desgra
Desgaste → degast
Desgraçado → desgra
Desagradável → desagr
Dever cumprido → devcum
Divertimento → divert
Dieta → dieta
Diabetes → diabet
Distancia de amigos → disami
Dia a dia do fumante → diafum
Disposição (5) → dispos
Destrução → destru
Distração (2) → distra
Dinheiro (4) → dinhei
Difícil → difíci
Dificuldade → difícu
Digestivo → digest
Doença (15) → doença
Dor (3) → dor
Dor de cabeça → dorcab
Dormir → dormir
Dormir bem (2) → dorbem

Domina você → domvoc
Doente → doente
Droga (7) → droga
Dúvida → duvida
DSTs → dsts
Economista → econom
Educada → educad
Educação física → edufis
Emocionante → emocio
Energia → energi
Enfizema → enfize
Enfermeira (2) → enferm
Envelhecimento → envelh
Encorajado → encora
Entrosamento → entros
Engraçada → engraç
Esforçada (2) → esforç
Escravidão → escrav
Esporte/esportes (6) → esport
Estudante → estuda
Estagiário → estagi
Estatus → estatu
Estabilidade → estabi
Estar bem (2) → estbem
Estar mal → estmal
Estrovertido-a (3) → estrov
Equilibrada → equil
Eu → eu
Egoísmo (2) → egoism
Espiritualidade → espiri
Estress (2) → estres
Estressado (4) → estado
Essencial (2) → essenc
Esquecimento → esquec

Estudar → estuda
Ex fumante → exfuma
Exames (2) → exames
Exibicionismo → exhibic
Excesso de cigarro → exccig
Exercício (9) → exerci
Exercicio fisico → exefis
Exigente → exigen
Explodir comigo → expcom
Equipamentos → equipa
Equilibrio psiquico → equpsi
Equilíbrio → equili
Equilibrio bio → equbio
Equilibrio emocional → equemo
Fácil → facil
Facilidade para amizade → falami
Família (2) → famili
Familia saudável → famsau
Falta de educação → faledu
Falta de respiração → falres
Falta de ar → faltar
Falta de consciência → falcons
Falta de respeito → falresl
Falta de vergonha → falver
Falta de informação → falinf
Farmácia → farmac
Faz mal (3) → fazmal
Faz mal ao proximo → fazpro
Fazer o bem → fazbem
Faz mal a saude → famsau
Fazer cheque → fazche
Falta de controle → falcon
Falta de appetite → falape
Falta de vontade → falvon

Falta de ar → faldar
Falta de disposição → faldis
Falta de paciência → falpac
Falso prazer → falpra
Feio → feio
Fedor / fede → fedor
Felicidade (4) → felici
Feliz (11) → feliz
Feliz se deixar → feldei
Fé (3) → fe
Filhos → filhos
Ficar velho → ficvel
Físico (4) → fisico
Física → fisica
Força de vontade (2) → forvon
Frac (2) → fraca
Fuga (2) → fuga
Frustração → frustr
Fumo → fumo
Fumar (3) → fumar
Fumaça (3) → fumaça
Fumante → fuman
Futuro (5) → futuro
Futebol → futebo
Frágil → fragil
Força → força
Força de vontade → forvon
Gente que têm → gentem
Gente boa → genboa
Gentileza → gentil
Gostoso → gostos
Gosto muito → gosmui
Gosto ruim → gosrui
Hábito (3) → habito

Hábito terrível → habter
Harmonia → harmon
Higiene → higien
Hiperativa → hipera
Honra → honra
Hospital (6) → hospit
Honestidade (2) → honest
Homeostase → homeos
Horror → horror
Humanizar → humani
Humana → human
Ignorância (2) → ignora
Inconsciente → incons
Indisposição → indispos
Introspecção → intros
Influência → influe
Inventando → invent
Infeliz → infeli
Impactante → impact
Impotência (2) → impote
Importante (5) → import
Impaciencia → impaci
Insistente → insiste
Insegurança (2) → insegu
Insegura → insura
Influência → influe
Intoxicação → intoxi
Integração com o mundo → intmun
Interação com o ser humano → inthum
Inovador → inovad
Incomoda as pessoas (2) → incpes
Inteligente (2) → inteli
Indeciso → indeci
Intervenção → interv

Introspectivo → intros
Irritada → irrita
Irreverente (2) → irreve
Irresponsabilidade → irresp
Isqueiro → isquei
Joga fora por causa do cigarro → jogcig
Juventude → juvent
Lazer (3) → lazer
Lamentável → lament
Legal (3) → legal
Leveza → leveza
Liberdade (2) → liberd
Livre (2) → livre
Livros → livros
Limpeza → limpe
Loiro → loiro
Longe → longe
Longevidade → lonade
Loucura → loucur
Má qualidade ofertada → maqofe
Manutenção → manut
Me encontrar → meenco
Melhorar → melhra
Mau cheiro (6) → malche
Mal para a saude → malsau
Mau hábito (2) → malhab
Mau hálito → malhal
Mau gosto → malgos
Mal a saúde (2) → malsau
Mal estar → malest
Mal para a humanidade → malhum
Médico (10) → médico
Medicamento (2) → médica
Melhor decisão → meldec

Mertiolate → mertio
Medo → medo
Morte (3) → morte
Morte á prestação → morpre
Motivo → motivo
Motivação → motiva
Muita coisa → muicoi
Muito desejada → muides
Mudar realidade → mudrea
Musica → music
Nariz entupido → narent
Nada presta → nadpre
Não leva para a frente → naofre
Não consigo deixar de fumar (2) → naodfu
Não curto → naocur
Não gosto → naogos
Nçao ingerir alcool → naoalc
Não gostar de si → saogsi
Nçao ter appetite → naoape
Não sentir-se bem → naobem
Não fumar (7) → naofum
Nao fumar mais → naomai
Não comer muito → naomui
Não sei (4) → naosei
Não social → naosoc
Não tenho (3) → naoten
Não viver → naoviv
Não deixa pensar → naopen
Não realizada → naorea
Não conseguir trabalho → naotra
Não presta atenção → naoate
Nada → nada
Nada presta → nadpre
Negativismo → negati

Nervosismo (4) → nervos
Nervosa → nerosa
Necessário → necess
Necessidade → necesi
Nem pensar → nempen
Nicotina → nicot
Nojo → nojo
Nojento → nojent
Normal → normal
Nunca → nunca
Nunca fumei → nunfum
Nunca mais vou fumar → nunfum
Objetivo → objeti
Objetivo de vida → objvid
Obrigação → obriga
Ofende (4) → ofende
Ótima → otima
Otimista → otimis
O resto é secundário → oresec
Orgulho de ter parado → orgpar
Outra pessoa depois do cigarro → outcig
Paciente → pacien
Parar de fumar → parfum
Parar de beber → parbeb
Parceria → parcer
Paz (4) → paz
Paz interior → pasint
Parar de fumar (6) → parfum
Palavra complexa → palcom
Perda → perda
Pessoas → pessoa
Pensar → pensar
Pensativo → pensat
Psiquiatra → psiqui

Psicológico →psicol
Prazer (17) →prazer
Prazer de viver → praviv
Prazerozo → praoso
Pratica de esportes→praesp
Péssimo → pessim
Perca de tempo → pertem
Personalidade forte → perfor
Preguiçoso →pregui
Perde saude → persau
Prisão →prisao
Precária →precar
Preciso → precis
Pena → pena
Pressão alta → prealt
Preservação → preser
Perseverança → persev
Preocupação →preocu
Prejuizo financeiro→prefin
Prejuizo pessoal→prepes
Prejuizo corporal→precor
Prejuizo mental →premen
Prejuso a familia → prefam
Prejuizo para os amigos → preami
Prejudica (6) →prejud
Prejudica a saude → presau
Prejudica os outros→preout
Prevenção (4) →preven
Prejuizo grave → pregra
Pior caminho → piocam
Principal →princi
Princípios→priios
Prioridade →priori
Progredindo atraves do ensino aprendizagem → penapr

Pobre → pobre
Pós coito → poscoi
Profissão → profis
Prosperidade → prosp
Problemas (2) → proble
Piadista → piadis
Problemas de saúde (2) → prosau
Problemas pulmonares → propul
Problemas respiratórios → prores
Pouca força de vontade → pouvon
Polui o ambiente → polamb
Poluição → poluic
Quieta → quieta
Qualidade de vida (7) → quavid
Quero ter → queter
Realizado → realiz
Realização de objetivos → reaobj
Refúgio → refugi
Reflexão (2) → reflex
Remédio (6) → remedi
Religião → religi
Relaxar/relaxamento (2) → relaxa
Repúdio → repudi
Responsável → respon
Respirar/Respiração (3) → respir
Raiva (2) → raiva
Reclamação da mulher → recmul
Reclamação dos filhos → recfil
Respeito ao próximo → respro
Recuperou a saúde → recsau
Revoltado → revolta
Repulsão ao fumo → repfum
Ruim (8) → ruim
Satisfação/ Satisfeito-a (4) → satisf

Sinceridade → sincer
Saudável → saudav
Saúde (3) → saude
Saudade → saudad
Saúde gasta → saugas
Sentir-se mal → senmal
Sem amor à vida → semvid
Sem doença → semdoe
Sem saude → semsau
Sem paz → sempaz
Sem felicidade → semfel
Sem problema → sempro
Sem perspectiva → semper
Sem vergonha → semver
Segurança (2) → segura
Se contentar com a vida → secvid
Se punir → sepuni
Ser alegre → serale
Secreção → secreç
Ser calmo → sercal
Ser como eu era → serera
Ser social → sersoc
Sexo (2) → sexo
Sensatez → sensat
Simpático-a (2) → simpat
Sistema nervoso → sisner
Síndrome geral psicofísica → spsifi
Só → so
Solidária → solida
Solidão no mundo → solmun
Sossego → sosseg
Sorte → sorte
Sociável → sociav
Sociedade → socied

Sociabilidade (2) → sociab
Sonhador →sonhad
Solidão (2) → solida
Suicídio (2) →suicid
Sujeira → sujeir
SUS → sus
Temor →temor
Temente a Deus → temdeu
Ter saúde (3) →tersau
Tenho consciência →tencon
Tirar o sono→tirson
Tímido (3) →timido
Trabalho (5) →trabal
Trabalhador →trador
Tranquilo (3) →tranqu
Tranquilidade (2) →traade
Traz prazer → trpraz
Ter parado há muito tempo → terem
The smits → theesmi
Triste →triste
Tristeza (7) →trieza
Tosse → tosse
Tolerante → tolera
Tomei a decisão correta → tomcor
Tudo (2) → tudo
Tudo de ruim → tudrui
Tudo na vida →tudvid
Tv → tv
Vacina →vacina
Veneno → veneno
Vergonha→ vergon
Viagens →viagen
Vício (12) →vício
Viciado →viciad

Vida (10) → vida

Vida curta → vidcur

Vida longa → vidlon

Vida tranquila → vidtra

Viver (7) → viver

Viver mais → vevmai

Viver bem → vivbem

Vigor → vigor

Vitoriosa → vitori

Vitalidade → vitali

Vontade → vontad

Vontade de parar (2) → vonpar

CODIFICAÇÕES DAS VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS DO ALCEST

VARIÁVEIS	PARTICIPANTES	CODIFICAÇÃO DO CORPUS
Sujeitos	Hum, dois...	Suj_01...
Participantes	Fumante_Prog	Fum_1
	Fumante_ñ_Prog	Fum_2
	Ex-fumante	Fum_3
	Ñ fumante	Fum_4
Idade	18 a 28 anos	Ida_1
	29 a 38 anos	Ida_2
	39 a 48 anos	Ida_3
	> 49 anos	Ida_4
Sexo	1= Masculino	Sex_1
	2= Feminino	Sex_2
Escolaridade	Analfabeto	Esc_1
	Ensino fundamental	Esc_2
	Ensino médio	Esc_3
	Ensino superior	Esc_4
	Pós-graduação	Esc_5
Idade que começou a fumar	< 18 a 28 anos	Idc_1
	29 a 38 anos	Idc_2
	39 a 48 anos	Idc_3
	> 49 anos	Idc_4
Estado civil	Casado	Ec_1
	Solteiro	Ec_2
	Divorciado	Ec_3
	Viúvo	Ec_4

Rapport détaillé

(Jeudi 12 Avril 2012 à 17 h 21)

Résultats généraux

Paramétrage utilisé

Les paramètres utilisés sont ceux du paramétrage standard, c'est à dire les paramètres définis et calculés par Alceste suivant la taille du corpus. En effet, dans ce paramétrage on utilise deux classifications descendantes successives sur les unités de texte (unités de contexte) en faisant varier légèrement la longueur de chaque unité de texte analysée, afin d'assurer la stabilité des classes terminales en écartant les éventuelles variations dues au découpage du corpus. La comparaison entre les deux classifications permet d'extraire les classes intersection entre les deux classifications, de telle manière qu'il y ait un maximum de classes retenues, ces classes représentant les idées et les thèmes dominants du corpus. Ces classes sont constituées des unités de texte, triées suivant leur khi2 d'association dans la classe. Ci-après les résultats détaillés de cette analyse:

A propos du traitement

Nom du corpus	clenia12
Date du traitement	12 Avril 2012 à 17 h 21
Taille du corpus	144 Ko
Dernière modification du corpus	12 Avril 2012 à 17 h 19
Type de traitement (et son code)	Classification double (121)
Réduction du vocabulaire	Oui
Nombre de mots par unité de contexte pour la première classification	Calculé par Alceste
Nombre de mots par unité de contexte pour la seconde classification	Calculé par Alceste
Nombre de classes demandées par classification	10 (valeur par défaut)
Nombre de classes stables retenues	4

Informations préliminaires

Nombre d'entretiens ou d'unités de contexte initiales (u.c.i.)	120
Nombre total de formes contenues dans le corpus	25447
Nombre de formes distinctes	2870
Effectif moyen d'une forme	9
Effectif maximum d'une forme	1247
Nombre de hapax (formes présentes une seule fois dans le corpus)	1406
Nombre de formes prises en compte dans l'analyse après réduction	502
Nombre de formes supplémentaires (articles, pronoms, etc.)	211
Nombre de modalités de variables ou mots étoilés	137
Nombre d'unités textuelles ou unités de contexte élémentaires (u.c.e)	587
Nombre d'occurrences pour définir une u.c.e	32
Pourcentage de richesse du vocabulaire	98.26 %
Fréquence minimum d'un mot pris en compte dans l'analyse	4
Nombre moyen de mots analysés par u.c.e	16.57
Nombre de couples de mots	21041

Catégories grammaticales

Ce tableau représente les catégories grammaticales et leur statut dans l'analyse. Ces catégories peuvent être soit analysées (prises en compte dans l'analyse), soit supplémentaires (présentes uniquement dans la description du profil des classes, non prises en compte dans l'analyse), soit rejetées. Ces catégories sont affectées a priori aux formes reconnues du corpus. Par défaut, seuls les noms, les verbes (mis à part les auxiliaires être, avoir et les verbes modaux), les adjectifs, les adverbes et les formes non reconnues sont analysés, dans la mesure où ces formes sont présentes au moins 4 fois dans le corpus.

Liste des catégories grammaticales	Valeur d'analyse
Nombres en chiffre	Éliminée
Mots en majuscules	Supplémentaire
Mots non trouvés dans DICIN (si existe)	Éliminée
formes non reconnues et fréquentes	Analysée
Auxiliaire ESTAR	Supplémentaire
Auxiliaire TER	Supplémentaire
Auxiliaire HAVER	Supplémentaire
Auxiliaire SER	Supplémentaire
Prépositions simples et locutions prépositives	Supplémentaire
Conjonctions et locutions conjonctives	Supplémentaire
Interjections	Supplémentaire
Pronoms	Supplémentaire
Numéraux	Supplémentaire
Adverbes	Supplémentaire
Formes non reconnues	Analysée

Dictionnaire des formes après réduction

Pendant la phase préliminaire, Alceste, après avoir constitué le dictionnaires des formes du corpus, procède à la réduction de ces mots afin de constituer un dictionnaire des formes réduites. Ces formes sont classées en fonction de leur effectif dans le corpus.

Forme réduite	Effectif	Catégorie Grammaticale
fum	905	Formes non reconnues
uma	292	Formes non reconnues
cigarro	223	Formes non reconnues
ach	189	Formes non reconnues
pesso	186	Formes non reconnues
pra	171	Formes non reconnues
coisa	144	Formes non reconnues
deix	137	Formes non reconnues
tenh	133	Formes non reconnues
do	129	Formes non reconnues
da	127	Formes non reconnues
as	123	Formes non reconnues
faz	119	Formes non reconnues
fic	107	Formes non reconnues
quer	93	Formes non reconnues
comec	85	Formes non reconnues
gente	79	Formes non reconnues
vou	78	Formes non reconnues
vici	77	Formes non reconnues
os	73	Formes non reconnues
vez	69	Formes non reconnues
dia	68	Formes non reconnues
diz	68	Formes non reconnues
ano	66	Formes non reconnues
cas	66	Formes non reconnues
par	65	Formes non reconnues
pass	64	Formes non reconnues
ne	61	Formes non reconnues
deu	59	Formes non reconnues
sab	59	Formes non reconnues
saude	59	Formes non reconnues
mae	56	Formes non reconnues
vai	55	Formes non reconnues
diss	55	Formes non reconnues
vontade	53	Formes non reconnues
pai	51	Formes non reconnues
amigos	51	Formes non reconnues
lev	50	Formes non reconnues
sei	50	Formes non reconnues
filh	49	Formes non reconnues

prazer	48	Formes non reconnues
problema	47	Formes non reconnues
vida	46	Formes non reconnues
cheg	44	Formes non reconnues
peg	43	Formes non reconnues
fal	42	Formes non reconnues
estress	42	Formes non reconnues
sent	41	Formes non reconnues
consequ	41	Formes non reconnues
trabalh	38	Formes non reconnues
caus	37	Formes non reconnues
nervos	37	Formes non reconnues
gost	36	Formes non reconnues
pod	35	Formes non reconnues
tava	35	Formes non reconnues
hor	34	Formes non reconnues
ia	32	Formes non reconnues
sinto	32	Formes non reconnues
tempo	32	Formes non reconnues
pens	31	Formes non reconnues
compr	31	Formes non reconnues
depend	31	Formes non reconnues
mei	30	Formes non reconnues
tom	30	Formes non reconnues
falt	30	Formes non reconnues
ruim	30	Formes non reconnues
influenci	30	Formes non reconnues
beb	29	Formes non reconnues
med	29	Formes non reconnues
familia	29	Formes non reconnues
bot	28	Formes non reconnues
dos	28	Formes non reconnues
ver	28	Formes non reconnues
bonit	28	Formes non reconnues
epoca	28	Formes non reconnues
mes	27	Formes non reconnues
pel	27	Formes non reconnues
ansiedade	27	Formes non reconnues
viv	26	Formes non reconnues
ao	25	Formes non reconnues
drog	25	Formes non reconnues
fiqu	25	Formes non reconnues
volt	25	Formes non reconnues
agente	25	Formes non reconnues
filhos	24	Formes non reconnues
grande	24	Formes non reconnues
prejudic	24	Formes non reconnues

das	23	Formes non reconnues
ajud	23	Formes non reconnues
quis	23	Formes non reconnues
irm	22	Formes non reconnues
men	22	Formes non reconnues
vej	22	Formes non reconnues
morr	22	Formes non reconnues
sair	22	Formes non reconnues
muita	22	Formes non reconnues
entend	22	Formes non reconnues
situac	22	Formes non reconnues
exemplo	22	Formes non reconnues
duas	21	Formes non reconnues
fosse	21	Formes non reconnues
marido	21	Formes non reconnues
semana	21	Formes non reconnues
momento	21	Formes non reconnues
carteira	21	Formes non reconnues
dess	20	Formes non reconnues
trag	20	Formes non reconnues
trist	20	Formes non reconnues
signific	20	Formes non reconnues
curiosidade	20	Formes non reconnues
dig	19	Formes non reconnues
sai	19	Formes non reconnues
vem	19	Formes non reconnues
acab	19	Formes non reconnues
boca	19	Formes non reconnues
entr	19	Formes non reconnues
forc	19	Formes non reconnues
acend	19	Formes non reconnues
pronto	19	Formes non reconnues
tivesse	19	Formes non reconnues
principal	19	Formes non reconnues
tent	18	Formes non reconnues
fazend	18	Formes non reconnues
preocup	18	Formes non reconnues

Informations techniques

Après l'analyse du vocabulaire, Alceste procède au découpage du texte et à la classification. Lors de cette opération, les différentes techniques spécifiques d'Alceste sont utilisées, comme le découpage en unités de contexte et la classification descendante hiérarchique. Rappelons que dans une analyse standard, les paramètres sont prédéfinis par le logiciel, et Alceste procède à deux classifications successives afin de retenir les classes les plus stables, alors que dans une analyse paramétrée, l'utilisateur définit ses propres paramètres ainsi que le type de classification (simple ou double). En règle générale, on utilise une classification simple lorsque le corpus est de petite taille, par exemple pour le traitement de réponses à des questions ouvertes, etc. En revanche, une classification double devient très intéressante lorsque le corpus est de grande taille (voir les différentes techniques d'optimisation et de paramétrage). Nous vous rappelons par ailleurs qu'un mot est analysé lorsqu'il est présent dans au moins 4 u.c.e.

