

# Tabagismo e relações de poder na produção da saúde

## Smoking and power relationships in the production of health

### **Thales Bhering Nepomuceno**

Médico graduado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Endereço: Av das Américas, 13.600, Apto. 307, Bloco 3, Recreio dos Bandeirantes, CEP 22790-702, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: thalesbhering@gmail.com

### **Valéria Ferreira Romano**

Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua Assis Brasil, 70/1002, Copacabana, CEP 22030-010, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: valromano@uol.com.br

### **Resumo**

O tabagismo e seu enfrentamento como problema de saúde pública tem agenciado estratégias de intervenção na Saúde da Família, impulsionadas pela grande procura de usuários interessados na interrupção do uso do cigarro. Como um relato de experiência, este artigo descreve a evolução de um grupo de apoio de controle do tabagismo, relacionando-o com a discussão sobre Biopolítica, Biomedicina e Micropolítica das Relações.

**Palavras-chave:** Controle; Medicina; Tabagismo.

## Abstract

Cigarette smoking and dealing with it, as a public health problem, has touted intervention strategies in family health, driven by strong demand from users interested in stopping cigarette use. As an experience report, this article describes the evolution of a smoking support group, relating it to the discussion of Biopolitics, Biomedicine and micro relations.

**Keywords:** Control; Medicine; Smoking.

## Introdução

O presente artigo descreve a evolução e trajetória de um grupo de controle do tabagismo, coordenado por uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, em 2012. Além de uma descrição etnográfica do grupo, o artigo ocupa um espaço de provocação e reflexão sobre aspectos da produção da saúde.

Considera, dessa maneira, a possibilidade da existência de uma indissociabilidade entre processo de trabalho e produção da saúde, entre atenção e gestão, entre subjetividade e objetividade na prática cotidiana, o que reporta a uma abordagem crítica sobre o trabalho com coletivos humanos. Em outros termos, busca um diálogo com autores que produzem sentidos a partir da premissa de que as relações de poder nos coletivos humanos se estabelecem desde a macropolítica até a micropolítica. Assim, aponta para um olhar que caminha das políticas governamentais para um nível mais micro, situado nas relações entre os sujeitos: profissionais da equipe de saúde e usuários. Sendo assim, a circulação de poder interessa sobremaneira, sinalizando para o foco na discussão que envolve o controle, a normatização e a normalização dos corpos.

A intencionalidade, portanto é a de circular o discurso do particular ao global, abordando temas que dizem respeito à Biopolítica (Foucault, 1977) e à Biomedicina (Luz, 1997; Camargo Jr., 1997), na perspectiva da Micropolítica das relações (Merhy e Chakour, 2006; Deleuze e Guattari, 2007).

Aponta também para o que Deleuze e Guattari (2007) denominam de linhas de fuga ou movimentos de desterritorialização, ao supor que dentro das relações de poder há sempre espaços de escape, de mudanças de caminhos; assumindo, assim, o caráter múltiplo dos sujeitos na postura de negação de aprisionamentos. Mas, vamos primeiro ao entendimento sobre a Biopolítica.

## A Biopolítica

Parte do conhecimento da medicina, no campo da saúde coletiva, está a serviço de práticas normativas que embasaram ações disciplinares desde o preventivismo clássico até as renovadas relações de poder entre o usuário e o profissional (Camargo Jr., 2009).

Considerando o conceito de Biopolítica, criado por Foucault (1977), a disciplinarização da vida envolveu a influência do surgimento de normas regulatórias para os coletivos, cujo objetivo era o de controlar os corpos, ajustando-os aos aparelhos de produção capitalista. Assim, surgiu “toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população” (Foucault, 1977, p. 131).

Normas para a vida, para os corpos, para os coletivos, que se iniciaram enquanto expressão de formação do capitalismo, desde o século XVII. Primeiro a partir da concepção do corpo como máquina: seu adestramento para o trabalho, ampliação de aptidões, extorsão de suas forças; e depois do corpo como espécie: a natalidade, a mortalidade, o nível de saúde, a longevidade. Surge, então, a partir daí, uma série de intervenções e controles sobre os coletivos, visíveis até hoje. Sujeição dos corpos e controle das populações para que melhor se ajustassem aos processos econômicos, influenciando sobremaneira a prática médica ocidental.

Foucault (1977) relata que, bem antes do séc. XVII, o poder soberano priorizava para as populações sob seu domínio, o direito de vida e de morte de maneira incondicional. Utilizava o confisco como realidade imposta aos súditos; mas, a partir da época clássica (séc. VIII a.C. até V d.C.), começa a tomar forma uma valorização da vida. Vida que deve ser defendida a todo preço, inclusive nas guerras, que começam a se justificar a partir deste argumento: guerrear para garantir a própria vida, mantê-la ou desenvolvê-la. Assim, na Europa Ocidental, começa a se organizar “um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e ordená-las mais do que a barrá-las” (Foucault, 1977, p. 128). A vida passa a ter valor sobre a morte e o discurso incondicional dos soberanos sobre dispor da vida e da morte de seus súditos começa a se reconfigurar. Para a circulação do dinheiro e do lucro no surgimento do capitalismo, é preciso povoar as cidades, manter a vida, que, consumindo geraria mais lucro e fortalecimento ao soberano. “Pode-se dizer que o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida [...]” (Foucault, 1977, p. 130).

A consequência imediata de “causar a vida” foi o surgimento de normas disciplinares que justificassem o argumento de que a vida, ao gerenciar

a morte e sua própria existência, necessitasse ser controlada, normatizada, disciplinada, em busca de sua sobrevivência. Até hoje o argumento para as guerras, para o direito de matar é menos jurídico e mais biológico: faz-se guerra para proteger a vida!

Mas, se “o poder se situa e exerce ao nível da vida, da espécie [...]” (Foucault, 1977, p. 129) e a vida é processada por um poder normatizador, domesticador, a Medicina, que é histórica e socialmente comprometida, serve a este mesmo propósito e ordena, disciplina, normatiza os corpos. Assim se estrutura a Biomedicina.

## A Biomedicina

Enquanto construto de poder e de saber, a Biomedicina, corolário da Biopolítica na medicina, é concebida de maneira mais sistemática, enquanto medicina científica, a partir do séc. XVIII e principalmente XIX. Nessa época já era conhecida a lógica de que o homem ocidental tinha um corpo com condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva que poderiam ser modificadas. Assim, filtramos o pensamento de que o “biológico refletisse no político” (Foucault, 1977, p. 134).

A Biomedicina inicia-se a partir do surgimento da anatomia patológica, quando o visto passa a valer mais do que o dito, quando a gênese das doenças passa a ser representada pela demonstração do tecido alterado, dissecado, comprovado, objetivado, materializado como lesão. Estabelece-se um processo normalizador da vida na medicina, ou seja, começa a ser colocado em questão o normal e o patológico, a conduta certa e a errada, a causa e o efeito, consequências de um pensamento mecanicista que se instala na Europa Ocidental.

Assim, o mecanicismo, em auge, supõe um pensamento que estrutura o surgimento de uma medicina científica justificando, assim, esta normalização da vida. A medicina moderna “fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do séc. XVIII” (Foucault, 1980, p. x), caracterizando-se como possuindo: um caráter generalizante, não se ocupando, portanto, de casos individuais; caráter mecanicista, em que o corpo e o mundo passaram a ser concebidos como máquinas subordinadas a princípios de causalidade linear; e, por fim, cará-

ter analítico com seu construto de isolamento das partes para compreensão do todo (Camargo, Jr., 1997; Luz, 1997). Desde então, a Biomedicina se impôs como um saber sobre a doença, concebendo-a como algo meramente biológico, manejado por um corpo de especialistas, sem deixar espaço para as dimensões sociais, psicológicas, comportamentais, ambientais, econômicas e políticas que também exercem influência sobre as doenças.