Valeurs	1ère classification	2ème classification
Nombre minimum de mots par unité de contexte	14 mots analysés	16 mots analysés
Nombre d'unités de contexte (regroupement des u.c.e)	512 unités de contexte	465 unités de contexte
Nombre de formes analysées différentes	502 formes analysées	502 formes analysées

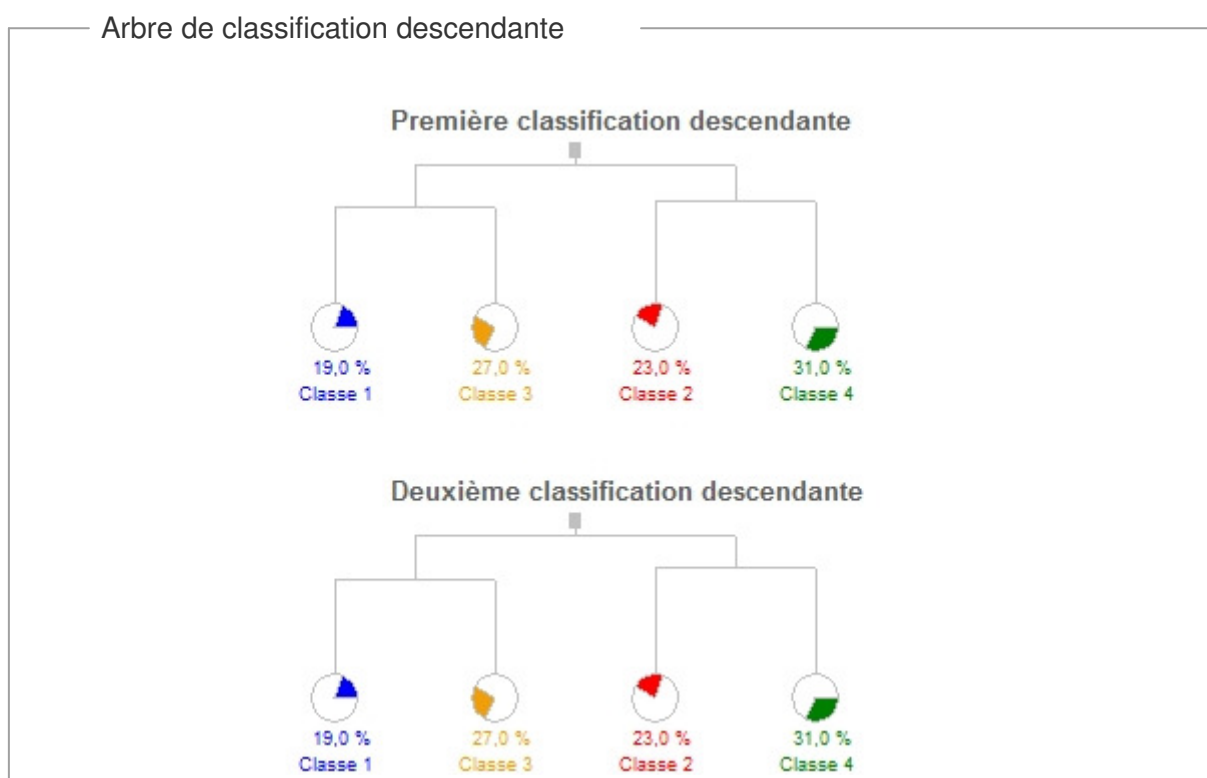
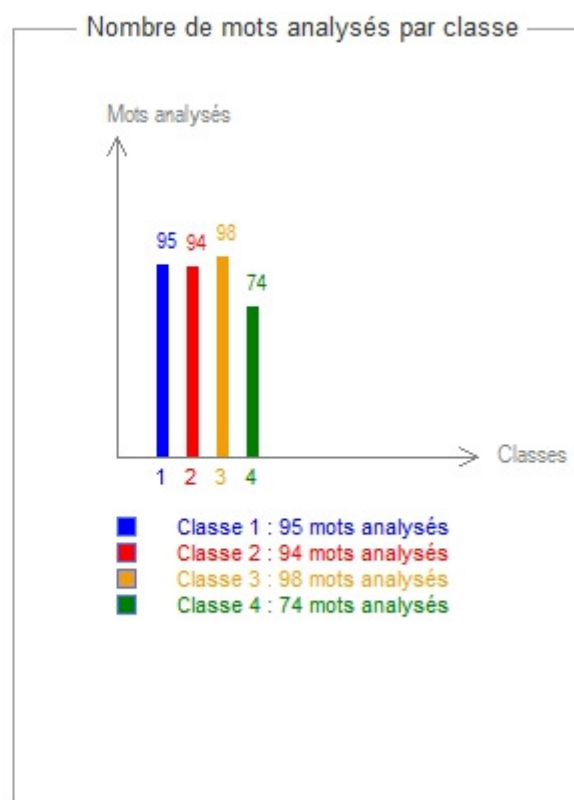
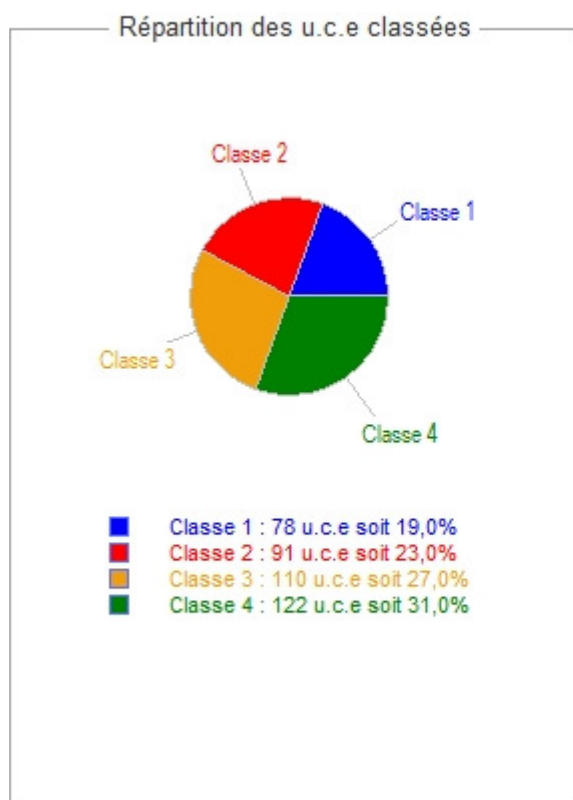
Liste des formes analysées

fum, uma, cigarro, ach, pesso, pra, coisa, deix, tenh, do, da, as, faz, fic, quer, comec, gente, vou, vici, os, vez, dia, diz, ano, cas, par, pass, ne, deu, sab, saude, mae, vai, diss, vontade, pai, amigos, lev, sei, filh, prazer, problema, vida, cheg, peg, fal, estress, sent, consequ, trabalh, caus, nervos, gost, pod, tava, hor, ia, sinto, tempo, pens, compr, depend, mei, tom, falt, ruim, influenci, beb, med, familia, bot, dos, ver, bonit, epoca, mes, pel, ansiedade, viv, ao, drog, fiqu, volt, agente, filhos, grande, prejudic, das, ajud, quis, irm, men, vej, morr, sair, muita, entend, situac, exemplo, duas, fosse, marido, semana, momento, carteira, dess, trag, trist, signific, curiosidade, dig, sai, vem, acab, boca, entr, forc, acend, pronto, tivesse, principal, tent, fazend, preocup, dev, num, esper, acredit, bebendo, convers, dificil, dar, dav, ped, sej, amig, mund, ness, alegr, cheir, tiver, daquel, necessidade, olh, pro, tip, acalm, exist, facil, quest, consci, sozinh, lig, mor, via, prov, teve, festa, cabeca, doenca, prejudicial, aos, com, dor, fac, fiz, mat, tir, perd, acord, homem, maior, bebida, dinheiro, incentiv, poss, prim, geral, fumaca, pergunt, vergonha, vi, fug, vim, amor, busc, calm, form, mand, coloc, jeito, normal, procur, acontec, amizade, crianca, remedio, satisfacao, ve, nov, uns, cuid, veio, carro, coleg, doent, final, raiva, vinha, mulher, ansiosa, escondid, hospital, bat, boa, cri, dai, nas, rua, tens, aceit, almoc, feliz, namor, parec, habito, medica, pulmao, senhor, continu, proibid, experiment, ir, and, esp, fez, jog, mao, cafe, lado, ment, part, traz, escap, jovem, negoc, prest, senti, jovens, onibus, precis, respir, termin, todinh, aliment, cheguei, dizendo, estimul, prejuizo, seguinte, sentindo, atividade, entendendo, satisfazer, sofrimento, adolescente, brincadeira, vo, amo, pud, banh, cant, chor, corr, larg, mort, sens, vend, charm, idade, ideia, lembr, liber, lugar, perdi, proib, rapid, receb, cancer, intern, mainha, perceb, reclam, complic, deveria, encontr, repente, consegui, interess, psicolog, sobretudo, experiencia, cha, cur, esc, mod, viu, apoi, brig, cham, dorm, feit, livr, paci, velh, dese, est, filme, igual, pacot, poder, ponto, quase, aguent, costum, direto, ocorre, social, ansioso, coracao, pedindo, periodo, propria, sabendo, acidente, arrend, correndo, diminuir, diversao, nicotina, querendo, acrescent, depressao, discrimin, sociedade, televisao, tratamento, circunstancia, pe, fim, for, fre, pes, baix, cama, cert, cont, fome, pegu, pret, sono, soro, torn, troc, arrum, atual, aqui, domin, ensin, fraqu, grupo, inici, irrit, mesma, mostr, papel, pelos, roupa, adulto, antiga, aprend, associ, balada, cerebr, cinema, conhe, conviv, explic, joguei, motivo, ocupad, pedaco, relaxa, doutora, fatores, inteira, proximo, relacao, campanha, determin, folhinha, oxigenio, telefone, diferente, envergonh, inclusive, organismo, tentativa, propaganda, adolescencia, ar, ato, der, jan, mam, moc, nel, ouv, pec, vao, afet, clar, cons, dobr, fals, gast, imit, jant, pior, povo, sexo, solt, trat, ving, agrad, alivi, atend, bolso, dando, demor, forte, fulan, manha, opini, perig, podre, puxar, queir, rapaz, sitio, tranc, adiant, agonia, aperri, aument, cervej, direit, distra, esquec, frente, futuro, gravid, igreja, ilusao, levant, malign, oferec, orient, religi, resolv, acostum, cachimb, catolic, companh, envolvi, faleceu, horario, incomod, insonia, maconha, maneira, sentido, ambiente, aperread, cirurgia, completa, deprimid, desgosto, independ, libertar, soubesse, contrario, qualidade, sao_paulo, aprendendo, envolvendo, financeira, importante, deselegante, dificuldade, nossa_senhora, relacionamento,

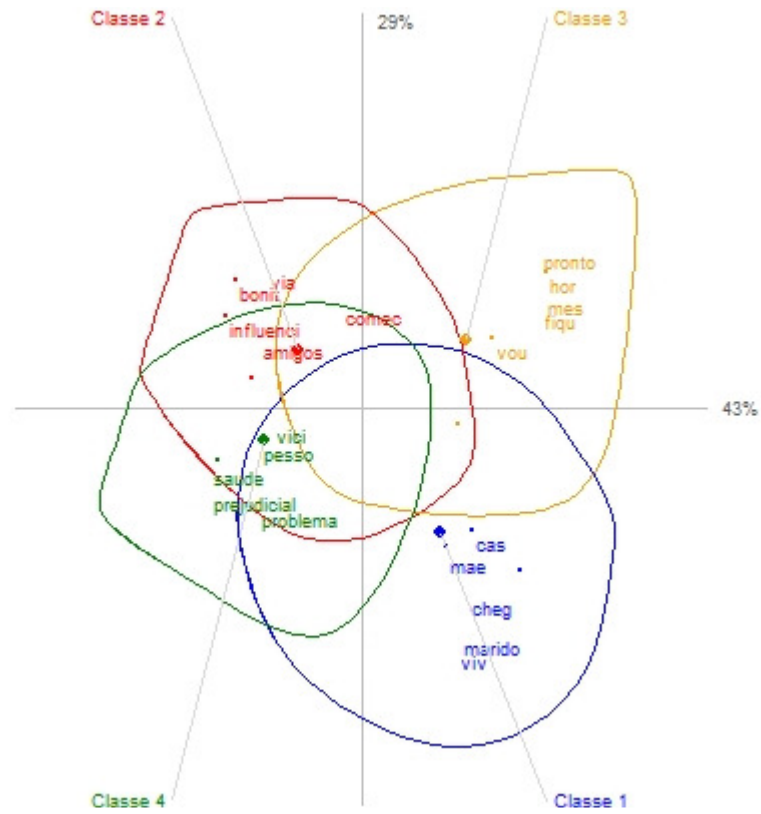
Croisement des classifications

Après la phase de classification, voici les résultats retenus par Alceste:

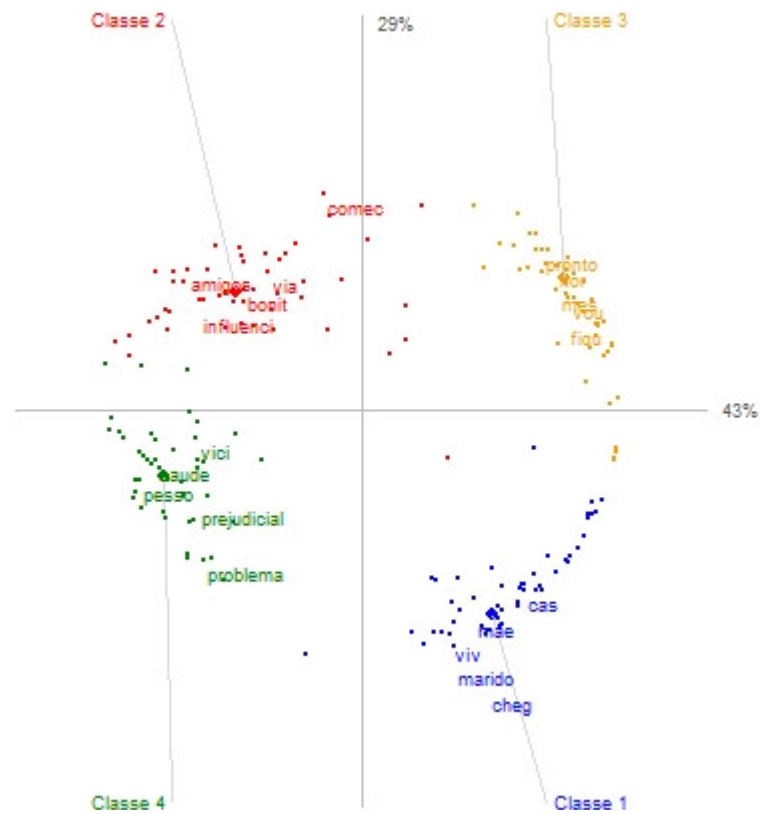
Nombre de classes stables	4
Nombre minimum d'u.c.e pour retenir une classe	30
Pourcentage d'unités de contexte élémentaires (u.c.e) classées	68 %



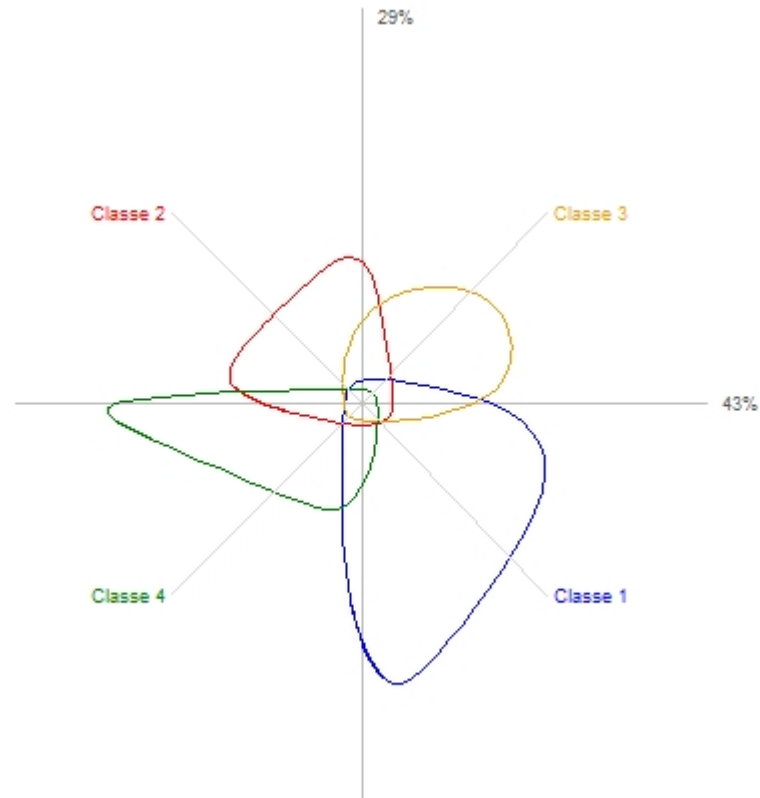
Analyse factorielle des correspondances en coordonnées



Analyse factorielle des correspondances en corrélations



Analyse factorielle des correspondances en contributions



Classification ascendante hiérarchique sur le corpus

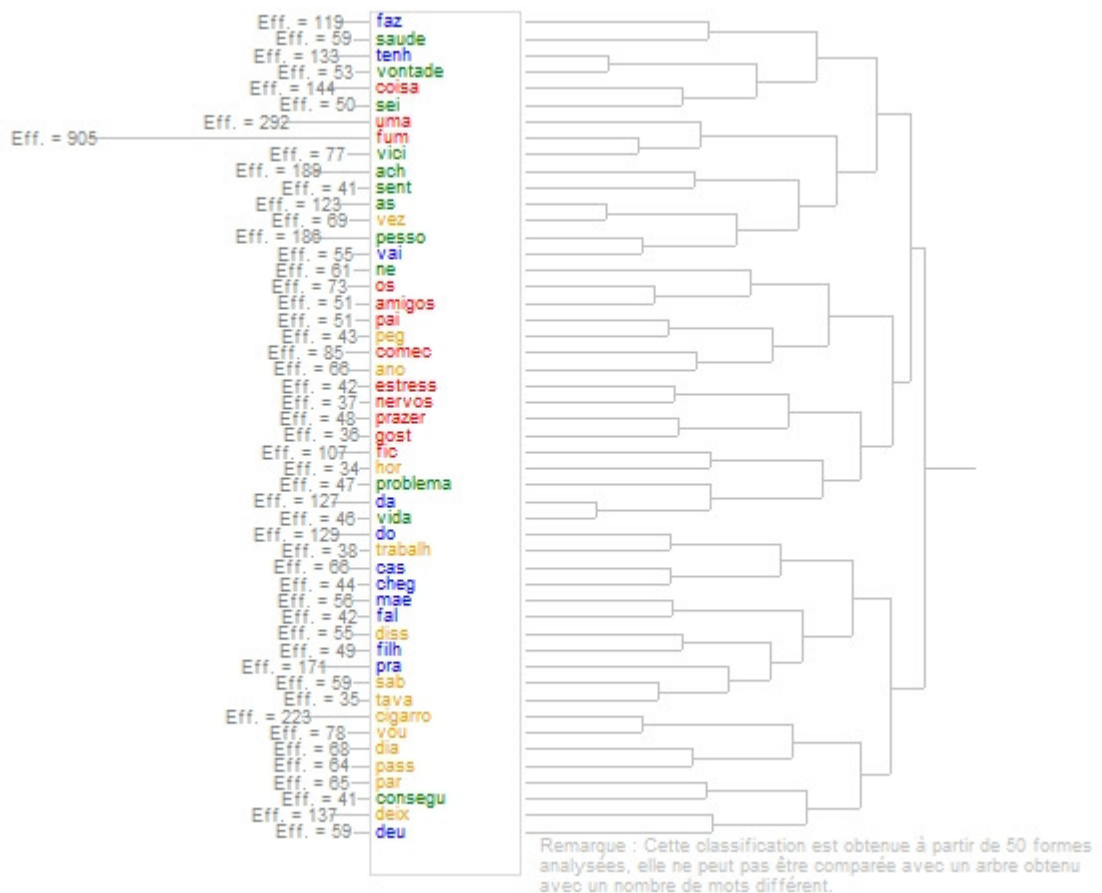


Tableau croisant classes et catégories

Ce tableau à double entrée représente les catégories grammaticales en fonction des classes. Les valeurs dans le tableau indiquent les valeurs de khi2 d'association d'une catégorie grammaticale par rapport à une classe donnée. Les valeurs de khi2 positives correspondent à une forte présence, en revanche, les valeurs de khi2 négatives montrent une absence significative.