Mais do que tudo, a Biomedicina foi globalizada e, assim, uniformizou as práticas médicas mundiais. Seja devido à circulação dos trabalhos científicos, seja porque a aceitação de que os melhores recursos para tratar dos processos de saúde e doença são as bases racionalistas e cientificistas nas quais se fundamentam a Biomedicina (Bonet, 2004).

Mas, a vida “escapa continuamente” (Foucault, 1977, p. 134), e tece multiplicidades (Deleuze e Guattari, 2007). Hoje, diante de uma crise no modelo biomédico, instalada na saúde mundial (Mendes, 2011; OPAS, 2011), novas perguntas começam a ser feitas. De um movimento que circula das macropolíticas para o cuidado, para o processo de trabalho, para o acolhimento e vínculo, evoca-se as micropolíticas das relações enquanto valor e princípio.

## A Micropolítica das relações

O termo micropolítica das relações transparece uma leitura diferenciada para o arranjo de coletivos em saúde, reconhecendo que “a vida produtiva se organiza pelas relações, ou melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas [...]” (Franco, 2006, p. 459). Nesta ideia aparece um timbre de autonomia e responsabilidade pela gestão do trabalho em saúde, só possível diante do esforço em compreender que as transformações na produção da saúde existem a partir da decisão dos sujeitos envolvidos e não a partir de normas impostas pelas organizações. Assim, a micropolítica é entendida como “o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra” (Franco, 2006, p. 459). Está embutida aí a ideia de que esta conexão entre os sujeitos, quer usuários, quer profissionais da saúde, se constroem em ato, ou seja, no instante mesmo, no momento do encontro entre ambos, envolvido assim pelo inesperado. E mais, que este encontro não é isento de

conflitos de interesses muitas vezes antagônicos e contraditórios. Assim, não necessariamente o profissional da saúde intenciona cuidar ou o usuário intenciona ser cuidado (Merhy, 1998).

O trabalho vivo, em ato, só produzido porque é decorrente de um encontro, de uma relação entre subjetividades (Ayres, 2009), entre sujeitos, entre verdades, estabelece possibilidades infinitas de realização. Não sendo, na saúde, o trabalho vivo, em ato, finalizado como sentença, pode evoluir para os múltiplos caminhos do possível. Assim, entre a intencionalidade da gestão que postula objetivos e a intencionalidade do profissional da saúde em interação com o usuário, que pertence ao campo do não controlável, da micropolítica das relações é onde se situa nossa discussão sobre o tabagismo.

## Prenúncio

Descrevemos a formação de um grupo de apoio para o controle do tabagismo na Saúde da Família, através da discussão sobre biopolítica e biomedicina, como um recurso de evocação de uma medicina alicerçada em construtos mecanicistas de verdades científicas, ditas como absolutas. Verdades não possíveis se considerarmos o humano enquanto caminho de multiplicidade. Verdades possíveis se considerarmos a medicina não olhando para este humano.

Ao descrever a construção de um grupo de controle do tabagismo, descrevemos também a lógica do pensamento de uma medicina que insiste em não se colocar como relativa, mas que, a despeito disto e surpreendentemente, produz efeitos. Efeitos alegres e efeitos tristes, como previsível em qualquer encontro intersubjetivo (Ayres, 2009).

O convite para compreender desde o contexto mundial em que se instala o hábito de fumar, passando pela concretude do relato de experiência anunciado, no qual este hábito encontra algum apoio para se desfazer, está um chamado para a liberdade. Liberdade proposta, desejada, sentida como uma defesa da vida, mas também situada entre o paradoxo do estabelecimento de regras para os modos de vida das pessoas, o conhecimento científico que não nega consequências; e o deixar viver como se quer, prenúncio das escolhas.