Catégories grammaticales	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
Adjectifs et adverbess	Absent	Absent	Absent	Absent
Adverbes en "ment"	Absent	Absent	Absent	Absent
Couleurs	Absent	Absent	Absent	Absent
Mois/jour	Absent	Absent	Absent	Absent
Epoques/ Mesures	Absent	Absent	Absent	Absent
Famille	Absent	Absent	Absent	Absent
Lieux, pays	Absent	Absent	Absent	Absent
Interjections	Absent	Absent	Absent	Absent
Nombres	Absent	Absent	Absent	Absent
Nombres en chiffre	Absent	Absent	Absent	Absent
Mots en majuscules	-6	9	0	0
Noms	Absent	Absent	Absent	Absent
Mots non trouvés dans DICIN	Absent	Absent	Absent	Absent
Verbes	Absent	Absent	Absent	Absent
Prénoms	Absent	Absent	Absent	Absent
Mots non reconnus et fréquents	Absent	Absent	Absent	Absent
Mots reconnus mais non codés	Absent	Absent	Absent	Absent
Mots outils non classés	-5	4	0	0
Verbes modaux	0	-2	0	0
Marqueurs d'1 modalisation	0	4	0	-1
Marqueurs d'1 relation spatiale	9	1	0	-12
Marqueurs d'1 relation temporelle	-4	5	0	0
Marqueurs d'1 intensité	-13	5	-6	12
Marqueurs d'1 relation discursive	0	0	5	-5
Marqueurs de la personne	30	-11	0	-1
Démonstratifs, indéfinis et relatifs	0	-10	25	-1
Auxiliaires être et avoir	-1	0	0	0
Formes non reconnues	Absent	Absent	Absent	Absent

Résultats de la classe n°1

Présences significatives

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 1 en fonction du khi2.

Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;

Effectif 2 : nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
*suj_001	58	23	23	33	70%	Formes non reconnues
cas	46	33	25	43	58%	Formes non reconnues
*fum_1	46	68	68	212	32%	Formes non reconnues
mae	42	31	21	34	62%	Formes non reconnues
viv	41	19	13	16	81%	Formes non reconnues
marido	41	16	13	16	81%	Formes non reconnues
cheg	40	20	17	25	68%	Formes non reconnues
irm	36	12	12	15	80%	Formes non reconnues
minha	33	48	34	81	42%	Pronoms
*esc_2	31	39	39	102	38%	Formes non reconnues
mainha	30	7	7	7	100%	Formes non reconnues
meu	28	33	29	68	43%	Pronoms
ela	27	68	28	66	42%	Pronoms
pra	26	47	34	88	39%	Formes non reconnues
*suj_009	24	12	12	19	63%	Formes non reconnues
dela	23	11	11	17	65%	Pronoms
*ida_3	20	25	25	62	40%	Formes non reconnues
daquel	20	9	7	9	78%	Formes non reconnues
deu	19	22	17	36	47%	Formes non reconnues
filhos	19	13	9	14	64%	Formes non reconnues
ninguem	19	12	11	19	58%	Pronoms
perdi	17	4	4	4	100%	Formes non reconnues
coracao	17	4	4	4	100%	Formes non reconnues
doutora	17	4	4	4	100%	Formes non reconnues
envergonh	17	4	4	4	100%	Formes non reconnues
and	16	5	5	6	83%	Formes non reconnues
dor	16	8	6	8	75%	Formes non reconnues
respir	16	6	5	6	83%	Formes non reconnues
mor	14	8	7	11	64%	Formes non reconnues
*idc_1	14	74	74	319	23%	Formes non reconnues
la	13	15	13	29	45%	Pronoms
fre	13	4	3	3	100%	Formes non reconnues
dele	13	10	9	17	53%	Pronoms
filh	13	15	10	20	50%	Formes non reconnues
morrr	13	8	6	9	67%	Formes non reconnues
telefone	13	5	3	3	100%	Formes non reconnues

tu	12	5	4	5	80%	Pronoms
esc	12	4	4	5	80%	Formes non reconnues
lig	12	8	5	7	71%	Formes non reconnues
velh	12	4	4	5	80%	Formes non reconnues
ponto	12	4	4	5	80%	Formes non reconnues
repente	12	4	4	5	80%	Formes non reconnues
tratamento	12	4	4	5	80%	Formes non reconnues
do	11	26	23	68	34%	Formes non reconnues
era	11	22	22	64	34%	Auxiliaire SER
tenh	10	33	20	58	34%	Formes non reconnues
teve	10	7	7	13	54%	Formes non reconnues
vinte	10	5	5	8	63%	Numéraux
bat	9	4	4	6	67%	Formes non reconnues
dai	9	4	4	6	67%	Formes non reconnues
ele	9	30	20	59	34%	Pronoms
fez	9	5	4	6	67%	Formes non reconnues
homem	9	9	4	6	67%	Formes non reconnues
cha	8	5	3	4	75%	Formes non reconnues
entend	8	8	8	18	44%	Formes non reconnues
frente	8	3	3	4	75%	Formes non reconnues
eu	7	66	66	291	23%	Pronoms
ta	7	16	13	36	36%	Pronoms
men	7	9	7	15	47%	Formes non reconnues
pro	7	6	6	12	50%	Formes non reconnues
tudo	7	22	14	40	35%	Pronoms
porque	7	42	33	121	27%	Conjonctions et locutions
*suj_005	7	10	10	25	40%	Formes non reconnues
da	6	25	23	79	29%	Formes non reconnues
sou	6	8	8	20	40%	Auxiliaire SER
mund	6	5	5	10	50%	Formes non reconnues
*esc_1	6	10	10	26	38%	Formes non reconnues
*sex_2	6	67	67	300	22%	Formes non reconnues
*suj_010	6	5	5	10	50%	Formes non reconnues
*suj_011	6	4	4	7	57%	Formes non reconnues
entendendo	6	4	4	7	57%	Formes non reconnues
ia	5	7	7	18	39%	Formes non reconnues
viu	5	3	3	5	60%	Formes non reconnues
amig	5	5	5	11	45%	Formes non reconnues
amor	5	5	3	5	60%	Formes non reconnues
liber	5	5	3	5	60%	Formes non reconnues
reclam	5	4	3	5	60%	Formes non reconnues
*suj_015	5	3	3	5	60%	Formes non reconnues
boa	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
fal	4	10	8	22	36%	Formes non reconnues
faz	4	24	18	63	29%	Formes non reconnues
nov	4	5	4	9	44%	Formes non reconnues

vai	4	10	10	30	33%	Formes non reconnues
cert	4	3	2	3	67%	Formes non reconnues
chor	4	3	2	3	67%	Formes non reconnues
cont	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
cuid	4	4	3	6	50%	Formes non reconnues
fora	4	5	5	12	42%	Prépositions simples et
meus	4	13	8	23	35%	Pronoms
nada	4	11	6	15	40%	Pronoms
povo	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
tava	4	7	7	19	37%	Formes non reconnues
trat	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
entao	4	12	11	33	33%	Adverbes
fulan	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
poder	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
tinha	4	17	14	45	31%	Auxiliaire TER
comigo	4	4	4	9	44%	Pronoms
igreja	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
senhor	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
insonia	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
maconha	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
proximo	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
cirurgia	4	3	2	3	67%	Formes non reconnues
completa	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
vergonha	4	3	2	3	67%	Formes non reconnues
inclusive	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
em	3	26	21	82	26%	Prépositions simples et
acab	3	5	5	13	38%	Formes non reconnues
sair	3	4	4	10	40%	Formes non reconnues
cabeca	3	4	4	10	40%	Formes non reconnues
minhas	3	6	4	10	40%	Pronoms
familia	3	7	6	16	38%	Formes non reconnues
me	2	28	28	115	24%	Pronoms
fiz	2	3	3	7	43%	Formes non reconnues
mim	2	22	14	52	27%	Pronoms
tip	2	4	4	11	36%	Formes non reconnues
corr	2	3	2	4	50%	Formes non reconnues
jant	2	2	2	4	50%	Formes non reconnues
pegu	2	2	2	4	50%	Formes non reconnues
veio	2	4	2	4	50%	Formes non reconnues
vida	2	7	7	22	32%	Formes non reconnues
arrum	2	2	2	4	50%	Formes non reconnues
certo	2	3	3	7	43%	Interjections
deles	2	3	2	4	50%	Pronoms
jeito	2	3	3	7	43%	Formes non reconnues
mesma	2	2	2	4	50%	Formes non reconnues
tarde	2	4	3	7	43%	Adverbes

dentro	2	3	3	7	43%	Adverbes
direto	2	3	2	4	50%	Formes non reconnues
em-que	2	2	2	4	50%	Pronoms
joguei	2	2	2	4	50%	Formes non reconnues
situac	2	5	5	14	36%	Formes non reconnues
sozinh	2	4	4	11	36%	Formes non reconnues
convers	2	3	3	7	43%	Formes non reconnues
crianca	2	3	2	4	50%	Formes non reconnues
gracas-a	2	3	3	7	43%	Prépositions simples et
hospital	2	4	3	7	43%	Formes non reconnues
discrimin	2	2	2	4	50%	Formes non reconnues

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 1.

Forme réduite	Formes complètes associées
cas	casa(24) casada(2) casado(2) casar(1) casei(1) caseira(1) casou(2)
mae	mae(31)
viv	vive(2) viver(8) viveu(1) vivia(2) vivo(6)
marido	marido(16)
cheg	chega(3) chegou(1) chegando(2) chegar(4) chegava(3) chego(3) chegou(4)
irm	irma(4) irmao(5) irmaos(1) irmas(2)
minha	minha(48)
mainha	mainha(7)
meu	meu(33)
ela	ela(68)
pra	pra(45) praia(2)
dela	dela(11)
daquel	daquela(4) daquelas(3) daquele(2)
deu	deu(7) deus(15)
filhos	filhos(13)
ninguem	ninguem(12)
perdi	perdi(3) perdicao(1)
coracao	coracao(4)
doutora	doutora(4)
envergonh	envergonhando(1) envergonhasse(1) envergonhei(2)
and	andando(1) andar(2) ando(2)
dor	dor(8)
respir	respirar(3) respiro(3)
mor	mora(1) morar(5) morava(2)
la	la(15)
fre	free(1) freio(3)
dele	dele(10)
filh	filha(7) filhas(2) filho(6)
morr	morre(1) morrer(2) morreu(4) morro(1)
telefone	telefone(5)
tu	tu(5)
esc	escola(4)
lig	liga(1) ligar(4) ligo(1) ligou(2)
velh	velha(3) velho(1)
ponto	ponto(4)
repente	repente(4)
tratamento	tratamento(4)
do	do(26)

era	era(40)
tenh	tenha(1) tenho(32)
teve	teve(7)
vinte	vinte(5)
bat	bater(2) batia(2)
dai	dai(4)
ele	ele(30)
fez	fez(5)
homem	homem(9)
cha	cha(3) chao(2)
entend	entendeu(8)
frente	frente(3)
eu	eu(308)
ta	ta(16)
men	menina(2) meninas(3) menino(3) menor(1)
pro	pro(6)
tudo	tudo(22)
porque	porque(42)
da	da(25)
sou	sou(8)
mund	mundo(5)
entendendo	entendendo(4)
ia	ia(7)
viu	viu(3)
amig	amiga(3) amigo(2)
amor	amor(5)
liber	liberal(5)
reclam	reclama(3) reclamar(1)
boa	boa(2)
fal	fala(2) falado(1) falar(3) falava(2) falei(1) falo(1)
faz	faz(3) fazer(17) fazia(4)
nov	nova(3) novinho(1) novo(1)
vai	vai(10)
cert	certeza(3)
chor	chorando(1) chorar(1) chorona(1)
cont	contato(1) contava(1)
cuid	cuidar(4)
fora	fora(5)
meus	meus(13)
nada	nada(11)
povo	povo(2)
tava	tava(11)
trat	tratava(2)
entao	entao(12)
fulan	fulana(1) fulano(1)

poder	poderia(2)
tinha	tinha(17)
comigo	comigo(4)
igreja	igreja(2)
senhor	senhor(1) senhora(1)
insonia	insonia(2)
maconha	maconha(2)
proximo	proximo(2)
cirurgia	cirurgia(3)
completa	completamente(2)
vergonha	vergonha(3)
inclusive	inclusive(2)
em	em(26)
acab	acaba(3) acabada(1) acabou(1)
sair	sair(4)
cabeca	cabeca(4)
minhas	minhas(6)
familia	familia(7)
me	me(63)
fiz	fiz(1) fizer(1) fizeram(1)
mim	mim(22)
tip	tipico(1) tipo(5)
corr	correr(1) corria(1) corro(1)
jant	jantar(2)
pegu	pegue(1) peguei(1)
veio	veio(4)
vida	vida(17)
arrum	arruma(1) arrumando(1)
certo	certo(3)
deles	deles(3)
jeito	jeito(3)
mesma	mesma(2)
tarde	tarde(4)
dentro	dentro(3)
direto	direto(3)
em-que	em-que(2)
joguei	joguei(2)
situac	situacao(3) situacoes(3)
sozinh	sozinha(4)
conversa	conversa(1) conversado(1) conversar(1)
crianca	crianca(2) criancas(1)
gracas-a	gracas-a(3)
hospital	hospital(4)
discrimin	discrimino(1) discriminou(1)

Absences significatives

Voici le vocabulaire significativement absent de la classe 1 en fonction du khi2.

Effectif : nombre d'uce de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'uce de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
fum	-65	22	268	8%	Formes non reconnues
*ida_1	-31	6	138	4%	Formes non reconnues
*esc_3	-28	15	184	8%	Formes non reconnues
ach	-12	8	103	8%	Formes non reconnues
*fum_4	-12	4	75	5%	Formes non reconnues
*idc_5	-12	4	75	5%	Formes non reconnues
*fum_3	-10	2	55	4%	Formes non reconnues
comec	-9	1	44	2%	Formes non reconnues
amigos	-9	0	33	0%	Formes non reconnues
os	-8	3	54	6%	Formes non reconnues
saude	-8	1	39	3%	Formes non reconnues
*fum_2	-8	5	69	7%	Formes non reconnues
estress	-8	0	29	0%	Formes non reconnues
as	-6	6	69	9%	Formes non reconnues
pass	-6	2	40	5%	Formes non reconnues
vici	-6	2	41	5%	Formes non reconnues
pezzo	-6	11	100	11%	Formes non reconnues
*sex_1	-6	11	101	11%	Formes non reconnues
prazer	-6	0	24	0%	Formes non reconnues
bonit	-5	0	21	0%	Formes non reconnues
quando	-5	16	124	13%	Conjonctions et locutions
semana	-5	0	19	0%	Formes non reconnues
vontade	-5	1	29	3%	Formes non reconnues
ansiedade	-5	0	20	0%	Formes non reconnues
influenci	-5	0	19	0%	Formes non reconnues
vej	-4	0	14	0%	Formes non reconnues
esta	-4	3	39	8%	Pronoms
para	-4	13	100	13%	Prépositions simples et locutions
pens	-4	0	16	0%	Formes non reconnues
aquele	-4	0	14	0%	Pronoms
carteira	-4	0	15	0%	Formes non reconnues
prejudic	-4	0	15	0%	Formes non reconnues
curiosidade	-4	0	17	0%	Formes non reconnues
E	-3	2	28	7%	Mots en majuscules
dav	-3	0	11	0%	Formes non reconnues
hor	-3	1	19	5%	Formes non reconnues
por	-3	9	72	13%	Prépositions simples et locutions

sej	-3	0	11	0%	Formes non reconnues
sim	-3	0	12	0%	Adverbes
vez	-3	4	43	9%	Formes non reconnues
via	-3	0	12	0%	Formes non reconnues
pois	-3	0	12	0%	Conjonctions et locutions
trag	-3	0	13	0%	Formes non reconnues
alegr	-3	0	13	0%	Formes non reconnues
mesmo	-3	5	50	10%	Pronoms
tempo	-3	1	19	5%	Formes non reconnues
alguma	-3	1	19	5%	Pronoms
pronto	-3	0	13	0%	Formes non reconnues
bebendo	-3	0	11	0%	Formes non reconnues
preocup	-3	0	11	0%	Formes non reconnues
*suj_020	-3	0	12	0%	Formes non reconnues
qualquer	-3	0	11	0%	Pronoms
signific	-3	0	12	0%	Formes non reconnues
depois-que	-3	0	11	0%	Conjonctions et locutions
A	-2	0	10	0%	Mots en majuscules
a	-2	40	237	17%	Formes non reconnues
ou	-2	5	45	11%	Conjonctions et locutions
beb	-2	1	18	6%	Formes non reconnues
mes	-2	1	17	6%	Formes non reconnues
ness	-2	0	10	0%	Formes non reconnues
volt	-2	1	17	6%	Formes non reconnues
acalm	-2	0	10	0%	Formes non reconnues
acend	-2	0	9	0%	Formes non reconnues
coloc	-2	0	9	0%	Formes non reconnues
estao	-2	0	9	0%	Auxiliaire ESTAR
festa	-2	0	9	0%	Formes non reconnues
quest	-2	0	9	0%	Formes non reconnues
agente	-2	0	9	0%	Formes non reconnues
bebida	-2	0	10	0%	Formes non reconnues
consci	-2	0	10	0%	Formes non reconnues
embora	-2	0	9	0%	Conjonctions et locutions
muitas	-2	0	10	0%	Pronoms
tambem	-2	6	50	12%	Adverbes
cigarro	-2	17	114	15%	Formes non reconnues
prejudicial	-2	0	10	0%	Formes non reconnues

Catégories grammaticales

Voici la liste des catégories grammaticales en fonction de leur khi2 et leur effectif dans la classe 1.

Khi2 > 0 signifie une présence relative de la catégorie.

Khi2 < 0 signifie une absence relative de la catégorie.

Khi2 = 0 signifie que la présence de la catégorie dans la classe n'est pas significative.

Catégorie Grammaticale	Khi2	Effectif
Pronoms	30	470
Auxiliaire SER	9	65
Auxiliaire TER	0	36
Auxiliaire HAVER	0	2
Interjections	0	40
Numéraux	0	46
Adverbes	-1	201
Prépositions simples et locutions prépositives	-4	147
Auxiliaire ESTAR	-5	7
Mots en majuscules	-6	3
Conjonctions et locutions conjonctives	-13	179

Ci-dessous la liste des unités de contexte élémentaires (u.c.e) caractéristiques de la classe 1, triées par ordre d'importance (khi2) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 161 Khi2 = 34 uci n° 9 : *suj_009 *fum_1 *ida_2 *sex_2 *esc_4 *idc_1 *K_1
(minha) (mae) e a pessoa mais zen (do) (mundo) assim, (ela) nao (da) (freio) (em) (ninguem) (ela) acha que como (ela) (teve) sorte com a primeira, (minha) (irma) a mais (velha) (ela) e o exemplo (la) de (casa) e e (porque) e adotada mas (ela) e assim tem duas formaturas e muito bem (casada) (ta) (entendendo) tem tres (filhos) e e igual a (mainha) (ela) (entao) assim a mais (nova) (ta) ai noiva, (vai) (casar),
- uce n° 17 Khi2 = 33 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
(mundo) o unico pessoal que eu (tenho) amizade e com o pessoal (familia/) (dela) (irma) sobrinha essas coisas, mas nem ate com a (minha) (familia) eu/ (perdi) o (contato) (porque) eu (tenho) (vergonha) (da) situacao (em-que) eu (vivo) ai/ eu me puno (porque) eu vo (fazer) o-que ai eu vo (morro) (acaba) (tudo) e nem/ (tenho) (vergonha) mais e nem to (envergonhando) a (ninguem).
- uce n° 7 Khi2 = 29 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
e/ (tudo) registrado no (meu) nome (entendeu) elas foram no (conselho) tutelar/ foi (tudo) direitinho nao tem (perigo) de tomar. com-certeza eu (amo) mais/ (do) que (meus) (filhos). nao (meus) (filhos) sao otimos eu (tenho) sandro que e/ (casado) eu (tenho) alan e (tenho) alisson que e o-mais (novo) mas e um (menino/) que estuda (faz) universidade (vai) formar agora (em) direito (novinho) tem/
- uce n° 190 Khi2 = 26 uci n° 11 : *suj_011 *fum_1 *ida_4 *sex_1 *esc_2 *idc_1 *K_1
(bater) e (minha) (mae) (fez) (cha) (pra) (minha) tomei o (cha), sem conseguir (respirar), e quando (minha) (mae) (fez) o (cha) eu fiquei por-ali, (andando) dentro-de (casa) (pra) ver se eu conseguia (respirar) e (deu) uma (dor) de (cabeca) (tudo) (pe) o cigarro (ta) me alfinetando,
- uce n° 159 Khi2 = 25 uci n° 9 : *suj_009 *fum_1 *ida_2 *sex_2 *esc_4 *idc_1 *K_1
fui (desse) (jeito) (tudo) na cara assim eu nao (tinha) (vergonha), (minha) (mae) sempre foi (daquela) que assim deixe so um pouquinho nao (faz) mal nao (entendeu) (entao) (ela) foi muito (liberal), muito (liberal) tanto e que eu (tenho) duas (irmas) a mais (velha) e a mais (nova),
- uce n° 155 Khi2 = 20 uci n° 9 : *suj_009 *fum_1 *ida_2 *sex_2 *esc_4 *idc_1 *K_1
mas (conversa) puxa papo ai voce fuma. (minha) (mae) e muito (liberal), (ela) e muito (liberal) nao que (isso) nao foi na (frente) (dela) foi na (escola) (proximo) a (praia) nao era uma (menina) tambem muito (daquelas) operativazinha (entao) eu era assim,
- uce n° 9 Khi2 = 19 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
eu me separei (do) (meu) (marido) e fui (viver) com uma pessoa (do) mesmo sexo/ (dai) ja e a (perdicao) (da) (minha) vida hoje (meus) (filhos) sao (tudo) (homem/) (homem) de bem mas hoje era (pra) (meus) (filhos) ser (tudo) drogado ser (tudo/)
- uce n° 28 Khi2 = 19 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
(ela) (tratava) (meus) (filhos) muito mal (chegou) ao (ponto) de o (meu) mais (velho) quando (ela) botou (pra) (fora) de (casa) que era a (minha) (casa) que (ela) quando foi (morar) foi (morar) na (minha) (casa) e eu aceitar (tudo) calada e como quem acredita (em) (deus) acha que/
- uce n° 29 Khi2 = 19 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
(isso) e coisa (do) (maligno) (porque) uma (mae) ver um (filho) ser posto (pra) (fora) de (casa) uma (casa) que era (dele) e nao (fazer) (nada) e (ele) (dizer) mas (mainha) (tu) nao (vai) (fazer) (nada) e eu nao (fazer) (nada) quando (ela) foi (morar) (comigo) (cada) (filho) (meu) (tinha) o seu/
- uce n° 23 Khi2 = 16 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
(senhor) (ele) so (fez) (chorar) mandou que eu fosse (pra) (casa) (cuidar) dos (meus) (filhos) e nao me desmoralizasse e nem (envergonhasse) mais (ainda) mas nunca me (discriminou) e nunca me abandonou ai (chegava) (ela) sentava escutava e sempre (ela) apoiava a (minha/)
- uce n° 95 Khi2 = 16 uci n° 5 : *suj_005 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_1 *idc_1 *K_1
(atender) um (telefone) (meu). E essa que (mora) (em) tibiri ai eu (ligo) (pra) (ela) e (ela) nao nao ligue mais (tarde) eu to na (igreja) e eu tava deixando passar (ta) (mae) (liga) mais (tarde) eu to ocupada ai nao (atende) o (telefone) as vezes (ta) ocupado ou (fora) de area de (repente) (ela) me (da) um/
- uce n° 174 Khi2 = 16 uci n° 10 : *suj_010 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_1
e (isso) foi fazendo com-que eu me excluísse (da) (familia) a (cada) vez mais e hoje eu estou (completamente) excluida, (porque) eu fui me aborrecendo pelo (tratamento), (ainda) bem-que (chego) na (casa) (do) (meu) (irmao) (pra) um (jantar) final de ano (olha) quando (tu) quiser fumar tem um bequinho ali (tu) (vai) fumar (la) (viu), nao (sou) tao idiota ao (ponto) de achar que (ninguem) ali fuma e eu na cara dos outros, (entao) essas coisas foi minando,
- uce n° 241 Khi2 = 16 uci n° 17 : *suj_017 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
(minha) (mae) (morreu) ha onze anos, (meu) (marido) nao (morreu), mas e um morto_vivo. passei (vinte)

e (oito) anos (casada) e nao (deu) (certo), imagine agora depois-de (velha) e feia.