No entanto, se a medicina cerceia, limita a

liberdade porque se impõe através de regras de comportamento ou ação de domínio dos corpos, geralmente pouco compartilhadas e apontando para saídas previsíveis, através de sua lógica biomédica, ela também é anunciada por quem a procura como o lugar da solução: a cura é esperada, a diminuição do sofrimento é desejada. A questão é que, não sendo panaceia, a medicina replica: “só posso ajudar se você estiver junto...” Um pedido de ajuda, não apostando na motivação própria e entregando respostas aos medicamentos e procedimentos, tão e simplesmente, encontra reforço à passividade. Às vezes esperada, certamente, mas aqui não defendida.

## O contexto

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o tabagismo a maior causa isolada, evitável, de doença e morte. É estimado que existem 1 bilhão e 300 milhões de fumantes, sendo que 80% vivem em países periféricos. Os fumantes passivos chegam a 2 bilhões, sendo que 700 milhões são crianças. São fumados 200 bilhões de cigarros por dia, no mundo (Brasil, 2004a).

Essa epidemia tabagística, consequência de um capitalismo que pouco valoriza a vida, está se reduzindo nos países desenvolvidos, com as ações educacionais e programas de controle do tabagismo, e, simultaneamente, se expandindo nos países subdesenvolvidos, ocasionando, assim, aumento no consumo total de tabaco no mundo. Só esta constatação nos remete à dimensão da complexidade que é lidar com os movimentos do capital que preserva a vida de uns e extermina a de outros.

No Brasil, 60% da população ganha até 1 salário mínimo e ainda existem cerca de 9,6% de pessoas com 15 anos ou mais analfabetas, quando a meta da UNESCO para 2015 é de 6,7% (IBGE, 2010; Bruno, 2010). Certamente a liberdade da qual falávamos acima, salpicada por uma sólida noção de cidadania, só se constrói com a conquista de um estado de bem-estar social, item em extinção em todo o mundo neoliberal.

Mas, como compor resistências? Investindo em propostas políticas comprometidas com a população, investindo em políticas públicas não destrutivas, num outro compromisso com a educação, com

a saúde, investindo em mudanças. Como já posicionado, nossa resposta circula da macropolítica para a micropolítica das relações.

A OMS acena: a epidemia do tabaco é consequência da pobreza, que, por sua vez gera ainda mais pobreza, num círculo vicioso (Brasil, 2004c). Para tanto, a análise do nível de escolaridade dos fumantes nos assola, uma vez que, quanto menor a escolaridade, maior a prevalência do tabagismo (Brasil, 2004c). Assim, ao gerar maior risco de adoecer, o cigarro gera, também, como consistente companheira, a pobreza.

No entanto, a destruição é também de gênero. Os homens são os mais afetados, apesar de ter havido aumento da prevalência de fumantes entre as mulheres, conseguindo ultrapassar a dos homens em alguns locais do mundo. A prevalência varia de acordo com a população, mas assusta saber que o tabaco mata mais que tuberculose, HIV/AIDS e malária juntos (WHO, 2012).

No Brasil, o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apurou que dos 30.642.562 fumantes no País, 40,4% são mulheres. No recorte do município do Rio de Janeiro, 20% das mulheres e 23% dos homens são fumantes (IBGE, 2010).

Para além do discurso de liberdade, a ideologia que se sobrepõe é a da destruição de vidas que poucas ofertas de escolha possuem como opção, uma vez que a palavra da classe dominante, embutida na mídia e a favor de si própria, tende a ser monovalente (Bakhtin, 2012), mantendo-se avassaladora como construtora da crença de que as coisas são como são porque sempre assim foram. Determinismo na visão de mundo de um povo que mais não lê e pouco ganha. Assim, o tabagismo causa mortes, principalmente nas faixas etárias entre 35 e 69 anos, com esperança de vida perdida na faixa entre 20 e 25 anos. No Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde atribui ao tabagismo uma mortalidade anual de 200 mil pessoas.

A OMS, voz de uma atenta classe dominante que distribui ambiguidades, produz alertas sobre a necessidade de combater o tabagismo no mundo, alertando sobre uma “inacreditável estatística: uma morte a cada seis segundos” (WHO, 2012, p. 3). Assim, desde 1999, foi criada uma coalizão mundial de con-

trole do tabagismo pela OMS, que recebeu o nome de “Convenção Quadro para o Controle do Tabaco”. As principais recomendações dessa Convenção, assumidas na macropolítica brasileira, foram:

- Proteger a população contra a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados;
- Regulamentar os conteúdos e emissões dos produtos;
- Desenvolver programas de educação e conscientização sobre os malefícios do tabagismo;
- Proibir a publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco;
- Implementar programas de tratamento da dependência da nicotina;
- Promover medidas de preços e impostos eficientes para redução do consumo;
- Eliminar o contrabando;
- Restringir o acesso dos produtos para os jovens;
- Promover alternativas econômicas para a produção de tabaco e proteger o meio ambiente e a saúde do trabalhador dos riscos causados pelas atividades de produção do tabaco. Diversificação da agricultura de tabaco (INCA, 2007, p. 11).

A vontade por detrás do discurso. Se o tabagismo tem aumentado nos países pobres, o discurso de combate ao tabagismo merece novas abordagens, para além das relacionadas com a doença e a perda de anos de vida, ou do anúncio de medidas a serem seguidas pelos países.

As grandes empresas de cigarro não são nacionais, não vão abrir mão de seus lucros, continuarão a gerar desigualdades: no endereço das mortes, dos gêneros, da classe social que as consome. O grande investimento é nos mercados dos países periféricos, que possuem baixa escolaridade, baixa renda, frágil relação com sua cidadania. Fica garantido o lucro diante da manutenção determinada pelo endereço da população doente.

É equivocado dizer sobre liberdade de escolha nestas condições. Mas se a resposta não está tão somente na macropolítica, mas também na micropolítica, nas relações entre os profissionais de saúde e usuários, que qualidade de conexões podem ser esperadas? Nosso relato de experiência apresenta caminhos.

## Relato de experiência

O grupo de tabagismo aqui descrito partiu da motivação de uma equipe de Manguinhos, de Saúde da Família, com gestão da Fiocruz, no município do Rio de Janeiro; que, diante da demanda da população, procurou participar de uma capacitação realizada pela prefeitura; dentro do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, criado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS), através do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a).

A equipe se organizou mobilizando todos os seus membros, mas especialmente as Agentes Comunitárias de Saúde, a enfermeira e uma médica que, como preceptora do internato em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, motivou um interno para participar. Toda a equipe elaborou e efetivou o cotidiano do grupo e, durante as sessões, a enfermeira, a médica e o interno tiveram ativa inserção de coordenação e acompanhamento do coletivo.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (Brasil, 2004a) acata a classificação da OMS, considerando o tabagismo uma dependência de nicotina, incluindo-o no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2004b). Discurso normatizador, prática normalizadora, o Programa preconiza a organização de grupos de no máximo quinze participantes para darem seguimento a um total de 4 sessões consecutivas, para aplicação do método de abordagem cognitivo-comportamental preconizado (Brasil, 2004b).

Assim, apesar de terem sido realizadas entrevistas iniciais com quinze pessoas, no dia da primeira sessão somente cinco compareceram.

## Entrevista e apresentação dos participantes

Lembrando que todos os nomes aqui citados são fictícios, sigamos em nossa descrição:

**Mário:** 37 anos, auxiliar de carga, casado, 2º grau completo.

Fuma 20-30 cigarros/dia e acha que só fuma pelo hábito, mas não consegue parar de fumar sozinho.

Fuma o primeiro cigarro 10-15 minutos após acordar.

**José:** 58 anos, aposentado, divorciado, 1º grau completo.

Fuma 30 cigarros/dia e acha que fuma porque é “um sem vergonha, safado”, reiterando que tudo o faz fumar. Nunca tentou parar de fumar, mas é ex-alcoolidista há 28 anos, quando começou a frequentar as reuniões dos Alcoólicos Anônimos. Fuma o primeiro cigarro logo após acordar.