uce n° 68 Khi2 = 15 uci n° 2 : *suj_002 *fum_1 *ida_2 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_3

inalando e (inclusive) (minha) (irma) esta sofrendo por conta (do) fumo (do) (meu) pai, tem problema de (coracao), ja (teve) que (fazer) ja uma ponte safena, (porque) (ela) nao fuma, nunca fumou, (meu) (filho) (ele) so (vive) doente eu (tenho) que parar ate por (causa) (da) saude (dele),

uce n° 18 Khi2 = 14 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1

(meu) (marido) nao/ me maltratava (ele) era o tipo de (homem) que nao (batia) (em) (mim), mas saia/ num dia (chegava) no outro namorada (dele) (ia) buscar (ele) (em) (casa) era o/ tipo (do) (homem) que fica sem (falar) palavras ai eu (tinha) que botar (tinha/) que (fazer) eu era o (homem) e a mulher (da) (casa) eu e que ma mantinha e/

uce n° 34 Khi2 = 14 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1

eu nao posso (chegar/) com nenhum problema (pra) (ele) de-jeito-nenhum eu aguento a carga todinha/ (sozinha). sabe (doutora) eu (peco) a (deus) para (ela) (sair) de (casa) que (ela/) (tenha) a coragem de (fazer) (isso) (comigo) (pra) eu nao me sentir culpada de/ (nada).

uce n° 64 Khi2 = 14 uci n° 2 : *suj_002 *fum_1 *ida_2 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_3

(porque) num (teve) tempo de botar (pra) (dentro), so que o pai (do) (menino) vinha (chegando) (porque) (ta) (direto) ali no (pe) (dele) na vida de (mim), (ta) (direto) ali, so num (vive) mais (la) (em) (casa) (porque) e ladrao, (meu) ex (marido),

uce n° 165 Khi2 = 14 uci n° 9 : *suj_009 *fum_1 *ida_2 *sex_2 *esc_4 *idc_1 *K_1

por exemplo (marido), (casei) nas condicoes (religiosas) mas nao (sou) dependente daquilo nao (vivo) (porque) (meu) (marido) (vivia) (entendeu) (entao) (tudo) que (da) dependencia tem que irritar (ta) (entendendo), (entao) se eu (soubesse) que eu (ia) ficar dependente de um (negocinho) (assim-que) (acaba) saindo caro,

uce n° 21 Khi2 = 13 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1

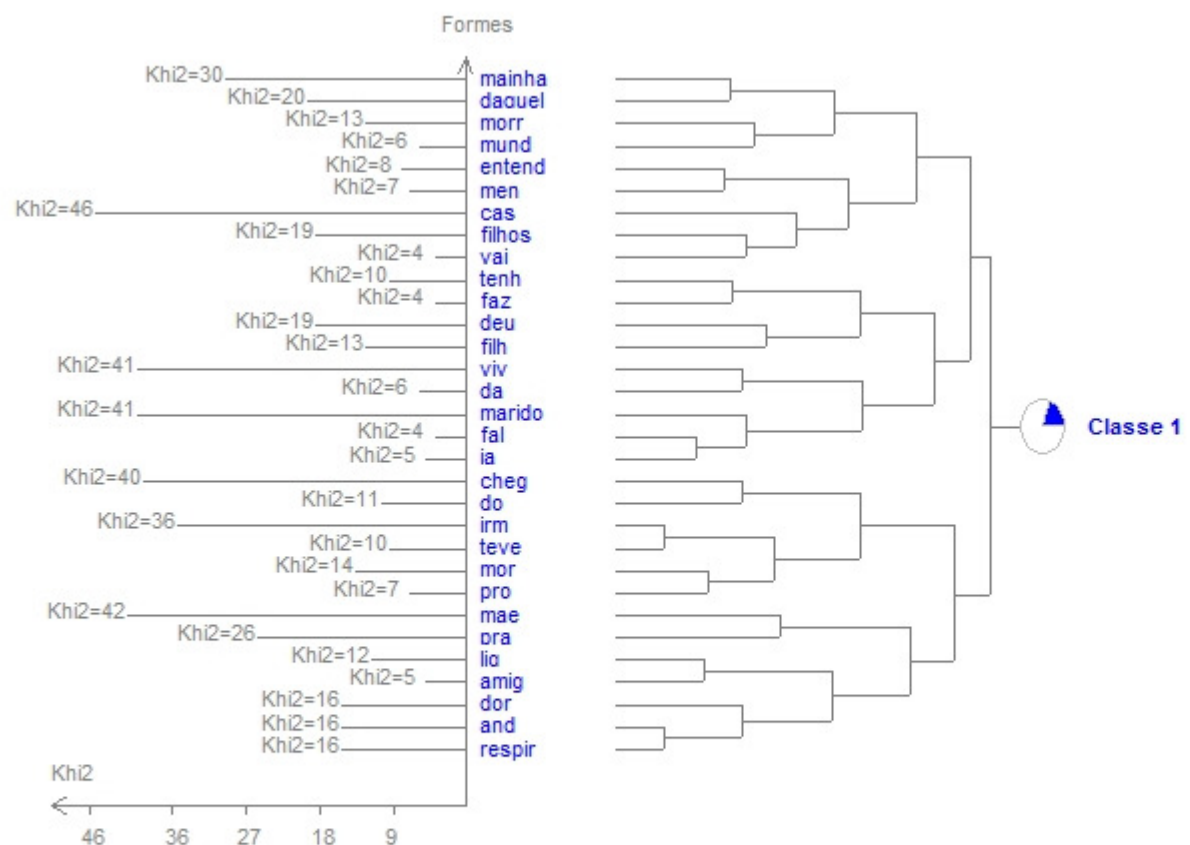
deixei loja abandonei (meus) (filhos) deixei pai (mae) (irmaos) (tudo) (pra) ir (viver) com (ela). (porque) (ela) parava e me escutava coisa que (vamos) (dizer) (minha) (mae) que (meu) pai era mais maleavel (minha) (mae) (dizia) o seguinte (casou) tem que (viver) a gente (tudo) (casado) (ela) (ainda) (batia) e e ja (meu) pai eu (contava) (tudo) a (ele) eu nao (tinha) segredo (pro/)

uce n° 147 Khi2 = 13 uci n° 9 : *suj_009 *fum_1 *ida_2 *sex_2 *esc_4 *idc_1 *K_1

ai fica aquela coisa que nao (adianta) (ninguem) (falar) (entao) enquanto era prazeiroso nao (adiantava) eu (poderia) ate (fazer) um fumo (falso) (porque) (marido) (pra) nao (reclamar) (porque) (ele) nao gostava de cigarro, (minha) (mae), mas eu (ia) (fazer) e (fiz) ne,

Classification Ascendante Hiérarchique

La classification ascendante est un résultat complémentaire et une aide à la représentation des relations locales entre formes d'une même classe. Vous trouverez ci-dessous l'arbre de la classification ascendante pour la classe 1 ; on observe les paquets d'aggrégation de formes ainsi que le khi2 de chaque forme dans la classe.



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.

Résultats de la classe n°2

Présences significatives

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 2 en fonction du khi2.

Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;

Effectif 2 : nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
bonit	66	20	20	21	95%	Formes non reconnues
influenci	36	18	15	19	79%	Formes non reconnues
*ida_1	35	55	55	138	40%	Formes non reconnues
via	34	12	11	12	92%	Formes non reconnues
pois	34	12	11	12	92%	Conjonctions et locutions
*fum_3	33	29	29	55	53%	Formes non reconnues
comec	29	33	24	44	55%	Formes non reconnues
amigos	29	27	20	33	61%	Formes non reconnues
como-se	29	13	11	13	85%	Conjonctions et locutions
fum	26	211	81	268	30%	Formes non reconnues
pel	24	16	14	21	67%	Formes non reconnues
charm	24	7	7	7	100%	Formes non reconnues
estimul	24	8	7	7	100%	Formes non reconnues
os	23	31	26	54	48%	Formes non reconnues
alegr	23	11	10	13	77%	Formes non reconnues
estress	23	18	17	29	59%	Formes non reconnues
*esc_3	21	61	61	184	33%	Formes non reconnues
*fum_2	21	30	30	69	43%	Formes non reconnues
deveria	21	6	6	6	100%	Formes non reconnues
sobretudo	21	6	6	6	100%	Formes non reconnues
experiment	20	7	7	8	88%	Formes non reconnues
gost	19	15	13	21	62%	Formes non reconnues
prov	19	9	8	10	80%	Formes non reconnues
dos	18	12	11	17	65%	Formes non reconnues
exemplo	18	11	11	17	65%	Formes non reconnues
curiosidade	18	12	11	17	65%	Formes non reconnues
fosse	17	10	10	15	67%	Formes non reconnues
trist	17	10	9	13	69%	Formes non reconnues
jovem	16	7	6	7	86%	Formes non reconnues
escondid	16	6	6	7	86%	Formes non reconnues
adolescente	16	6	6	7	86%	Formes non reconnues
por	15	39	29	72	40%	Prépositions simples et
*suj_020	14	8	8	12	67%	Formes non reconnues
coleg	13	6	6	8	75%	Formes non reconnues
consci	13	9	7	10	70%	Formes non reconnues
jovens	13	5	5	6	83%	Formes non reconnues

incentiv	13	9	6	8	75%	Formes non reconnues
era	12	40	25	64	39%	Auxiliaire SER
pai	11	13	12	24	50%	Formes non reconnues
mais	11	71	44	137	32%	Adverbes
ve	10	6	5	7	71%	Formes non reconnues
epoca	10	14	10	19	53%	Formes non reconnues
agente	10	12	6	9	67%	Formes non reconnues
cinema	10	4	3	3	100%	Formes non reconnues
tambem	10	24	20	50	40%	Adverbes
por-causa-de	10	3	3	3	100%	Prépositions simples et
for	9	4	4	5	80%	Formes non reconnues
adulto	9	4	4	5	80%	Formes non reconnues
antiga	9	4	4	5	80%	Formes non reconnues
aliment	9	4	4	5	80%	Formes non reconnues
interess	9	5	4	5	80%	Formes non reconnues
prejuizo	9	4	4	5	80%	Formes non reconnues
propaganda	9	4	4	5	80%	Formes non reconnues
A	8	7	6	10	60%	Mots en majuscules
ver	8	11	10	21	48%	Formes non reconnues
prim	8	6	6	10	60%	Formes non reconnues
*idc_1	8	82	82	319	26%	Formes non reconnues
depois	8	16	12	27	44%	Adverbes
ou	7	19	17	45	38%	Conjonctions et locutions
algo	7	7	6	11	55%	Pronoms
coisa	7	34	25	73	34%	Formes non reconnues
filme	7	4	4	6	67%	Formes non reconnues
habito	7	4	4	6	67%	Formes non reconnues
preocup	7	6	6	11	55%	Formes non reconnues
tivesse	7	7	7	13	54%	Formes non reconnues
*suj_032	7	7	7	13	54%	Formes non reconnues
atividade	7	5	4	6	67%	Formes non reconnues
televisao	7	4	4	6	67%	Formes non reconnues
ach	6	32	32	103	31%	Formes non reconnues
fic	6	21	20	56	36%	Formes non reconnues
hoje	6	20	16	43	37%	Adverbes
antes	6	3	3	4	75%	Adverbes
idade	6	3	3	4	75%	Formes non reconnues
inici	6	3	3	4	75%	Formes non reconnues
balada	6	3	3	4	75%	Formes non reconnues
ocorre	6	3	3	4	75%	Formes non reconnues
que-se	6	5	5	9	56%	Pronoms
das	5	7	7	15	47%	Formes non reconnues
num	5	6	6	12	50%	Formes non reconnues
voce	5	46	21	62	34%	Pronoms
feliz	5	4	4	7	57%	Formes non reconnues
parec	5	4	4	7	57%	Formes non reconnues

estava	5	7	7	15	47%	Auxiliaire ESTAR
quando	5	53	37	124	30%	Conjonctions et locutions
principal	5	8	7	15	47%	Formes non reconnues
satisfacao	5	4	4	7	57%	Formes non reconnues
mao	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
mod	4	4	3	5	60%	Formes non reconnues
tal	4	3	3	5	60%	Conjonctions et locutions
tir	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
uma	4	53	42	148	28%	Formes non reconnues
caso	4	6	6	13	46%	Conjonctions et locutions
ruim	4	7	7	16	44%	Formes non reconnues
sens	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
grupo	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
acontec	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
complic	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
*suj_024	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
*suj_034	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
depois-de	4	3	3	5	60%	Prépositions simples et
circunstancia	4	4	3	5	60%	Formes non reconnues
E	3	10	10	28	36%	Mots en majuscules
ato	3	3	2	3	67%	Formes non reconnues
bom	3	6	6	15	40%	Interjections
dav	3	5	5	11	45%	Formes non reconnues
vej	3	6	6	14	43%	Formes non reconnues
brig	3	3	2	3	67%	Formes non reconnues
calm	3	4	3	6	50%	Formes non reconnues
esta	3	13	13	39	33%	Pronoms
mesmo	3	16	16	50	32%	Pronoms
namor	3	4	4	8	50%	Formes non reconnues
teria	3	2	2	3	67%	Auxiliaire TER
treze	3	2	2	3	67%	Numéraux
aprend	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
aument	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
conviv	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
explic	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
prazer	3	10	9	24	38%	Formes non reconnues
situac	3	6	6	14	43%	Formes non reconnues
acostum	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
sabendo	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
*suj_062	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
*suj_068	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
*suj_110	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
enquanto	3	2	2	3	67%	Conjonctions et locutions
seguinte	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
sociedade	3	2	2	3	67%	Formes non reconnues
necessidade	3	4	4	8	50%	Formes non reconnues

ha	2	5	4	9	44%	Auxiliaire HAVER
foi	2	24	19	64	30%	Auxiliaire SER
nov	2	4	4	9	44%	Formes non reconnues
vai	2	10	10	30	33%	Formes non reconnues
coloc	2	4	4	9	44%	Formes non reconnues
outra	2	4	4	9	44%	Pronoms
todos	2	5	4	9	44%	Pronoms
nervos	2	10	7	19	37%	Formes non reconnues
amizade	2	4	4	9	44%	Formes non reconnues

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 2.

Forme réduite	Formes complètes associées
bonit	bonita(2) bonito(18)
influenç	influencia(15) influenciada(1) influenciava(1) influenciou(1)
via	via(12)
pois	pois(12)
comec	comeca(9) começar(1) comecei(21) comeco(2)
amigos	amigos(27)
como-se	como-se(13)
fum	fuma(30) fumado(1) fumam(4) fumando(24) fumante(2) fumantes(2) fumar(92)
pel	pela(13) pelas(1) pele(2)
charm	charme(6) charmoso(1)
estimul	estimula(2) estimulacao(1) estimulando(1) estímulo(2) estimulou(2)
os	os(31)
alegr	alegra(1) alegre(6) alegria(4)
estress	estressada(6) estressado(4) estressante(1) estresse(7)
deveria	deveria(6)
sobretudo	sobretudo(6)
experiment	experimentando(2) experimentar(5)
gost	gostando(1) gostava(1) gostei(4) gosto(7) gostosa(1) gostoso(1)
prov	prova(4) provar(3) provava(1) provei(1)
dos	dos(12)
exemplo	exemplo(10) exemplos(1)
curiosidade	curiosidade(12)
fosse	fosse(10)
trist	triste(5) tristeza(5)
jovem	jovem(7)
escondid	escondida(3) escondido(3)
adolescente	adolescente(5) adolescentes(1)
por	por(39)
coleg	colega(2) colegas(2) colegio(2)
consci	consciencia(7) conscientes(2)
jovens	jovens(5)
incentiv	incentivam(3) incentivaram(1) incentivo(5)
era	era(40)
pai	pai(8) pais(5)
mais	mais(71)
ve	ve(6)
epoca	epoca(14)
agente	agente(12)

cinema	cinema(4)
tambem	tambem(24)
por-causa-de	por-causa-de(3)
for	for(4)
adulto	adulto(2) adultos(2)
antiga	antigamente(3) antigas(1)
aliment	alimentacao(1) alimentar(1) alimentava(1) alimento(1)
interess	interessado(1) interessante(2) interesse(1) interessei(1)
prejuizo	prejuizo(4)
propaganda	propaganda(2) propagandas(2)
A	A(7)
ver	ver(11)
prim	primeira(6)
depois	depois(16)
ou	ou(19)
algo	algo(7)
coisa	coisa(28) coisas(6)
filme	filmes(4)
habito	habito(4)
preocup	preocupacao(2) preocupada(2) preocupado(1) preocupam(1)
tivesse	tivesse(7)
atividade	atividade(3) atividades(2)
televisao	televisao(4)
ach	acha(6) acham(5) achar(1) achava(1) achavam(2) acho(63)
fic	fica(4) ficar(4) ficava(6) fico(5) ficou(2)
hoje	hoje(20)
antes	antes(3)
idade	idade(3)
inici	iniciar(1) inicie(2)
balada	balada(2) baladas(1)
ocorre	ocorre(3)
que-se	que-se(5)
das	das(7)
num	num(5) numa(1)
voce	voce(46)
feliz	feliz(4)
parec	parece(3) parecer(1)
estava	estava(7)
quando	quando(53)
principal	principalmente(8)
satisfacao	satisfacao(4)
mao	mao(3)
mod	moda(3) modismo(1)
tal	tal(3)
tir	tira(2) tiro(1)
uma	uma(53)

caso	caso(6)
ruim	ruim(7)
sens	sensacao(3)
grupo	grupo(3)
acontec	acontece(1) aconteceu(2)
complic	complica(1) complicado(2)
depois-de	depois-de(3)
circunstancia	circunstancia(2) circunstancias(2)
E	E(10)
ato	ato(3)
bom	bom(8)
dav	dava(8)
vej	veja(1) vejo(5)
brig	briga(1) brigo(2)
calm	calma(2) calmante(2)
esta	esta(26)
mesmo	mesmo(16)
namor	namorada(2) namorar(1) namoro(1)
teria	teria(2)
treze	treze(2)
aprend	aprender(1) aprendia(1)
aument	aumenta(1) aumentava(1)
conviv	convive(1) convivencia(1)
explic	explicado(1) explicar(1)
prazer	prazer(7) prazerosa(2) prazeroso(1)
situac	situacao(3) situacoes(3)
acostum	acostuma(2)
sabendo	sabendo(2)
enquanto	enquanto(2)
seguinte	seguinte(2)
sociedade	sociedade(2)
necessidade	necessidade(4)
ha	ha(5)
foi	foi(24)
nov	nova(3) novinho(1) novo(1)
vai	vai(10)
coloc	coloca(2) colocando(1) colocar(1)
outra	outra(4)
todos	todos(5)
nervos	nervosa(9) nervoso(1)
amizade	amizade(1) amizades(3)

Absences significatives

Voici le vocabulaire significativement absent de la classe 2 en fonction du khi2.