**Maria:** 49 anos, do lar, casada, 2º grau completo.

Fuma 40 cigarros/dia e fuma por ansiedade. Tentou parar de fumar com adesivo uma vez, mas acha que não tem força de vontade. Fuma dois cigarros antes de tomar café da manhã.

**Clara:** 55 anos, técnica de enfermagem, casada, 2º grau completo.

Fuma 15 cigarros/dia porque já estava tentando parar com remédio e está reduzindo há algum tempo. Já tentou parar em outra ocasião, mas voltou após 3 meses sem fumar. É ex-alcoolista, parou há 20 anos e também já usou outras drogas, que também parou. Refere que fuma logo que acorda e o cheiro do cigarro a incomoda muito.

**Carla:** 62 anos, doméstica desempregada, casada, 1º grau completo.

Fuma 20 cigarros/dia, mas quando fica nervosa, pode chegar a 40 cigarros/dia. Fuma muito quando está preocupada. Afirma que não consegue não fumar quando tem vontade e reclama de ter muita tosse. Fuma o primeiro cigarro logo que acorda. Já tentou parar de fumar e conseguiu ficar um ano, sem auxílio, mas voltou quando teve problemas de estresse e preocupação.

### **Primeira Sessão**

A enfermeira da equipe, responsável por coordenar o grupo, é ex-fumante e relatando ao grupo sobre sua experiência ao parar de fumar, citou facilidades e dificuldades encontradas. Foram feitas explicações sobre os malefícios causados pelo cigarro com uso de cartazes produzidos por uma Agente Comunitária de Saúde.

Os participantes receberam um “manual do participante” com instruções gerais sobre cada encontro e algumas cenouras cortadas em formato de cigarro, para que pudessem usar como um artifício para vencer o hábito de fumar ao ter algo na mão quando

necessário. Foram também prescritos adesivos de reposição de nicotina para os participantes, sendo a dose calculada a partir da quantidade de cigarros utilizada, não sem incluir explicações sobre as reações possíveis ao uso do adesivo e os riscos de uso do adesivo e do cigarro concomitantemente.

### **Segunda Sessão**

Os participantes conversaram entre si e trocaram suas experiências. Mário não sentiu diferença com o uso do adesivo e fumou enquanto o usava, não sentindo nenhum sintoma, mas conseguiu reduzir o número de cigarros. Maria reduziu o número de cigarros e usou o adesivo, mas referiu que fumou por ter tido notícias ruins, pelo contato com outras pessoas que fumam e após tomar café. José reduziu o número de cigarros e referiu prurido local ao usar o adesivo; pegou emprestada pastilha de nicotina com a vizinha e achou que isto o auxiliou na redução dos cigarros. Clara usou o adesivo e o medicamento bupropiona, não sentindo redução da vontade de fumar e não conseguindo reduzir o número de cigarros por ter ficado muito ansiosa. Carla chegou somente no final da sessão, mas relatou ter conseguido parar de fumar e se sentido muito mal ao tentar fumar com o adesivo (tonteira, mal-estar, náuseas, tosse, desconforto abdominal).

Nenhum dos participantes leu o “manual do participante” que foi dado na primeira sessão, mas a equipe ficou feliz com os resultados, principalmente por um dos participantes já ter conseguido parar na primeira semana. Foram dadas informações sobre as mudanças no corpo que ocorrem ao parar de fumar, ensinados exercícios de respiração, de relaxamento e reforçado os benefícios de parar de fumar.