Effectif : nombre d 'uce de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d 'uce de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
*fum_1	-30	25	212	12%	Formes non reconnues
eu	-21	49	291	17%	Pronoms
*esc_2	-20	7	102	7%	Formes non reconnues
nao	-11	38	229	17%	Adverbes
*ida_3	-11	4	62	6%	Formes non reconnues
*suj_001	-11	0	33	0%	Formes non reconnues
*fum_4	-9	7	75	9%	Formes non reconnues
*idc_5	-9	7	75	9%	Formes non reconnues
ela	-8	6	66	9%	Pronoms
cheg	-8	0	25	0%	Formes non reconnues
*ida_2	-8	5	60	8%	Formes non reconnues
vou	-7	3	44	7%	Formes non reconnues
do	-6	8	68	12%	Formes non reconnues
fiqu	-6	0	19	0%	Formes non reconnues
tenh	-6	6	58	10%	Formes non reconnues
*esc_1	-6	1	26	4%	Formes non reconnues
*suj_009	-6	0	19	0%	Formes non reconnues
um	-5	27	158	17%	Numéraux
pra	-5	12	88	14%	Formes non reconnues
duas	-5	0	16	0%	Formes non reconnues
*suj_005	-5	1	25	4%	Formes non reconnues
problema	-5	2	30	7%	Formes non reconnues
to	-4	1	22	5%	Pronoms
sai	-4	0	13	0%	Formes non reconnues
acab	-4	0	13	0%	Formes non reconnues
ajud	-4	0	13	0%	Formes non reconnues
diss	-4	2	29	7%	Formes non reconnues
filh	-4	1	20	5%	Formes non reconnues
pass	-4	4	40	10%	Formes non reconnues
tent	-4	0	12	0%	Formes non reconnues
entao	-4	3	33	9%	Adverbes
minha	-4	12	81	15%	Pronoms
ta	-3	4	36	11%	Pronoms
bot	-3	1	19	5%	Formes non reconnues
cas	-3	5	43	12%	Formes non reconnues
deu	-3	4	36	11%	Formes non reconnues

dev	-3	0	10	0%	Formes non reconnues
hor	-3	1	19	5%	Formes non reconnues
mes	-3	1	17	6%	Formes non reconnues
tom	-3	2	24	8%	Formes non reconnues
viv	-3	1	16	6%	Formes non reconnues
dela	-3	1	17	6%	Pronoms
dele	-3	1	17	6%	Pronoms
tres	-3	0	9	0%	Numéraux
vici	-3	5	41	12%	Formes non reconnues
facil	-3	0	9	0%	Formes non reconnues
nunca	-3	3	29	10%	Adverbes
outro	-3	1	19	5%	Pronoms
sinto	-3	1	17	6%	Formes non reconnues
tempo	-3	1	19	5%	Formes non reconnues
comigo	-3	0	9	0%	Pronoms
depend	-3	0	9	0%	Formes non reconnues
*suj_002	-3	1	18	6%	Formes non reconnues
prejudicial	-3	0	10	0%	Formes non reconnues
ir	-2	0	8	0%	Formes non reconnues
dez	-2	0	8	0%	Numéraux
dia	-2	6	44	14%	Formes non reconnues
ele	-2	9	59	15%	Pronoms
fui	-2	3	27	11%	Auxiliaire SER
irm	-2	1	15	7%	Formes non reconnues
mat	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
nas	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
ped	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
tem	-2	11	69	16%	Auxiliaire TER
nada	-2	1	15	7%	Pronoms
onde	-2	0	8	0%	Pronoms
vida	-2	2	22	9%	Formes non reconnues
jeito	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
vinha	-2	0	8	0%	Formes non reconnues
mainha	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
normal	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
procur	-2	0	8	0%	Formes non reconnues
quatro	-2	0	7	0%	Numéraux
termin	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
convers	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
remedio	-2	0	8	0%	Formes non reconnues
*suj_003	-2	0	8	0%	Formes non reconnues
*suj_011	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
*suj_016	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
*suj_027	-2	0	7	0%	Formes non reconnues
*suj_102	-2	0	8	0%	Formes non reconnues

Catégories grammaticales

Voici la liste des catégories grammaticales en fonction de leur khi2 et leur effectif dans la classe 2.
 Khi2 > 0 signifie une présence relative de la catégorie.
 Khi2 < 0 signifie une absence relative de la catégorie.
 Khi2 = 0 signifie que la présence de la catégorie dans la classe n'est pas significative.

Catégorie Grammaticale	Khi2	Effectif
Mots en majuscules	9	20
Prépositions simples et locutions prépositives	5	213
Conjonctions et locutions conjonctives	5	277
Auxiliaire ESTAR	4	25
Auxiliaire HAVER	4	5
Auxiliaire SER	1	59
Interjections	0	40
Adverbes	0	240
Auxiliaire TER	-2	29
Numéraux	-10	36
Pronoms	-11	384

Unités de Contexte Élémentaires de la classe 2

Ci-dessous la liste des unités de contexte élémentaires (u.c.e) caractéristiques de la classe 2, triées par ordre d'importance (khi2) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 347 Khi2 = 24 uci n° 34 : *suj_034 *fum_2 *ida_2 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
mas eu acho que o (ver) (mesmo) (de) (ver) (de) acompanhar e ai a (curiosidade) eu acho so assim. Sob (estresse), semana (de) (prova), (por) (exemplo), eu costume (fumar) se eu to (numa) restricao (alimentar) como eu to agora no (comeco) (parece) que (voce) (troca) (uma) (coisa) (pela) (outra) eu acho que so,
- uce n° 459 Khi2 = 21 uci n° 81 : *suj_081 *fum_3 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
(fumar) e desconstracao e (leva) a (estimulacao) para executar (atividades) cognitivas. (comecei) a (fumar) (pela) (curiosidade) e mae (era) (fumante). (quando) (fumava) (mais) (era) em (uma) (situacao) (de) (preocupacao) (ou) (estresse).
- uce n° 462 Khi2 = 21 uci n° 83 : *suj_083 *fum_3 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
(E) (algo) que (ocorre) (pelas) (amizades), (por-cao-de) (ver) (os) (amigos) (fumando) e ser (adolescente) que quer (provar) tudo. (os) (amigos) mas (tambem) porque (voce) acha (bonito) isso tem (uma) (influencia) muito forte para (voce) (comecar).
- uce n° 443 Khi2 = 17 uci n° 75 : *suj_075 *fum_3 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
deus (foi) maravilhoso porque eu deixei (de) (fumar) (depois) vim ser (alegre) e (foi) (depois-de) (uma) febre enorme (de) semanas ai (quando) dei um trago passei mal. (comecei) (por) (curiosidade) minhas amiguinhas e eu (via) (os) (adultos) (fumando) achava (bonito) e (agente) (ficava) (escondida) (experimentando).
- uce n° 261 Khi2 = 16 uci n° 20 : *suj_020 *fum_1 *ida_4 *sex_1 *esc_4 *idc_1 *K_2
(por) (exemplo), (depois-de) (uma) (coisa) (prazerosa) ate (mesmo) o (ato) sexual, e (de) se questionar e muito (interessante), eu acredito que e (como-se) la (escondido) (tivesse) (algo) (associado) a (satisfacao) (voce) ta sentindo (como-se) ta excretando (aquilo) que (num) (presta),
- uce n° 464 Khi2 = 16 uci n° 84 : *suj_084 *fum_3 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
(fumar) e (algo) que (comeca) como bom e (bonito), mas (depois) (voce) (ve) que e (ruim) e (deselegante) (principalmente) (hoje) em dia. com-certeza (comeca) a (fumar) (quando) (ve) alguém (fumar) sejam amigo (ou) (os) (pais).
- uce n° 340 Khi2 = 15 uci n° 33 : *suj_033 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_2 *K_4
(fumar), causa (uma) (sensacao) (de) (prazer), tranquilidade, (calma) (num) momento (estressante) (sempre) me deu (calma) e e isso. (O) meio que eu tava meus (amigos) todo mundo (fumava), ai (comecei) a (fumar) (por) conta disso, (influencia) nao porque eu (via) eles (fumando) tive (curiosidade) me (interessei) e (gostei).
- uce n° 324 Khi2 = 14 uci n° 32 : *suj_032 *fum_2 *ida_4 *sex_2 *esc_4 *idc_1 *K_2
cigarro certo e (hoje) eu (vejo) o (seguinte), o (jovem) (hoje) so (fuma) porque quer (mesmo) porque tem (todas) as informacoes que a gente nao tinha, muito (pelo) (contrario) a gente tinha (estimulo) para (fumar) o (cinema) (sobretudo) (os) (filmes), que novela tinha pouca,
- uce n° 372 Khi2 = 14 uci n° 45 : *suj_045 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
acho que (foi) a (influencia) (dos) meus parentes, (amigos), vai pra (balada) ai (sempre) (voce) (fuma) sem (perceber) entendeu. acho (que-se) a pessoa (tivesse) oportunidade (de) escolher nao (deveria) nem (experimentar), e (uma) (coisa) desnecessaria, depois-que (voce) (coloca) (na) boca (voce) vai achar (ruim) a (primeira) vez, (mais) com a frequencia a pessoa (de) (acostuma) e parar e (sempre) (complicado),
- uce n° 383 Khi2 = 14 uci n° 50 : *suj_050 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
acho que (foi) a (influencia) (dos) meus parentes, (amigos), vai pra (balada) ai (sempre) (voce) (fuma) sem (perceber) entendeu. acho (que-se) a pessoa (tivesse) oportunidade (de) escolher nao (deveria) nem (experimentar), e (uma) (coisa) desnecessaria, depois-que (voce) (coloca) (na) boca (voce) vai achar (ruim) a (primeira) vez, (mais) com a frequencia a pessoa se (acostuma) e parar e (sempre) (complicado).
- uce n° 387 Khi2 = 14 uci n° 52 : *suj_052 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
(fumar) (alivia) a (tensao) (mesmo) (sabendo) que e (uma) (ilusao), (na) verdade (estimula) (mais) a ansiedade so que a (primeira) (sensacao) e um (alivio) (de) (tensao), parta mim e um (prazer) e (gosto) muito (de) (fumar), desse (habito).
- uce n° 428 Khi2 = 14 uci n° 68 : *suj_068 *fum_3 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
deixar a (atividade) e (tambem) (fumava) muito a-noite devido insônia. esse (pais) (deveria) (proibir) completamente (propagandas) (ou) exibicao (de) drogas (na) (televisao), (pois) (estimula) a (curiosidade) (das) pessoas, (de) crianças, (adolescentes), (ou) (adultos) e (principalmente) daqueles que tem vontade

(de) parar (de) (fumar) (pois) (quando) (ve) a cena (fica) (logo) com vontade.

uce n° 317 Khi2 = 13 uci n° 29 : *subj_029 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_4 *idc_1 *K_2
(fumar) proporciona (prazer) (satisfacao) bem estar. para mim eu (fumar) (foi) (pela) minha mae (fumar) (foi) (pela) imitacao (mesmo) meu (pai) (soltava) ali o cigarro e eu ia (escondida) (fumando). (fumo) (mais) tanto (na) (alegria) quanto (na) (tristeza) (na) (alegria) eu vou (logo) (fumar) (como-se) (fosse) assim (uma) comemoracao sei la (fumando) sinto (uma) (coisa) assim (prazerosa) e (na) (tristeza) ainda e pior ainda (fuma) (mais) e (como-se) (aquilo) ali que (voce) (fuma) (lhe) acalmasse.

uce n° 353 Khi2 = 13 uci n° 37 : *subj_037 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
(fumar) e (algo) que me faz (feliz). (comecei) muito (jovem) (quando) eu pegava (escondido) o cigarro (dos) meu (pais) (pois) eles eram (fumantes), acho que (foi) (por-cao-de) (ver) eles (fumando) e achar (bonito).

uce n° 394 Khi2 = 13 uci n° 56 : *subj_056 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
(fumar) para mim e satisfazer (uma) (necessidade) acho que e um (habito). alguem (comeca) a (fumar) em festas com (baladas), (pois) (os) (amigos) que (fumam) estao la (na) festa ai (comeca) (por) ai.

uce n° 445 Khi2 = 13 uci n° 76 : *subj_076 *fum_3 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
(fumar) e perda (de) tempo. (ocorre) (por) (influencia) (de) (amigos) eu (via) (provava) e com o tempo fui (gostando). (fumo) (mais) (quando) tenho (estresse), estou (preocupada), (ou) (por) vaidade (de) (charme). tem (uma) frase que (sempre) me vem a mente sobre o (fumar) que (foi) falada (por) chico anisio ele diz que (ha) poucas (coisa) de-que-se arrepende mas dentre estas poucas esta ter (fumado) e isso serve (tambem) para mim,

uce n° 350 Khi2 = 12 uci n° 35 : *subj_035 *fum_2 *ida_1 *sex_1 *esc_3 *idc_1 *K_2
eu acho prazeroso, otimo, me (tira) do (estresse), ja me deixa (mais) (alegre) ne. (os) (amigos) me (incentivaram) a (fumar) e eu quis (provar) ne, (na) (epoca) (de) (colegio) eu (inicie), tinha medo (de) pegar no tabaco porque pensava que ia morrer que ia (ficar) com febre e doente, mas depois-que (provei) a (primeira) vez me deu a (sensacao) (de) (prazer) ne.

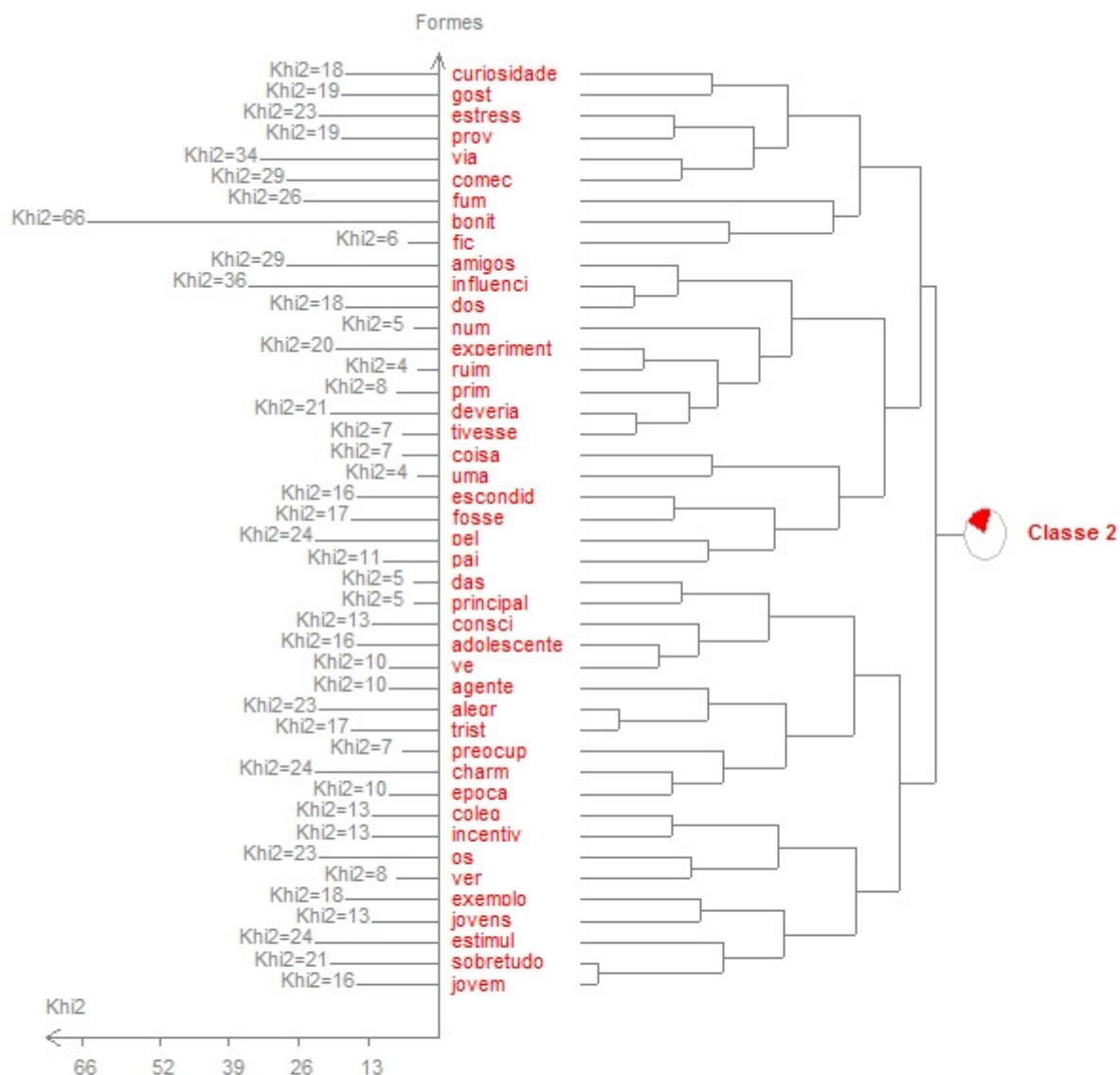
uce n° 411 Khi2 = 12 uci n° 62 : *subj_062 *fum_3 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
mas (era) (importante) (aquilo) ali a (sociedade) (na) (epoca), (fumar) (era) do meio. (foi) exatamente em (ver) outras pessoas (fumando), so isso. eu (vejo) (principalmente) (hoje) as pessoas bastante (conscientes) e se (preocupam) (principalmente) (os) (jovens), pessoas em plena (consciencia) (fumando) e (depois) descobre que (aquilo) causa (realmente) um mal (depois) e ate tarde.

uce n° 360 Khi2 = 11 uci n° 40 : *subj_040 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
(na) (televisao), em (todos) (os) lugares. (na) minha (epoca) (era) (bonito), se sentia (mais) capaz em termos (de) conquista, (sobretudo) no (cinema). no (cinema) (todas) as (propagandas) e (filmes) (voce) (via) atores (de) renome (todos) eles com cigarro, (os) (jovens) da minha (epoca) (associava) isso a esse poder (como-se) o cigarro (tivesse) um poder (de) status (de) masculinidade, claro que isso e idiotice,

uce n° 440 Khi2 = 11 uci n° 74 : *subj_074 *fum_3 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
alguem (fuma) (principalmente) (na) (adolescencia) (por) (ver) (os) outros (fumando). no meu (caso) (foi) assim. acho que (uma) pessoa (fuma) (mais) (por) (incentivo) (mesmo) (os) (amigos) (incentivam) e te (levam) a (iniciar) e nem sao (na) verdade (amigos).

Classification Ascendante Hiérarchique

La classification ascendante est un résultat complémentaire et une aide à la représentation des relations locales entre formes d'une même classe. Vous trouverez ci-dessous l'arbre de la classification ascendante pour la classe 2 ; on observe les paquets d'aggrégation de formes ainsi que le khi2 de chaque forme dans la classe.



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.

Résultats de la classe n°3

Présences significatives

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 3 en fonction du khi2.

Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;

Effectif 2 : nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
*fum_1	54	91	91	212	43%	Formes non reconnues
vou	41	47	30	44	68%	Formes non reconnues
hor	39	23	17	19	89%	Formes non reconnues
mes	33	20	15	17	88%	Formes non reconnues
fiqu	32	16	16	19	84%	Formes non reconnues
*esc_2	32	50	50	102	49%	Formes non reconnues
pronto	28	15	12	13	92%	Formes non reconnues
*idc_1	24	105	105	319	33%	Formes non reconnues
*suj_002	24	14	14	18	78%	Formes non reconnues
ai	23	114	58	137	42%	Interjections
remedio	22	9	8	8	100%	Formes non reconnues
eu	21	308	98	291	34%	Pronoms
bot	21	17	14	19	74%	Formes non reconnues
semana	21	15	14	19	74%	Formes non reconnues
pass	20	30	23	40	58%	Formes non reconnues
tent	19	11	10	12	83%	Formes non reconnues
dia	18	24	24	44	55%	Formes non reconnues
*ida_4	18	57	57	141	40%	Formes non reconnues
compr	17	18	12	17	71%	Formes non reconnues
tom	16	18	15	24	63%	Formes non reconnues
dez	15	7	7	8	88%	Numéraux
diss	15	19	17	29	59%	Formes non reconnues
*suj_003	15	7	7	8	88%	Formes non reconnues
vi	14	8	8	10	80%	Formes non reconnues
dar	14	10	10	14	71%	Formes non reconnues
aqui	14	12	10	14	71%	Adverbes
boca	14	13	10	14	71%	Formes non reconnues
feit	13	5	5	5	100%	Formes non reconnues
seis	13	6	5	5	100%	Numéraux
ped	12	7	6	7	86%	Formes non reconnues
uns	12	7	6	7	86%	Formes non reconnues
dois	12	11	10	15	67%	Numéraux
tres	12	8	7	9	78%	Numéraux
volt	12	11	11	17	65%	Formes non reconnues
jog	11	4	4	4	100%	Formes non reconnues
banh	11	6	4	4	100%	Formes non reconnues

dorm	11	5	4	4	100%	Formes non reconnues
daqui	11	4	4	4	100%	Formes non reconnues
cheguei	11	5	4	4	100%	Formes non reconnues
ja	10	40	28	65	43%	Adverbes
dig	10	9	8	12	67%	Formes non reconnues
duas	10	10	10	16	63%	Formes non reconnues
esper	10	8	5	6	83%	Formes non reconnues
*esc_1	10	14	14	26	54%	Formes non reconnues
medica	10	5	5	6	83%	Formes non reconnues
to	9	16	12	22	55%	Pronoms
ela	9	28	28	66	42%	Pronoms
fui	9	15	14	27	52%	Auxiliaire SER
sem	9	19	14	27	52%	Prépositions simples et
vim	9	9	6	8	75%	Formes non reconnues
ness	9	7	7	10	70%	Formes non reconnues
todinh	9	6	6	8	75%	Formes non reconnues
me	8	63	43	115	37%	Pronoms
ajud	8	9	8	13	62%	Formes non reconnues
deix	8	42	25	58	43%	Formes non reconnues
doze	8	4	3	3	100%	Numéraux
quis	8	8	8	13	62%	Formes non reconnues
cigarro	8	61	43	114	38%	Formes non reconnues
*suj_005	8	13	13	25	52%	Formes non reconnues
carteira	8	10	9	15	60%	Formes non reconnues
por-isso-que	8	3	3	3	100%	Conjonctions et locutions
fim	7	4	4	5	80%	Formes non reconnues
rua	7	7	4	5	80%	Formes non reconnues
acend	7	10	6	9	67%	Formes non reconnues
atras	7	5	5	7	71%	Adverbes
final	7	7	6	9	67%	Formes non reconnues
aguent	7	5	4	5	80%	Formes non reconnues
pedindo	7	4	4	5	80%	Formes non reconnues
*suj_027	7	5	5	7	71%	Formes non reconnues
ate	6	24	19	45	42%	Prépositions simples et
tava	6	11	10	19	53%	Formes non reconnues
*ida_2	6	24	24	60	40%	Formes non reconnues
ca	5	3	3	4	75%	Adverbes
vo	5	4	4	6	67%	Formes non reconnues
nao	5	135	73	229	32%	Adverbes
cafe	5	5	4	6	67%	Formes non reconnues
gast	5	3	3	4	75%	Formes non reconnues
sete	5	3	3	4	75%	Numéraux
tive	5	8	8	15	53%	Auxiliaire TER
almoc	5	3	3	4	75%	Formes non reconnues
esses	5	3	3	4	75%	Pronoms
manha	5	3	3	4	75%	Formes non reconnues

rapid	5	3	3	4	75%	Formes non reconnues
receb	5	4	4	6	67%	Formes non reconnues
onibus	5	5	3	4	75%	Formes non reconnues
naquela	5	7	5	8	63%	Pronoms
arrend	5	4	4	6	67%	Formes non reconnues
consegui	5	4	4	6	67%	Formes non reconnues
psicolog	5	3	3	4	75%	Formes non reconnues
dav	4	8	6	11	55%	Formes non reconnues
sab	4	14	13	30	43%	Formes non reconnues
entr	4	7	6	11	55%	Formes non reconnues
pens	4	9	8	16	50%	Formes non reconnues
embora	4	5	5	9	56%	Conjonctions et locutions
*suj_022	4	5	5	9	56%	Formes non reconnues
ano	3	17	12	29	41%	Formes non reconnues
com	3	55	4	7	57%	Formes non reconnues
deu	3	14	14	36	39%	Formes non reconnues
fac	3	4	3	5	60%	Formes non reconnues
fic	3	21	21	56	38%	Formes non reconnues
mat	3	5	4	7	57%	Formes non reconnues
par	3	21	17	44	39%	Formes non reconnues
peg	3	15	9	21	43%	Formes non reconnues
pud	3	3	3	5	60%	Formes non reconnues
cant	3	4	3	5	60%	Formes non reconnues
esse	3	9	9	20	45%	Pronoms
mand	3	4	4	7	57%	Formes non reconnues
ment	3	4	3	5	60%	Formes non reconnues
todo	3	11	11	26	42%	Pronoms
acord	3	5	3	5	60%	Formes non reconnues
doent	3	5	5	10	50%	Formes non reconnues
tiver	3	7	5	10	50%	Formes non reconnues
quatro	3	4	4	7	57%	Numéraux
termin	3	4	4	7	57%	Formes non reconnues
dificil	3	4	3	5	60%	Formes non reconnues
dizendo	3	4	4	7	57%	Formes non reconnues
*suj_016	3	4	4	7	57%	Formes non reconnues
dinheiro	3	5	4	7	57%	Formes non reconnues
dentro-de	3	5	5	10	50%	Prépositions simples et
ir	2	4	4	8	50%	Formes non reconnues
um	2	69	50	158	32%	Numéraux
ele	2	21	21	59	36%	Pronoms
med	2	8	6	13	46%	Formes non reconnues
mei	2	9	7	16	44%	Formes non reconnues
sai	2	7	6	13	46%	Formes non reconnues
vez	2	18	16	43	37%	Formes non reconnues
fome	2	3	2	3	67%	Formes non reconnues
hoje	2	16	16	43	37%	Adverbes

larg	2	2	2	3	67%	Formes non reconnues
forte	2	2	2	3	67%	Formes non reconnues
ontem	2	3	2	3	67%	Adverbes
outro	2	9	8	19	42%	Pronoms
quase	2	2	2	3	67%	Formes non reconnues
tempo	2	8	8	19	42%	Formes non reconnues
vinha	2	4	4	8	50%	Formes non reconnues
gravid	2	2	2	3	67%	Formes non reconnues
intern	2	2	2	3	67%	Formes non reconnues
nenhum	2	2	2	3	67%	Pronoms
dezoito	2	2	2	3	67%	Numéraux
inteira	2	2	2	3	67%	Formes non reconnues
proibid	2	2	2	3	67%	Formes non reconnues
trabalh	2	12	8	19	42%	Formes non reconnues
*suj_028	2	2	2	3	67%	Formes non reconnues
*suj_078	2	2	2	3	67%	Formes non reconnues
acidente	2	3	2	3	67%	Formes non reconnues
sao_paulo	2	2	2	3	67%	Formes non reconnues
aprendendo	2	3	2	3	67%	Formes non reconnues

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 3.

Forme réduite	Formes complètes associées
vou	vou(47)
hor	hora(12) horas(11)
mes	mes(5) meses(15)
fiqu	fique(1) fique(15)
pronto	pronto(15)
ai	ai(114)
remedio	remedio(9)
eu	eu(308)
bot	bota(1) botado(1) botando(1) botar(7) botava(2) botei(3) boto(2)
semana	semana(14) semanas(1)
pass	passa(2) passada(3) passado(1) passando(1) passar(4) passava(1)
tent	tenta(1) tentam(1) tentando(1) tentar(5) tentei(2) tento(1)
dia	dia(21) dias(3)
compr	compra(1) comprado(1) comprando(1) comprar(11) comprava(2) comprei(1)
tom	tomado(1) tomando(1) tomar(9) tomasse(1) tomava(1) tome(1) tomei(2)
dez	dez(7)
diss	disse(14) disser(1) disso(4)
vi	vi(8)
dar	dar(9) daria(1)
aqui	aqui(12)
boca	boca(13)
feit	feitas(1) feito(4)
seis	seis(6)
ped	pedado(1) pede(4) pedia(1) pediu(1)
uns	uns(7)
dois	dois(11)
tres	tres(8)
volt	volta(1) voltar(3) voltei(5) volto(2)
jog	jogando(1) jogar(1) jogo(1) jogou(1)
banh	banhei(1) banheiro(1) banho(4)
dorm	dormia(1) dormir(4)
daqui	daqui(4)
cheguei	cheguei(5)
ja	ja(40)
dig	diga(1) digamos(1) digo(7)
duas	duas(10)
esper	espera(2) esperando(3) esperar(2) espero(1)
medica	medica(2) medicamento(3)

to	to(16)
ela	ela(68)
fui	fui(15)
sem	sem(19)
vim	vim(9)
ness	nesse(6) nesses(1)
todinh	todinha(5) todinho(1)
me	me(63)
ajud	ajuda(4) ajudar(2) ajudasse(1) ajudo(1) ajudou(1)
deix	deixa(5) deixado(1) deixam(1) deixar(26) deixaram(1) deixei(3) deixo(3)
doze	doze(4)
quis	quis(1) quiser(5) quisesse(2)
cigarro	cigarro(59) cigarros(2)
carteira	carteira(6) carteiras(4)
por-isso-que	por-isso-que(3)
fim	fim(4)
rua	rua(7)
acend	acende(1) acender(4) acendia(3) acendo(2)
atras	atras(5)
final	final(6) finalmente(1)
aguent	aguentando(1) aguentava(1) aguento(3)
pedindo	pedindo(4)
ate	ate(24)
tava	tava(11)
ca	ca(3)
vo	vo(4)
nao	nao(135)
cafe	cafe(4) cafezinho(1)
gast	gastava(1) gastei(1) gasto(1)
sete	sete(3)
tive	tive(8)
almoc	almocasse(1) almocava(1) almoco(1)
esses	esses(3)
manha	manha(3)
rapid	rapidinho(1) rapido(2)
receb	receber(3) recebia(1)
onibus	onibus(5)
naquela	naquela(7)
arrepender	arrepender(1) arrependo(3)
consegui	consegui(4)
psicolog	psicologa(2) psicologico(1)
dav	dava(8)
sab	sabado(2) sabe(5) saber(2) sabia(4) sabiam(1)
entr	entrar(3) entrei(2) entrou(2)
pens	pensar(2) pensei(5) penso(2)
embora	embora(5)

ano	ano(2) anos(15)
com	com(55)
com	comer(2) comeu(1) comia(1)
deu	deu(7) deus(15)
fac	faca(1) faco(3)
fic	fica(4) ficar(4) ficava(6) fico(5) ficou(2)
mat	matar(3) mataram(1) matou(1)
par	parar(14) parava(1) parei(3) paro(1) parou(2)
peg	pega(3) pegar(2) pegava(3) pego(4) pegou(3)
pud	puder(2) pudesse(1)
cant	canto(4)
esse	esse(9)
mand	mandado(1) mandar(1) mandava(1) mandou(1)
ment	mente(1) mentes(1) mentira(2)
todo	todo(11)
acord	acordada(3) acordo(2)
doent	doente(4) doentinha(1)
tiver	tiver(7)
quatro	quatro(4)
termin	termina(1) termino(2) terminou(1)
difícil	difícil(4)
dizendo	dizendo(4)
dinheiro	dinheiro(5)
dentro-de	dentro-de(5)
ir	ir(4)
um	um(69)
ele	ele(30)
med	medico(4) medo(4)
mei	meia(1) meio(8)
sai	sai(6) saio(1)
vez	vez(4) vezes(14)
fome	fome(3)
hoje	hoje(20)
larg	largar(1) largo(1)
forte	forte(2)
ontem	ontem(3)
outro	outro(9)
quase	quase(2)
tempo	tempo(10)
vinha	vinha(4)
gravid	gravidez(2)
intern	internada(1) internar(1)
nenhum	nenhum(2)
dezoito	dezoito(2)
inteira	inteira(2)
proibid	proibida(1) proibido(1)

trabalh	trabalhando(1) trabalhar(3) trabalhava(1) trabalho(7)
acidente	acidente(3)
sao_paulo	sao_paulo(2)
aprendendo	aprendendo(3)

Absences significatives

Voici le vocabulaire significativement absent de la classe 3 en fonction du khi2.

Effectif : nombre d 'uce de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d 'uce de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
*esc_3	-35	24	184	13%	Formes non reconnues
*ida_1	-34	13	138	9%	Formes non reconnues
ach	-27	8	103	8%	Formes non reconnues
pezzo	-23	9	100	9%	Formes non reconnues
*fum_4	-23	4	75	5%	Formes non reconnues
*idc_5	-23	4	75	5%	Formes non reconnues
estress	-12	0	29	0%	Formes non reconnues
saude	-11	2	39	5%	Formes non reconnues
tenh	-10	6	58	10%	Formes non reconnues
ou	-9	4	45	9%	Conjonctions et locutions
vida	-9	0	22	0%	Formes non reconnues
problema	-9	1	30	3%	Formes non reconnues
esta	-8	3	39	8%	Pronoms
sent	-8	1	26	4%	Formes non reconnues
bonit	-8	0	21	0%	Formes non reconnues
influençi	-8	0	19	0%	Formes non reconnues
ne	-7	4	40	10%	Formes non reconnues
coisa	-7	11	73	15%	Formes non reconnues
*fum_3	-7	7	55	13%	Formes non reconnues
momento	-7	0	17	0%	Formes non reconnues
curiosidade	-7	0	17	0%	Formes non reconnues
bom	-6	0	15	0%	Interjections
viv	-6	0	16	0%	Formes non reconnues
marido	-6	0	16	0%	Formes non reconnues
prejudic	-6	0	15	0%	Formes non reconnues
mae	-5	4	34	12%	Formes non reconnues
mal	-5	3	30	10%	Adverbes
uma	-5	31	148	21%	Formes non reconnues
como	-5	7	49	14%	Conjonctions et locutions
pois	-5	0	12	0%	Conjonctions et locutions
algum	-5	0	12	0%	Pronoms
outras	-5	0	14	0%	Pronoms
situac	-5	0	14	0%	Formes non reconnues
tambem	-5	7	50	14%	Adverbes
signific	-5	0	12	0%	Formes non reconnues
os	-4	9	54	17%	Formes non reconnues

bem	-4	3	28	11%	Adverbes
dev	-4	0	10	0%	Formes non reconnues
dos	-4	1	17	6%	Formes non reconnues
pel	-4	2	21	10%	Formes non reconnues
por	-4	13	72	18%	Prépositions simples et locutions
tip	-4	0	11	0%	Formes non reconnues
algo	-4	0	11	0%	Pronoms
gost	-4	2	21	10%	Formes non reconnues
prov	-4	0	10	0%	Formes non reconnues
exist	-4	0	11	0%	Formes non reconnues
geral	-4	0	10	0%	Formes non reconnues
amigos	-4	4	33	12%	Formes non reconnues
consci	-4	0	10	0%	Formes non reconnues
bebendo	-4	0	11	0%	Formes non reconnues
preocup	-4	0	11	0%	Formes non reconnues
de	-3	60	245	24%	Prépositions simples et locutions
dor	-3	0	8	0%	Formes non reconnues
faz	-3	12	63	19%	Formes non reconnues
lig	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
que	-3	76	301	25%	Conjonctions et locutions
sao	-3	1	14	7%	Auxiliaire SER
sua	-3	0	8	0%	Pronoms
dess	-3	1	13	8%	Formes non reconnues
isso	-3	16	81	20%	Pronoms
pelo	-3	2	20	10%	Prépositions simples et locutions
charm	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
estao	-3	0	9	0%	Auxiliaire ESTAR
estar	-3	1	14	7%	Auxiliaire ESTAR
festa	-3	0	9	0%	Formes non reconnues
jovem	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
namor	-3	0	8	0%	Formes non reconnues
quest	-3	0	9	0%	Formes non reconnues
trist	-3	1	13	8%	Formes non reconnues
daquel	-3	0	9	0%	Formes non reconnues
depend	-3	0	9	0%	Formes non reconnues
entend	-3	2	18	11%	Formes non reconnues
filhos	-3	1	14	7%	Formes non reconnues
mainha	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
talvez	-3	0	7	0%	Adverbes
*suj_99	-3	0	9	0%	Formes non reconnues
acredit	-3	1	13	8%	Formes non reconnues
como-se	-3	1	13	8%	Conjonctions et locutions
estimul	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
principal	-3	1	15	7%	Formes non reconnues
experiment	-3	0	8	0%	Formes non reconnues
satisfacao	-3	0	7	0%	Formes non reconnues

satisfazer	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
adolescente	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
and	-2	0	6	0%	Formes non reconnues
fug	-2	0	6	0%	Formes non reconnues
fum	-2	67	268	25%	Formes non reconnues
num	-2	1	12	8%	Formes non reconnues
sei	-2	5	31	16%	Formes non reconnues
sim	-2	1	12	8%	Adverbes
via	-2	1	12	8%	Formes non reconnues
cuid	-2	0	6	0%	Formes non reconnues
drog	-2	1	12	8%	Formes non reconnues
mais	-2	31	137	23%	Adverbes
quem	-2	2	17	12%	Pronoms
homem	-2	0	6	0%	Formes non reconnues
habito	-2	0	6	0%	Formes non reconnues
respir	-2	0	6	0%	Formes non reconnues
deveria	-2	0	6	0%	Formes non reconnues
propria	-2	0	6	0%	Formes non reconnues
assim-que	-2	0	6	0%	Conjonctions et locutions
sobretudo	-2	0	6	0%	Formes non reconnues
televisao	-2	0	6	0%	Formes non reconnues

Catégories grammaticales

Voici la liste des catégories grammaticales en fonction de leur khi2 et leur effectif dans la classe 3.

Khi2 > 0 signifie une présence relative de la catégorie.

Khi2 < 0 signifie une absence relative de la catégorie.

Khi2 = 0 signifie que la présence de la catégorie dans la classe n'est pas significative.

Catégorie Grammaticale	Khi2	Effectif
Numéraux	25	104
Interjections	5	64
Auxiliaire ESTAR	0	18
Auxiliaire TER	0	47
Auxiliaire HAVER	0	2
Auxiliaire SER	0	61
Prépositions simples et locutions prépositives	0	217
Pronoms	0	510
Adverbes	0	297
Mots en majuscules	0	13
Conjonctions et locutions conjonctives	-6	263

Unités de Contexte Élémentaires de la classe 3

Ci-dessous la liste des unités de contexte élémentaires (u.c.e) caractéristiques de la classe 3, triées par ordre d'importance (khi2) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 43 Khi2 = 36 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
(vou) (tentar) (nao) fumar (sem) (tomar) (esse) (remedio) e (eu) (passei) a sexta, (o/) (sabado) e (o) domingo que a baba das minhas meninas ela fuma (eu/) aproveitei a folga dela (ai) (eu) falei (pronto) (eu) (vo) ficar (sem) (cigarro) (eu/) (nao) (vou) (comprar) (ai) (pronto) (eu) (consegui) (passar) a (semana) (todinha) (sem/)
- uce n° 314 Khi2 = 28 uci n° 28 : *suj_028 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_3
muito (dificil) (eu) (tento) (deixar) mas (nao) consigo hoje (eu) (disse) (eu) (nao) (vou) fumar mas (passa) uma (hora) ou (duas) (horas) (ai) (daqui) a pouco (eu) (nao) (aguento) mais (ai) fumo (um) (cigarro) (ai) (depois-que) voce fuma (um) (cigarro) voce (nao) consegue mais (parar) de jeito/
- uce n° 212 Khi2 = 27 uci n° 14 : *suj_014 *fum_1 *ida_3 *sex_1 *esc_4 *idc_1 *K_3
antigamente (nao), mas (nesses) ultimos tempos (eu) fumo (um) (cigarro) e automaticamente no (termino) dele (eu) (ja) (passo) a (me) (arrepender) de ter fumado (o) (cigarro), mas que (nao) consigo (parar) de dizer (vou) (dar) (um) basta, (nao) (vou) mais (botar) (um) (cigarro) na (boca),
- uce n° 218 Khi2 = 27 uci n° 14 : *suj_014 *fum_1 *ida_3 *sex_1 *esc_4 *idc_1 *K_3
bem intimos e mesmo assim (eu) (nao) (me) consertei, (ai) (esse) meu cunhado foi mais (um) alerta, mas que desde a (semana) (passada) que (eu) resolvi (tentar) (dar) (um) basta (nesse) (cigarro).
- uce n° 42 Khi2 = 23 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
muito desesperada (ai) (disse) (eu) (vou) te (ajudar) (ai) (passou) (esse) (remedio) a/ (boca) fica amargando tem que (tomar) de oito da (manha) e (cinco) da tarde/ mas mesmo (com) a (boca) amargando (eu) fumo (ai) teve (um) (dia) que (eu) (disse) (eu/)
- uce n° 368 Khi2 = 22 uci n° 43 : *suj_043 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_3
de-vez-em-quando (eu) comecei nos tragos e (fiquei) fumando (ate) hoje mas tem chances demais de (parar) de fumar, nove (meses) (ja), (ja) (passei) (quatro) (meses) tambem, se (eu) (quiser) (parar) (eu) (paro) porque (eu) (nao) sou aquela fumante que fuma uma (carteira) de (cigarro) por (dia), (eu) fumo mas e assim de-vez-em-quando.
- uce n° 111 Khi2 = 19 uci n° 5 : *suj_005 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_1 *idc_1 *K_1
(seis) (meses) que (nao) descia a menstruacao (ai) comecou a descer na (hora) (ai/) (me) deu aquele panico e (eu) (disse) ta certo (eu) (vou) (tomar) (um) (banho) e (vou/) pra (ai) o-mais (rapido) que (puder) (tomei) (o) (banho) e (fui) (embora) (o) (onibus/)
- uce n° 40 Khi2 = 18 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
(vi) a placazinha quer (parar) de fumar procure (ajuda) (ai) (eu) (vim) (com) minha/ irma (ai) (eu) aponte (eu) (digo) olha pra ali ela (nao) queria nem (esperar/) porque (tava) (ocupada) (ai) (eu) (disse) (eu) (nao) ja-que (eu) (to) (aqui) (eu) (vo/) (esperar).
- uce n° 266 Khi2 = 18 uci n° 20 : *suj_020 *fum_1 *ida_4 *sex_1 *esc_4 *idc_1 *K_2
(daria) para (comprar) (um) apartamento (com) (o) (dinheiro) que (gastei).
- uce n° 35 Khi2 = 17 uci n° 1 : *suj_001 *fum_1 *ida_3 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_1
E porque muitas (vezes) (eu) (acendo) (o) (cigarro) (ai) quando (eu) (acendo) (eu/) (digo) maldito voce (nao) vai (me) (matar) (nao) (ai) (jogo) fora (ai) (penso) maria e/ so (um) minuto e (volto) apanho e (vo) fumar de-novo e ela tem muita raiva/
- uce n° 311 Khi2 = 16 uci n° 27 : *suj_027 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_3
(cigarro) na (boca) (eu) (canto) (eu) rio (eu) converso e (o/) (cigarro) so cai quando (nao) tem mais nada. E (eu) (estou) (pedindo) a deus que/ (esse) (medico) (me) de a pastilha para (eu) (deixar) de fumar porque (eu) (to/) pertinho (eu) (gasto) por (dia) (seis) reais e oitenta de (cigarro) (eu) (vou/) quando (eu) (parar) se deus (quiser) porque mais (forte) e deus (eu) (vou) (pegar/)
- uce n° 312 Khi2 = 16 uci n° 27 : *suj_027 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_3
(esses) (tres) reais e quarenta centavos (todo) (dia) (vou) (botar) em (um) cofrinho/ para (eu) ver em (um) (ano) certinho (quanto) e que (eu) tenho para (eu) ver o-que/ (eu) (gastava) (com) (o) (cigarro) se deus (quiser).
- uce n° 76 Khi2 = 15 uci n° 3 : *suj_003 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_2 *fum_2 *idc_1 *K_3
(ai) entao (eu) esqueci de fumar, (passei/) (duas) (horas) (sem) fumar, (ai) as (mulheres) que (tava) falaram que tinha (ate) (um/) (remedio) para (me) (ajudar), e elas (deram) fe que (eu) (nao) tinha fumado/ aquelas (horas), (ai) (eu) falei muito bem, (eu) acredito que vai (deixar).
- uce n° 373 Khi2 = 15 uci n° 45 : *suj_045 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
(fiquei) (doente) a (semana) (passada), (passei) (uns) (tres) (dias) (sem) fumar e depois (voltei) porque (sai) (com) os meus amigos (ai) comecaram a fumar e (eu) (pensei) (vou) fumar.