### **Terceira Sessão**

Mário conseguiu parar de fumar logo após a segunda sessão e disse que sente muita vontade, mas está conseguindo controlar bem, mesmo com pessoas fumando perto. Sentiu perda da fome, mas vontade aumentada de comer doces. Acha que fumava no trabalho somente por hábito, mas sente mais dificuldade para não fumar em casa. Usou a técnica de parada gradual por adiamento até conseguir parar de fumar. *Tem que botar na cabeça que o grupo é para parar e não para reduzir.* Após parar começou a sentir o cheiro do cigarro. Perguntou quando acaba

a ansiedade que surgiu após parar e disse que parece que *perdeu um membro* e que as coisas que fazia têm *menos graça* se não está fumando. Achou muito importante o apoio da filha e da esposa. *Comecei muito cedo a fumar e não lembro como era viver sem fumar.*

Maria parou de fumar na primeira semana, mas teve um problema que a levou a fumar novamente, embora não tenha conseguido nem terminar o primeiro cigarro por causa dos sintomas que teve com o uso do cigarro e adesivo em concomitância. Não voltou a fumar. Disse que substituiu o cigarro pelas cenouras que foram oferecidas na primeira sessão. Relatou que, apesar de o marido e a filha fumarem em casa, ela se sentiu mal com o cheiro do cigarro. As dores que sentia nas pernas melhoraram após parar de fumar.

José está fumando menos, mas refere estar sentindo dor de cabeça, muita salivação e tonteira quando fuma junto com o adesivo. Concordou com o que o Mário disse sobre não lembrar como era não fumar na vida.

Clara ainda está fumando, mas conseguiu ficar um tempo sem fumar quando foi à casa do filho, que não fuma, embora tenha tido uma recaída quando encontrou a nora que também fuma. Clara acha muito ruim quando sente o cheiro de cigarro em si própria. Disse que briga muito com o marido e isso a deixa nervosa e a leva a fumar. Acha que perdeu a concentração quando ficou sem fumar e o mais difícil foi não fumar durante a manhã. *O problema maior não é a fissura, é a falta de alguma coisa. O cigarro é um companheiro.*

Carla sentiu que a vontade de fumar reduziu e conseguiu ficar a semana sem fumar, mas durante o fim de semana fumou 4 cigarros quando foi jogar cartas com as amigas que também fumam. Sentiu-se mal ao fumar com o adesivo (tonteira, dormência em membros e gosto ruim na boca). Refere que começou a ter muitos sonhos vívidos desde que começou a usar os adesivos. Acha que é difícil ficar perto de alguém fumando, tendo também vontade de fumar.

Nessa sessão houve a participação da psicóloga da Estratégia de Saúde da Família, que ajudou na conversa com os participantes, propondo-se a realizar acompanhamento individual para quem necessitasse.

## Quarta Sessão

Nessa última sessão, apenas Clara e Carla compareceram.

Carla referiu que fumou três cigarros após ficar ansiosa por problemas pessoais e, sentindo-se mal, retirou o adesivo.

Clara conseguiu ficar sem fumar, teve muita vontade, mas usou a pastilha nos momentos em que ela teve contato com outras pessoas que fumam. Referiu insônia e relatou melhora do olfato e paladar, além de não sentir mais cansaço ao subir escadas. Achava elegante a mulher fumar, mas agora acha ridículo e tem vergonha. Está muito feliz por não sentir mais o cheiro de cigarro em si própria. Chegou a beber cerveja, que não estava bebendo desde o início do grupo, mas não teve vontade de fumar.

Tivemos a participação da fisioterapeuta da equipe, que ajudou no treinamento de relaxamento e ofereceu auriculoterapia, técnica de medicina chinesa para ajudar a parar de fumar e reduzir a ansiedade.

Nos dias subsequentes, retomamos a conversa com os participantes que não puderam ir na quarta sessão e todos tinham conseguido parar de fumar. Todos irão continuar sendo acompanhados individualmente, a cada duas semanas, por cerca de três meses, pela equipe. Não apostamos em retrocessos, mas na potência do desejo dos sujeitos. Apostamos nas escolhas. Por isso valorizamos menos a frequência nos encontros do grupo e mais o grau de mobilização conseguido, já que todos os participantes pararam de fumar, e uma fila de espera para novos grupos se consolidava. Os sentidos estavam postos: a proposta teórica da equipe se superara.

## Conclusões

Se a Biomedicina inclui discursos impregnados por uma racionalidade objetivada na doença, o etnográfico relato ofertado, imerso por esta vertente, abriga também um diálogo que possibilitou alguma escuta, apoio e troca, para além de sinais e sintomas. Assim, a Biomedicina, encontrando caminhos de resolubilidade na micropolítica das relações, segue se afirmando como hegemônica. Mas, através da normatização das sessões aqui relatadas, pode-se apreender que, em ato, o encontro promovido no



grupo possibilitou atravessamentos, já que os sujeitos envolvidos encontraram sentidos outros que tornaram significativos os esforços para interrupção do uso do cigarro e permanência de apoio mútuo. A Biomedicina por um instante abriu brechas em sua ênfase na doença e pode escutar as subjetividades.

A produção de saúde está imersa em diversos modos de poder. Assim, a intervenção nos corpos, no território, regulou a vida desses sujeitos, que, sem perceber, responderam a uma prática sanitária, enquanto promoção da saúde, fundamentada no controle, mas também na afirmação da vida. Vida que Foucault (1977) vê como dispositivo, como possibilidade em jogo a partir da Biopolítica. Múltiplos sentidos para múltiplos olhares, preconiza Foucault (1977).

Se a medicina é fruto da sociedade em que vivemos, e a vida sempre encontra uma maneira de “escapar” da normatividade, tecendo uma linha de fuga (Deleuze e Guattari, 2007), por que ela, a vida, não é controlável em sua essência, em sua microrrelação, então compreendemos que, da hegemonia da Biomedicina, novos territórios podem surgir. Assim, ao assumirmos os limites e limitações da Biomedicina e da Biopolítica, apostamos também em transformações, em mudanças, em incômodos possíveis que toda mudança sugere.

Portanto, este relato de experiência evoca um olhar sobre respostas se afirmando, nas entrelinhas, com um aceno para protocolos de atendimento em grupo, para aprisionamentos às regras ditadas na metodologia de abordagem de grupos. Mas também suaviza com a possibilidade de um encontro criativo entre profissional e usuário. Fomenta uma reflexão a respeito da liberdade de escolha na produção da saúde: os sujeitos desejaram enfrentar o tabagismo e resistiram à sua continuidade.

Biopolítica, Biomedicina e Micropolítica das relações, em ato e em defesa da vida. De uma vida que se reterritorializa constantemente, como querem Deleuze e Guattari (2007).

## Referências

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

BONET, O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Deixando de fumar sem mistérios: manual do coordenador*. 2. ed. Rio de Janeiro, 2004a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=27270](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=27270)>. Acesso em: 25 jul. 2012.

BRASIL. Portaria nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 01 jun. 2004b. p. 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *A ratificação da convenção-quadro para o controle do tabaco pelo Brasil: mitos e verdades*. Rio de Janeiro, 2004c.

BRUNO, C. Cada vez mais, novas estruturas familiares. *Jornal O Globo*. Rio de Janeiro, 30 abr. 2010. O País, p. 11.

CAMARGO JR, K. R. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-67, 1997.

CAMARGO JR, K. R. A filosofia empírica da saúde. In: CAMARGO JR, K. R.; NOGUEIRA, M. I. *Por uma filosofia empírica da atenção à saúde: olhares sobre o campo biomédico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 13-26.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed. 34, 2007.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. E.; MATTOS, R. A. (Org.) *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-474.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/>>. Acesso em: 22 jul. 2012.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Tabagismo, um grave problema de saúde pública*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t\\_Tabagismo.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf)>. Acesso em: 7 mar. 2014.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: OPAS, 2011.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. CHAKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília, DF, 2011.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO global report: mortality attributable to tobacco*. Geneva, 2012. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf)>. Acesso em: 6 mar. 2014.

Recebido em: 11/08/2012

Reapresentado em: 11/07/2013

Aprovado em: 02/08/2013