uce n° 384 Khi2 = 15 uci n° 50 : *subj_050 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_2
(fiquei) (doente) a (semana) (passada), (passei) (uns) (tres) (dias) (sem) fumar e depois (voltei) porque
(sai) (com) os meus amigos (ai) comecaram a fumar e (eu) (pensei) (vou) fumar.

uce n° 61 Khi2 = 14 uci n° 2 : *subj_002 *fum_1 *ida_2 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_3
so fazia fumar e (tomar) (cafe), fumar e (tomar) (cafe). E minha bichinha ela e (ate) (meio) assim, (sabe),
(ate) (meio) (doentinha) por conta (disso), so (sabia) que era dos (dois) (meses) (ate) os (sete) (meses)
(eu) (nao) (dormia) nada, (nao) (comia), porque (eu) (ate) (acordada) ele queria (entrar) pelo teto, (ai)
(fiquei),

uce n° 66 Khi2 = 14 uci n° 2 : *subj_002 *fum_1 *ida_2 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_3
so (parei) de fumar quando ele (disse), (o) menino esta (dentro-de) casa e (eu) vendo (o) menino no
(meio) da (rua), (o) meu (psicologico) e (meio) abalado, (ai) (eu) (fui), ha no (outro) (final) de (semana)
tambem (ja) (mataram) (dois) do (outro) lado, (todo) (dia) aparece (duas),

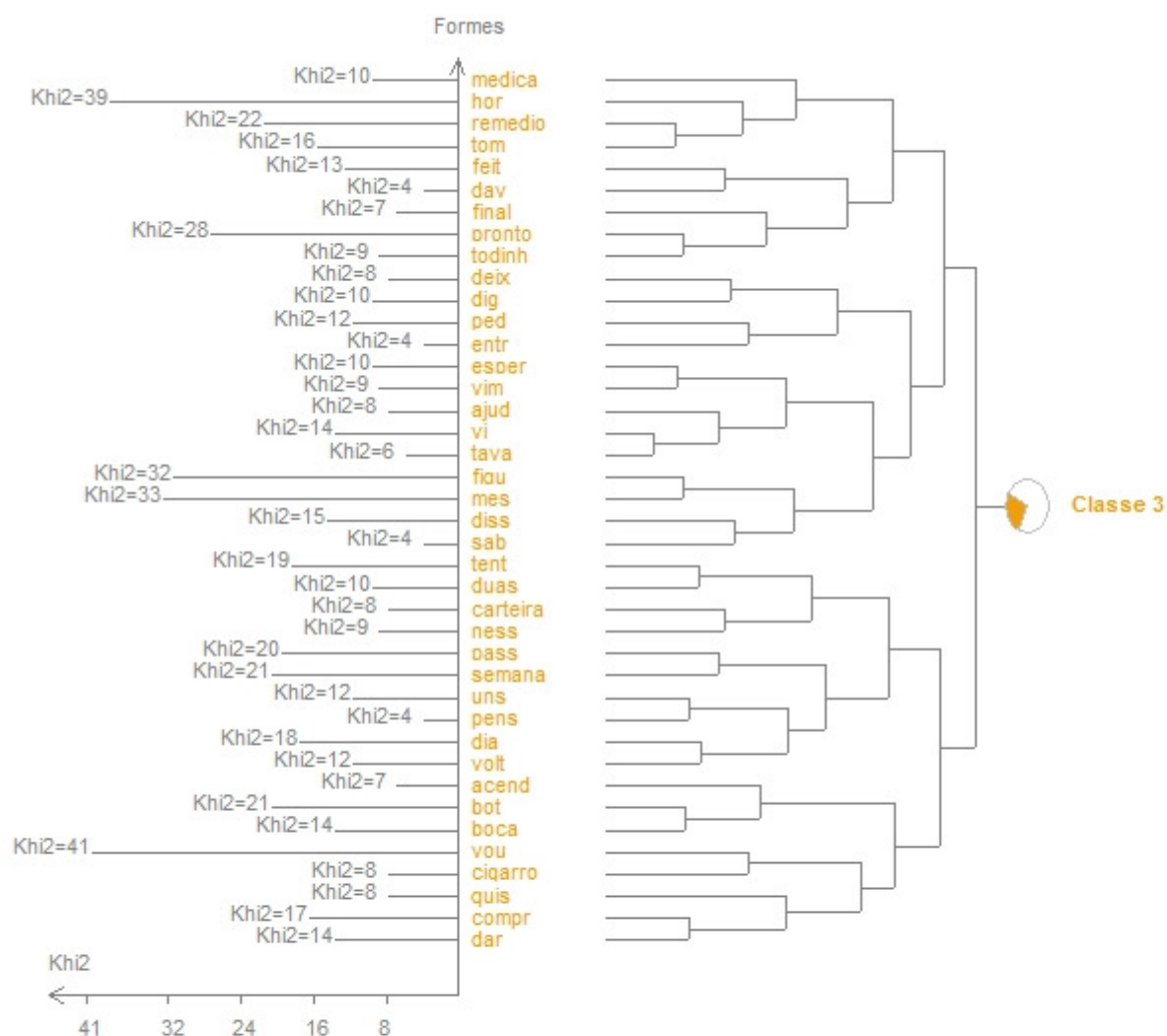
uce n° 130 Khi2 = 13 uci n° 5 : *subj_005 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_1 *idc_1 *K_1
E porque (eu) (sinto) vontade (eu) (sinto) uma loucura pra/ fumar. mas (agora) (eu) (to) mais calma (to)
fumando (menos) antes (todo) (mes) quando (eu) (recebia) (eu) (comprava) (um) (pacote) de (cigarro)
(agora) (eu) (to) (comprando) (meio) (pacote) porque (eu) (vou) (parar) (eu) (nao) (vou) (comprar) (um)
(pacote) porque (eu) (nao) (vou) (dar) (cigarro) pra ninguem entao/

uce n° 484 Khi2 = 13 uci n° 92 : *subj_92 *fum_4 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_5
ela fuma mais em muita ansiedade, nervosismo. minha mae fuma, minha (vo) fuma, meus tios, (dois)
tios meus fumam, (tentam) (parar) mais, em uma (semana) ou (duas) sempre vem alguem que (pede) ou
(oferece), (ai) (volta) de-novo.

uce n° 533 Khi2 = 12 uci n° 102 : *subj_102 *fum_4 *ida_3 *sex_1 *esc_4 *idc_5 *K_4
ele fuma (duas) (carteiras) de (cigarro) (todo) (dia) e a gente ve que ele (tenta) (deixar) de fumar, mas
(nao) consegue.

Classification Ascendante Hiérarchique

La classification ascendante est un résultat complémentaire et une aide à la représentation des relations locales entre formes d'une même classe. Vous trouverez ci-dessous l'arbre de la classification ascendante pour la classe 3 ; on observe les paquets d'aggrégation de formes ainsi que le khi2 de chaque forme dans la classe.



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.

Résultats de la classe n°4

Présences significatives

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 4 en fonction du khi2.

Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;

Effectif 2 : nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
*fum_4	107	60	60	75	80%	Formes non reconnues
*idc_5	107	60	60	75	80%	Formes non reconnues
pezzo	48	73	58	100	58%	Formes non reconnues
saude	44	37	30	39	77%	Formes non reconnues
*esc_3	37	84	84	184	46%	Formes non reconnues
ach	35	78	55	103	53%	Formes non reconnues
*ida_1	25	64	64	138	46%	Formes non reconnues
problema	24	28	21	30	70%	Formes non reconnues
vici	23	34	26	41	63%	Formes non reconnues
prejudicial	17	9	9	10	90%	Formes non reconnues
sent	16	21	17	26	65%	Formes non reconnues
signific	16	11	10	12	83%	Formes non reconnues
ansiedade	16	14	14	20	70%	Formes non reconnues
quest	15	13	8	9	89%	Formes non reconnues
depend	15	12	8	9	89%	Formes non reconnues
fum	14	98	98	268	37%	Formes non reconnues
bebendo	14	9	9	11	82%	Formes non reconnues
propria	14	6	6	6	100%	Formes non reconnues
prejudic	14	13	11	15	73%	Formes non reconnues
*suj_102	13	7	7	8	88%	Formes non reconnues
dev	12	12	8	10	80%	Formes non reconnues
sim	12	9	9	12	75%	Adverbes
bebida	12	10	8	10	80%	Formes non reconnues
muitas	12	9	8	10	80%	Pronoms
outras	12	11	10	14	71%	Pronoms
fatores	12	5	5	5	100%	Formes non reconnues
*sex_1	11	44	44	101	44%	Formes non reconnues
ne	10	25	21	40	53%	Formes non reconnues
sej	10	9	8	11	73%	Formes non reconnues
form	10	8	8	11	73%	Formes non reconnues
talvez	10	8	6	7	86%	Adverbes
*suj_99	10	7	7	9	78%	Formes non reconnues
momento	10	14	11	17	65%	Formes non reconnues
vao	9	4	4	4	100%	Formes non reconnues
esta	9	26	20	39	51%	Pronoms
pior	9	4	4	4	100%	Formes non reconnues

vida	9	17	13	22	59%	Formes non reconnues
*suj_94	9	4	4	4	100%	Formes non reconnues
fug	8	7	5	6	83%	Formes non reconnues
mal	8	16	16	30	53%	Adverbes
sua	8	6	6	8	75%	Pronoms
onde	8	6	6	8	75%	Pronoms
geral	8	7	7	10	70%	Formes non reconnues
doenca	8	9	7	10	70%	Formes non reconnues
procur	8	8	6	8	75%	Formes non reconnues
as	7	39	30	69	43%	Formes non reconnues
que	7	218	102	301	34%	Conjonctions et locutions
sei	7	17	16	31	52%	Formes non reconnues
afet	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
tenh	7	26	26	58	45%	Formes non reconnues
fumaca	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
*suj_95	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
horario	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
*suj_100	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
*suj_101	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
*suj_108	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
*suj_114	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
ambiente	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
campanha	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
perto-de	7	3	3	3	100%	Prépositions simples et
acrescent	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
organismo	7	3	3	3	100%	Formes non reconnues
a	6	159	83	237	35%	Formes non reconnues
beb	6	13	10	18	56%	Formes non reconnues
nas	6	5	5	7	71%	Formes non reconnues
livr	6	4	4	5	80%	Formes non reconnues
desej	6	4	4	5	80%	Formes non reconnues
estao	6	6	6	9	67%	Auxiliaire ESTAR
festa	6	7	6	9	67%	Formes non reconnues
muitos	6	4	4	5	80%	Pronoms
acredit	6	9	8	13	62%	Formes non reconnues
continuu	6	4	4	5	80%	Formes non reconnues
*suj_065	6	4	4	5	80%	Formes non reconnues
satisfazer	6	5	5	7	71%	Formes non reconnues
algum	5	9	7	12	58%	Pronoms
assim	5	34	28	67	42%	Conjonctions et locutions
vontade	5	17	14	29	48%	Formes non reconnues
bom	4	8	8	15	53%	Interjections
como	4	22	21	49	43%	Conjonctions et locutions
lado	4	3	3	4	75%	Formes non reconnues
mort	4	3	3	4	75%	Formes non reconnues
perd	4	6	5	8	63%	Formes non reconnues

torn	4	3	3	4	75%	Formes non reconnues
aceit	4	4	4	6	67%	Formes non reconnues
bolso	4	3	3	4	75%	Formes non reconnues
domin	4	3	3	4	75%	Formes non reconnues
legal	4	3	3	4	75%	Interjections
pelos	4	3	3	4	75%	Formes non reconnues
social	4	3	3	4	75%	Formes non reconnues
varios	4	3	3	4	75%	Pronoms
com-que	4	3	3	4	75%	Pronoms
*suj_021	4	3	3	4	75%	Formes non reconnues
*suj_026	4	4	4	6	67%	Formes non reconnues
*suj_033	4	3	3	4	75%	Formes non reconnues
experiencia	4	3	3	4	75%	Formes non reconnues
ou	3	19	19	45	42%	Conjonctions et locutions
sao	3	8	7	14	50%	Auxiliaire SER
tip	3	6	6	11	55%	Formes non reconnues
falt	3	7	7	13	54%	Formes non reconnues
estar	3	10	7	14	50%	Auxiliaire ESTAR
exist	3	6	6	11	55%	Formes non reconnues
facil	3	5	5	9	56%	Formes non reconnues
muita	3	8	7	14	50%	Formes non reconnues
tempo	3	10	9	19	47%	Formes non reconnues
prazer	3	11	11	24	46%	Formes non reconnues
consequ	3	12	10	21	48%	Formes non reconnues
qualquer	3	7	6	11	55%	Pronoms
bem	2	14	12	28	43%	Adverbes
seu	2	4	3	5	60%	Pronoms
drog	2	8	6	12	50%	Formes non reconnues
poss	2	3	3	5	60%	Formes non reconnues
quem	2	10	8	17	47%	Pronoms
traz	2	4	3	5	60%	Formes non reconnues
entre	2	3	3	5	60%	Prépositions simples et
escap	2	4	3	5	60%	Formes non reconnues
maior	2	4	4	7	57%	Formes non reconnues
sobre	2	3	3	5	60%	Prépositions simples et
*idc_2	2	4	4	7	57%	Formes non reconnues
normal	2	4	4	7	57%	Formes non reconnues
algumas	2	3	3	5	60%	Pronoms
ansioso	2	3	3	5	60%	Formes non reconnues
bastante	2	3	3	5	60%	Adverbes
diminuir	2	3	3	5	60%	Formes non reconnues
mais-do-que	2	3	3	5	60%	Conjonctions et locutions

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 4.

Forme réduite	Formes complètes associées
pezzo	pezzo(35) pessoal(2) pessoas(36)
saude	saude(37)
ach	acha(6) acham(5) achar(1) achava(1) achavam(2) acho(63)
problema	problema(10) problemas(18)
vici	vicia(1) viciiei(1) vicio(32)
prejudicial	prejudicial(9)
sent	sente(3) sentem(1) sentia(6) sentiam(1) sentir(10)
signific	significa(9) significado(1) significante(1)
ansiedade	ansiedade(14)
quest	questao(9) questoes(4)
depend	depende(1) dependencia(8) dependente(2) dependentes(1)
fum	fuma(30) fumado(1) fumam(4) fumando(24) fumante(2) fumantes(2) fumar(92)
bebendo	bebendo(9)
propria	propria(5) proprias(1)
prejudic	prejudica(2) prejudicada(1) prejudicando(6) prejudicar(4)
dev	deve(8) devem(2) devia(2)
sim	sim(9)
bebida	bebida(10)
muitas	muitas(9)
outras	outras(11)
fatores	fatores(5)
ne	ne(25)
sej	seja(9)
form	forma(6) formacao(1) formada(1)
talvez	talvez(8)
momento	momento(10) momentos(4)
vao	vao(4)
esta	esta(26)
pior	piora(1) piorando(2) piores(1)
vida	vida(17)
fug	fuga(3) fugir(4)
mal	mal(16)
sua	sua(6)
onde	onde(6)
geral	geral(2) geralmente(5)
doenca	doenca(5) doencas(4)
procur	procurando(1) procurar(2) procure(1) procurei(2) procuro(2)
as	as(39)

que	que(218)
sei	sei(17)
afet	afeta(3)
tenh	tenha(1) tenho(32)
fumaca	fumaca(3)
horario	horario(2) horarios(1)
ambiente	ambiente(3)
campanha	campanha(2) campanhas(1)
perto-de	perto-de(3)
acrescent	acrescento(3)
organismo	organismo(3)
a	a(159)
beb	bebe(1) bebem(2) beber(4) bebia(2) bebo(4)
nas	nas(5)
livr	livrar(3) livre(1)
desej	desejam(1) desejo(3)
estao	estao(6)
festa	festa(4) festas(3)
muitos	muitos(4)
acredit	acreditar(1) acredito(8)
continua	continua(1) continuam(1) continuar(1) continuo(1)
satisfazer	satisfazer(5)
algum	algum(9)
assim	assim(34)
vontade	vontade(17)
bom	bom(8)
como	como(22)
lado	lado(3)
mort	morte(2) mortes(1)
perda	perda(1) perde(1) perder(3) perdia(1)
torn	torna(1) tornado(1) tornava(1)
aceit	aceita(1) aceitar(2) aceite(1)
bolso	bolso(3)
domin	domina(1) dominada(1) dominio(1)
legal	legal(3)
pelos	pelos(3)
social	social(1) socialmente(2)
varios	varios(3)
com-que	com-que(3)
experiencia	experiencia(3)
ou	ou(19)
sao	sao(8)
tip	tipico(1) tipo(5)
falt	falta(7)
estar	estar(10)

exist	existe(5) existia(1)
facil	facil(5)
muita	muita(8)
tempo	tempo(10)
prazer	prazer(7) prazerosa(2) prazeroso(1)
consequ	consegue(10) conseguir(2)
qualquer	qualquer(7)
bem	bem(14)
seu	seu(4)
drog	droga(6) drogas(2)
poss	possa(1) possam(1) posso(1)
quem	quem(10)
traz	traz(3) trazer(1)
entre	entre(3)
escap	escapar(2) escape(1) escapismo(1)
maior	maior(3) maioria(1)
sobre	sobre(3)
normal	normal(2) normalmente(2)
algumas	algumas(3)
ansioso	ansioso(1) ansiosos(2)
bastante	bastante(3)
diminuir	diminuir(3)
mais-do-que	mais-do-que(3)

Absences significatives

Voici le vocabulaire significativement absent de la classe 4 en fonction du khi2.

Effectif : nombre d 'uce de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d 'uce de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
*idc_1	-110	58	319	18%	Formes non reconnues
*fum_1	-63	28	212	13%	Formes non reconnues
*esc_2	-39	6	102	6%	Formes non reconnues
ai	-25	20	137	15%	Interjections
ela	-22	4	66	6%	Pronoms
era	-21	4	64	6%	Auxiliaire SER
*ida_4	-17	25	141	18%	Formes non reconnues
deu	-14	1	36	3%	Formes non reconnues
cas	-13	3	43	7%	Formes non reconnues
meu	-13	8	68	12%	Pronoms
*suj_001	-13	1	33	3%	Formes non reconnues
mae	-11	2	34	6%	Formes non reconnues
meus	-11	0	23	0%	Pronoms
*sex_2	-11	78	300	26%	Formes non reconnues
fic	-10	7	56	13%	Formes non reconnues
foi	-10	9	64	14%	Auxiliaire SER
bot	-9	0	19	0%	Formes non reconnues
hor	-9	0	19	0%	Formes non reconnues
tava	-9	0	19	0%	Formes non reconnues
epoca	-9	0	19	0%	Formes non reconnues
*esc_1	-9	1	26	4%	Formes non reconnues
*suj_005	-9	1	25	4%	Formes non reconnues
*suj_009	-9	0	19	0%	Formes non reconnues
ia	-8	0	18	0%	Formes non reconnues
me	-8	23	115	20%	Pronoms
dia	-8	5	44	11%	Formes non reconnues
ele	-8	9	59	15%	Pronoms
mes	-8	0	17	0%	Formes non reconnues
pai	-8	1	24	4%	Formes non reconnues
tom	-8	1	24	4%	Formes non reconnues
vou	-8	5	44	11%	Formes non reconnues
hoje	-8	5	43	12%	Adverbes
comec	-8	5	44	11%	Formes non reconnues
compr	-8	0	17	0%	Formes non reconnues
eu	-7	78	291	27%	Pronoms
fui	-7	2	27	7%	Auxiliaire SER

irm	-7	0	15	0%	Formes non reconnues
men	-7	0	15	0%	Formes non reconnues
pra	-7	17	88	19%	Formes non reconnues
sem	-7	2	27	7%	Prépositions simples et locutions
ver	-7	1	21	5%	Formes non reconnues
bonit	-7	1	21	5%	Formes non reconnues
fosse	-7	0	15	0%	Formes non reconnues
minha	-7	15	81	19%	Pronoms
tinha	-7	6	45	13%	Auxiliaire TER
depois	-7	2	27	7%	Adverbes
ano	-6	3	29	10%	Formes non reconnues
aqui	-6	0	14	0%	Adverbes
deix	-6	10	58	17%	Formes non reconnues
fiqu	-6	1	19	5%	Formes non reconnues
quis	-6	0	13	0%	Formes non reconnues
filhos	-6	0	14	0%	Formes non reconnues
pronto	-6	0	13	0%	Formes non reconnues
semana	-6	1	19	5%	Formes non reconnues
como-se	-6	0	13	0%	Conjonctions et locutions
*suj_002	-6	1	18	6%	Formes non reconnues
ja	-5	12	65	18%	Adverbes
dav	-5	0	11	0%	Formes non reconnues
dig	-5	0	12	0%	Formes non reconnues
mei	-5	1	16	6%	Formes non reconnues
par	-5	7	44	16%	Formes non reconnues
pro	-5	0	12	0%	Formes non reconnues
via	-5	0	12	0%	Formes non reconnues
amig	-5	0	11	0%	Formes non reconnues
dele	-5	1	17	6%	Pronoms
duas	-5	1	16	6%	Formes non reconnues
marido	-5	1	16	6%	Formes non reconnues
exemplo	-5	1	17	6%	Formes non reconnues
*suj_020	-5	0	12	0%	Formes non reconnues
la	-4	4	29	14%	Pronoms
vi	-4	0	10	0%	Formes non reconnues
nov	-4	0	9	0%	Formes non reconnues
vai	-4	4	30	13%	Formes non reconnues
vim	-4	0	8	0%	Formes non reconnues
boca	-4	1	14	7%	Formes non reconnues
diss	-4	4	29	14%	Formes non reconnues
filh	-4	2	20	10%	Formes non reconnues
morr	-4	0	9	0%	Formes non reconnues
prim	-4	0	10	0%	Formes non reconnues
tres	-4	0	9	0%	Numéraux
tudo	-4	7	40	18%	Pronoms
acend	-4	0	9	0%	Formes non reconnues

coleg	-4	0	8	0%	Formes non reconnues
vinte	-4	0	8	0%	Numéraux
daquel	-4	0	9	0%	Formes non reconnues
estava	-4	1	15	7%	Auxiliaire ESTAR
mulher	-4	0	9	0%	Formes non reconnues
todinh	-4	0	8	0%	Formes non reconnues
naquela	-4	0	8	0%	Pronoms
remedio	-4	0	8	0%	Formes non reconnues
*suj_003	-4	0	8	0%	Formes non reconnues
*suj_010	-4	0	10	0%	Formes non reconnues
*suj_022	-4	0	9	0%	Formes non reconnues
vo	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
and	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
ate	-3	9	45	20%	Prépositions simples et locutions
bat	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
dai	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
fal	-3	3	22	14%	Formes non reconnues
fiz	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
med	-3	1	13	8%	Formes non reconnues
ped	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
pel	-3	3	21	14%	Formes non reconnues
uns	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
viv	-3	2	16	13%	Formes non reconnues
cafe	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
cheg	-3	4	25	16%	Formes non reconnues
dela	-3	2	17	12%	Pronoms
fora	-3	1	12	8%	Prépositions simples et locutions
gost	-3	3	21	14%	Formes non reconnues
mand	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
pois	-3	1	12	8%	Conjonctions et locutions
tent	-3	1	12	8%	Formes non reconnues
teve	-3	1	13	8%	Formes non reconnues
volt	-3	2	17	12%	Formes non reconnues
alegr	-3	1	13	8%	Formes non reconnues
atras	-3	0	7	0%	Adverbes
charm	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
esper	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
feliz	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
filme	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
homem	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
jovem	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
receb	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
tarde	-3	0	7	0%	Adverbes
jovens	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
mainha	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
porque	-3	29	121	24%	Conjonctions et locutions

respir	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
sempre	-3	4	25	16%	Adverbes
deveria	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
estimul	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
tivesse	-3	1	13	8%	Formes non reconnues
*suj_011	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
*suj_027	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
escondid	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
gracas-a	-3	0	7	0%	Prépositions simples et locutions
hospital	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
sobretudo	-3	0	6	0%	Formes non reconnues
entendendo	-3	0	7	0%	Formes non reconnues
na	-2	23	95	24%	Pronoms
tu	-2	0	5	0%	Pronoms
esc	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
fim	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
for	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
mao	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
mor	-2	1	11	9%	Formes non reconnues
rua	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
tir	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
vem	-2	2	15	13%	Formes non reconnues
viu	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
amor	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
cant	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
dois	-2	2	15	13%	Numéraux
feit	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
ment	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
mund	-2	1	10	10%	Formes non reconnues
oito	-2	0	5	0%	Numéraux
part	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
prov	-2	1	10	10%	Formes non reconnues
sair	-2	1	10	10%	Formes non reconnues
seis	-2	0	5	0%	Numéraux
toda	-2	0	5	0%	Pronoms
velh	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
vend	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
acord	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
liber	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
tiver	-2	1	10	10%	Formes non reconnues
vamos	-2	0	5	0%	Interjections
aguent	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
antiga	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
cabeca	-2	1	10	10%	Formes non reconnues
minhas	-2	1	10	10%	Pronoms
aliment	-2	0	5	0%	Formes non reconnues

ninguem	-2	3	19	16%	Pronoms
pedindo	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
*subj_015	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
*subj_034	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
interest	-2	0	5	0%	Formes non reconnues
dentro-de	-2	1	10	10%	Prépositions simples et locutions
depois-de	-2	0	5	0%	Prépositions simples et locutions

Catégories grammaticales

Voici la liste des catégories grammaticales en fonction de leur khi2 et leur effectif dans la classe 4.
 Khi2 > 0 signifie une présence relative de la catégorie.
 Khi2 < 0 signifie une absence relative de la catégorie.
 Khi2 = 0 signifie que la présence de la catégorie dans la classe n'est pas significative.

Catégorie Grammaticale	Khi2	Effectif
Conjonctions et locutions conjonctives	12	342
Auxiliaire ESTAR	0	23
Auxiliaire TER	0	45
Prépositions simples et locutions prépositives	0	231
Adverbes	0	297
Mots en majuscules	0	12
Auxiliaire HAVER	-1	1
Pronoms	-1	501
Numéraux	-1	61
Interjections	-5	37
Auxiliaire SER	-12	39

Unités de Contexte Élémentaires de la classe 4

Ci-dessous la liste des unités de contexte élémentaires (u.c.e) caractéristiques de la classe 4, triées par ordre d'importance (khi2) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 199 Khi2 = 32 uci n° 12 : *subj_012 *fum_1 *ida_4 *sex_1 *esc_3 *idc_1 *K_4
e (como) (qualidade) de (vida), (qualidade) de (vida) (sao) (varios) (fatores) mas eu (acho) (que) voce (aceitar) (sua) naturalidade (se) (torna) mais (facil). nao (tem) (problema) pra fumar, e (assim) hoje (tem) de-dia e de-noite uma (festa), eu passo o dia e a-noite fumando, porque na (festa) voce da uma fumadinha, (bebe) um pouquinho, eu tambem (nunca) fui de (beber), eu (bebo) (socialmente) (ne),
- uce n° 495 Khi2 = 21 uci n° 95 : *subj_95 *fum_4 *ida_4 *sex_2 *esc_4 *idc_5 *K_4
(existe) (sim), (as) (pessoas) (que) fumam (geralmente) quando (estao) (ansiosos), com (algum) (problema), mas no final sempre e um (vicio), porque (se) (vicia) e (continua) naquele (vicio). (acho) (que) (a) (campanha) (contra) o fumo (devia) (ser) mais nitida, nao (so) aquela propaganda (que) coloca na carteira de cigarro, (que) (tem) (algumas) (pessoas) (que) (acham) ate gracia,
- uce n° 200 Khi2 = 20 uci n° 12 : *subj_012 *fum_1 *ida_4 *sex_1 *esc_3 *idc_1 *K_4
voce (bebendo) em uma (festa) voce fuma muito (mais-do-que) voce (esta) em casa. nao eu (acho) (que) o fumar acaba com (a) (pessoa), destroi, mas por outro (lado) (existe) o (vicio) (que) voce nao (se) (domina), (sei) la, e complicado esse negocio ai, e complicado.
- uce n° 494 Khi2 = 20 uci n° 95 : *subj_95 *fum_4 *ida_4 *sex_2 *esc_4 *idc_5 *K_4
eu (acho) (que) e um (vicio) (que) (tem) (que) (ser) combatido pela (pessoa) (que) fuma, (deve) (ser) vencido, e (prejudicial) (a) (saude), nao faz (bem) (a) (saude), fumante (so) (tem) (a) (perder), nao (tem) nada (a) ganhar.
- uce n° 507 Khi2 = 19 uci n° 99 : *subj_99 *fum_4 *ida_1 *sex_1 *esc_3 *idc_5 *K_4
mais, no-entanto eu to subtraindo (fumaca) (para) o meu (organismo) (que) no caso e o pulmao e adquirindo (problemas) serissimos (para) o (futuro) e isso contribuindo para-que (outras) (pessoas) tenham (problemas) de (saude) (futuros).
- uce n° 506 Khi2 = 17 uci n° 99 : *subj_99 *fum_4 *ida_1 *sex_1 *esc_3 *idc_5 *K_4
pra eu fumar (significa) (prejudicar) (a) (propria) (saude), no (sentindo) de exemplo, alem-de voce ta (se) (prejudicando), voce ta (prejudicando) (outras) (pessoas). eu fumo (para) o meu (bem) (estar). nao eu fumo (para) (satisfazer) um (desejo) (qualquer).
- uce n° 523 Khi2 = 17 uci n° 101 : *subj_101 *fum_4 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_5 *K_4
(acho) (que) (sim), pra (satisfazer) (algum), (assim) (alguma) coisa (que) nao (esta) (tendo), preencher (alguma) coisa, (algum) vazio. eu (acho) (que) e isso (a) (falta) de (alguma) coisa de (se) (sentir) afastado nao (sei) de querer (se) (sentir) (bem) com isso (que) (as) (outras) (pessoas) fazem.
- uce n° 550 Khi2 = 17 uci n° 108 : *subj_108 *fum_4 *ida_2 *sex_1 *esc_3 *idc_5 *K_4
(acho) (que) (sim), pra (satisfazer) (algum), (assim) (alguma) coisa (que) nao (esta) (tendo), preencher (alguma) coisa, (algum) vazio. eu (acho) (que) e isso (a) (falta) de (alguma) coisa de (se) (sentir) afastado nao (sei) de querer (se) (sentir) (bem) com isso (que) (as) (outras) (pessoas) fazem.
- uce n° 559 Khi2 = 17 uci n° 111 : *subj_111 *fum_4 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_5 *K_4
eu (acho) (que) (as) estatisticas com (relacao) (as) (pessoas) (que) deixam de fumar (devem) (ser) divulgadas mais (para) (aquelas) (que) (buscam) (se) (livrar) desse (vicio) (possam) (se) (sentir) incentivadas, (acho) (que) nos programas de (saude) (deve) haver mais investimento em (campanhas) e (que) os adolescentes principalmente (eles) (devem) (ser) (bastante) assistidos com (relacao) ao tabagismo.
- uce n° 555 Khi2 = 16 uci n° 110 : *subj_110 *fum_4 *ida_1 *sex_1 *esc_3 *idc_5 *K_2
eu (acho) (que) (deve) (ser) (alguma) influencia, (acho) (que) (as) (pessoas) fumam por influencia, (alguma) decepcao com (alguma) (pessoa) eu (acho) (que) leva (a) fumar, eu (acho) (que) (so). fumam (nas) (festas),
- uce n° 567 Khi2 = 16 uci n° 115 : *subj_115 *fum_4 *ida_4 *sex_2 *esc_4 *idc_5 *K_4
(para) mim fuma e uma (doenca) um (vicio) (que) (a) (pessoa) nao (consegue) (se) (libertar) (tao) (facil) sem um acompanhamento com um tratamento e eu (acho) que-se (a) (pessoa) pudesse (nunca) fumar seria (bom) porque alem-de (prejudicar) (a) (saude) em todos os orgaos (como/)
- uce n° 392 Khi2 = 15 uci n° 54 : *subj_054 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_4
fumar e sustentar um (vicio). alguem fuma pelo status ou inclusao (social) e (acho) (que) fuma mais em (momentos) de estresse e (ansiedade).
- uce n° 401 Khi2 = 15 uci n° 59 : *subj_059 *fum_2 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_4
(acho) (que) e extremamente (prejudicial) (a) (saude).
- uce n° 467 Khi2 = 15 uci n° 85 : *subj_085 *fum_3 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1 *K_4
(acrescento) (que) foi um bencao deixar de fumar porque eu me (sentia) (prejudicada) fisicamente e

(socialmente) porque nao me (sentia) muito (aceita) quando chegava em (lugares) (que) (as) (pessoas) nao fumavam ou (onde) nao (se) podia fumar.

uce n° 500 Khi2 = 14 uci n° 97 : *subj_97 *fum_4 *ida_2 *sex_1 *esc_4 *idc_5 *K_4

fumar e um (vicio) (que) (acho) (que) (a) (pessoa) (acha) (bom), e (para) (eles) um meio de (vida) porque (acham) gostoso, isso (para) (quem) (esta) fumando. O (que) leva alguem (a) fumar (sao) (as) amizades, e o meio (onde) (a) (pessoa) vive e (a) (falta) de (formacao) (as) vezes. uma (pessoa) fuma mais quando (esta) (bebendo), (aperreada), ou com (problema).

uce n° 313 Khi2 = 13 uci n° 28 : *subj_028 *fum_1 *ida_4 *sex_2 *esc_2 *idc_1 *K_3

fumar (para) mim (significa) (que) (a) (gente) (perde) muito (a) (saude) eu tenho (ansiedade) e tenho (muita) (vontade) de parar de fumar porque (a) (gente) (que) e (assim) (tem) muito a-vontade, mas nao (consegue) (mesmo-que) queira e queira ou tenha (muita) (vontade) mas nao (consegue) (a) nao por um programa (assim) um medicamento ai e (facil) deixar mas (para) (a) (gente) deixar (so) nao porque o (organismo) da (gente) e atacado pela aquela (nicotina) e e/

uce n° 487 Khi2 = 13 uci n° 94 : *subj_94 *fum_4 *ida_2 *sex_1 *esc_3 *idc_5 *K_4

(bom), na verdade (para) mim fumar e um (vicio) (que), (assim), pelo (pouco) (que) e entendo e, (as) toxinas (que) (tem) no cigarro causam (a) (dependencia) e (essa) (dependencia) causa (com-que) (as) (pessoas) tenham uma serie de males (que) (vao) (prejudicando) (a) (sua) (saude),

uce n° 551 Khi2 = 13 uci n° 108 : *subj_108 *fum_4 *ida_2 *sex_1 *esc_3 *idc_5 *K_4

querer (ser) admirado (pelos) outro. (sim) (geralmente) (quem) (assim) nao (consegue) parar de fumar quando (esta) passando por (dificuldades) (problemas) estresse. (acho) (que) (as) (outras) (questoes) remeteram tudo (a) isso (ne), nao e uma coisa saudavel, nao faz (bem), nao leva (a) nada, (a) (pessoa) chegar (assim) pra fumar, (tem) (muitas) (outras) opcoes na (vida).

uce n° 242 Khi2 = 11 uci n° 18 : *subj_018 *fum_1 *ida_3 *sex_1 *esc_4 *idc_1 *K_4

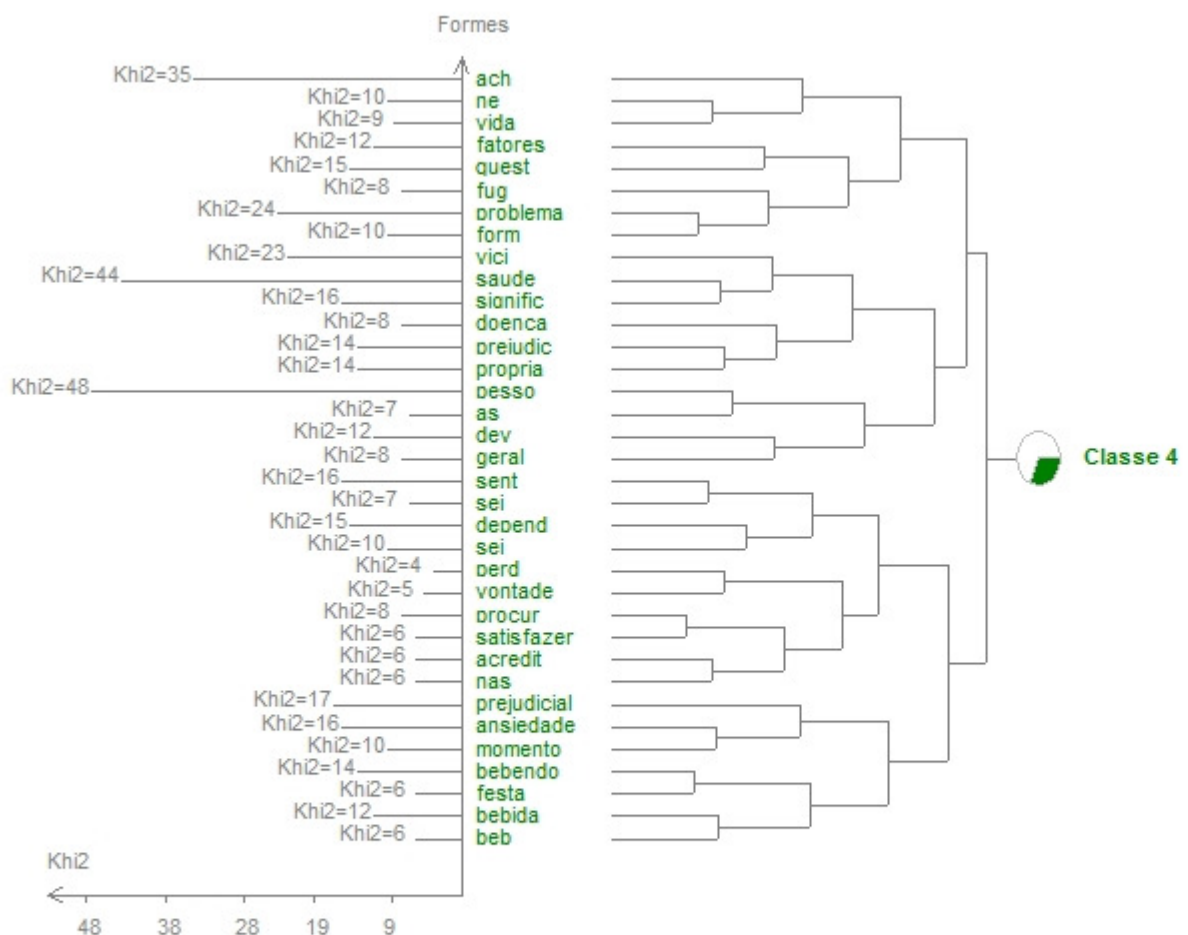
primeiro e o (organismo) (que) (esta) o (tempo) todo necessitando da (nicotina), do alcafrao e das quatro mil e (poucas) substancias (que) (tem) (que) eu (acho) (que) e pior ainda, (sao) (piores) (ne), e o (tempo) de fumar (a) (forma) (que) eu fumo (ne), de-noite, de-dia,

uce n° 472 Khi2 = 11 uci n° 88 : *subj_088 *fum_3 *ida_1 *sex_2 *esc_3 *idc_1

fumar era (perder) (a) (saude), nocivo, (continuar) o (vicio) e o-que faz (mal) (para) (a) (saude). E (que) voce fica inteiramente (dominada) por ele e nao (consegue) (se) (libertar), com (muita) forca de (vontade) (consegue).

Classification Ascendante Hiérarchique

La classification ascendante est un résultat complémentaire et une aide à la représentation des relations locales entre formes d'une même classe. Vous trouverez ci-dessous l'arbre de la classification ascendante pour la classe 4 ; on observe les paquets d'aggrégation de formes ainsi que le khi2 de chaque forme dans la classe.



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.