

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS PARA PARAR DE FUMAR APÓS DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: DOIS ESTUDOS DE CASO

Brunna Lisita Chaves¹; Tatiane Nicolau Mendes²

RESUMO

O presente estudo relaciona-se a dois estudos de caso, de caráter descritivo, cujo objetivo foi investigar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por dois sujeitos com câncer de cabeça e pescoço para parar de fumar após receberem o diagnóstico da doença. Os dois sujeitos da pesquisa eram de ambos os sexos, ex-tabagistas e realizaram o tratamento para o câncer em um hospital especializado. A coleta de dados foi realizada utilizando dois instrumentos, uma entrevista semi estruturada e o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985, adaptado por Savoia, Santana & Mejias, 1996). A análise dos dados indicou que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas para parar de fumar foram: Aceitação de responsabilidade, Autocontrole e Afastamento. Deste modo, esse estudo contribui para que equipes de saúde realizem programas antitabagismo de forma mais pontual e eficaz.

Palavras-chave: Estratégias de enfrentamento, Parar de fumar, Câncer.

CONFRONTATION STRATEGIES EMPLOYED TO STOP SMOKING AFTER A DIAGNOSIS OF CANCER: TWO CASE STUDIES

ABSTRACT

The present study is related to two descriptive case studies whose objective was to investigate the main confrontation strategies employed by two individuals, who had cancer of the neck and head, to stop smoking after receiving a diagnosis. The two subjects of the study were of both sexes, ex smokers, and received treatment against cancer in a specialized hospital. The data was obtained by means of two instruments; a semi structured interview and the Folkman and Lazarus Inventory of Confrontation Strategies (1985, adapted for Savoia, Santana & Mejias, 1996). The analysis of the data indicated that the most employed data confrontation strategies employed against smoking had been: Acceptance of responsibility, Self-control and Removal. In this way, the study contributed by enabling the health teams to carry out more effective and timely anti smoking programs.

Keywords: Strategies of confrontation, Stop smoking, Cancer.

¹ Associação de Combate ao Câncer em Goiás

² Hospital Araújo Jorge

O câncer acarreta devastadores danos à saúde e atualmente é considerado um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente acometidas por esta doença. No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 serão válidas também para o ano de 2013 e apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, sendo esperado um total de 257.870 novos casos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino (Ministério da Saúde, 2011).

De todos os novos cânceres humanos diagnosticados, 5% situam-se na região de cabeça e pescoço. Esta região ocupa o sexto lugar em causa de morte por câncer, sendo que 40% dos casos acometem a cavidade oral (lábios, base da língua, língua, assoalho bucal e palato duro), 25% a laringe, 15% a faringe (compreende a orofaringe, a hipofaringe e a nasofaringe), e o restante, os demais sítios remanescentes (glândulas salivares e tireoide) (Dobrossy, 2005, citado por Alvarenga et al., 2008).

Em estudos desenvolvidos (Fardin, 2003, Gilson, 2007 e Gervásio et al., 2001, citados por Castro, Nardi & Dedivitis, 2010), os resultados apontam relação do sexo com a incidência de câncer nesta região, sendo os homens os maiores acometidos. Entretanto, nos últimos anos tem-se constatado aumento notável na incidência entre mulheres, instigando a reflexão sobre mudança dos hábitos femininos (Alvarenga et al., 2008; Castro et al., 2010).

Evidências epidemiológicas mostram ainda que a incidência do câncer de cabeça e pescoço aumenta com a idade. Na Europa, 98% dos pacientes têm mais

de 40 anos, dado que sugere, até o momento, ser um tipo de tumor raro em pacientes jovens (Zender & Petruzzelli, 2005, Kim et al., 2002, citados por Alvarenga et al., 2008).

Excluindo o câncer de pele, o mais comum da região de cabeça e pescoço é o câncer de boca, o qual abrange lábios e cavidade oral. No Brasil, a incidência de câncer nesta região é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os seis tipos de câncer mais comuns que acometem o gênero masculino e entre os oito mais comuns que atingem o gênero feminino (Dedivitis et al., 2004, citado por Castro et al., 2010).

De acordo com a Sociedade Americana de Câncer (2004, citado por Barbosa, Santos, Amaral, Gonçalves & Bruscatto, 2004), o desenvolvimento da doença nesta região está associado a fatores como o abuso da voz, laringite crônica, hábitos precários de higiene bucal, infecções pelo vírus HPV e os fatores ocupacionais como o contato com fibras têxteis, níquel, pó, madeira e asbesto. Entretanto, o tabagismo e etilismo são os principais fatores de risco para o desenvolvimento dos tumores malignos nesta região, e foram vivenciados por quase todos os pacientes diagnosticados (Ministério da Saúde, 2011; Pinto et al., 2011).

Quando a ingestão excessiva de álcool é adicionada ao fumo, o risco aumenta para o câncer de boca e para o câncer de laringe. Além disso, pacientes com câncer de laringe que continuam a fumar e beber diminuem a probabilidade de cura e aumentam o risco de aparecimento de um segundo tumor primário na área de cabeça e pescoço (Ministério da Saúde 2007, citado por Staniscia, 2011).

Apesar de alertados sobre o risco aumentado de recidiva e desenvolvimento de outros tumores malignos relacionados à continuidade do uso do tabaco e do álcool, aproximadamente 20% a 50% dos pacientes tratados por tumores malignos

da cabeça e do pescoço mantêm ou retomam esses hábitos após o tratamento (Gritz et al., 1993 e Vander et al., 1997, citados por Pinto et al., 2011). Essa estatística pode ser explicada por alguns traços de personalidade, padrões e estilos de vida dos sujeitos que os predispõem ao contato com estas substâncias, além de alguns casos serem agravados pelas deficitárias estratégias de enfrentamento decorrentes do grave histórico de tabagismo e etilismo (Moadel et al., 1998, citado por Staniscia, 2011).

Em relação às estratégias de enfrentamento, elas não são utilizadas isoladamente e nenhuma é superior a outra para lidar com o estresse e com a dependência nicotínica. Cada uma tem vantagens e desvantagens dependendo da pessoa, de seu grupo social e da situação que está vivenciando (Peçanha, 2008). Pesquisas comprovam que os indivíduos, frente a situações estressoras, elegem um grande número de estratégias que, juntas, serão determinantes ao enfrentamento dessas situações (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis & Gruen, 1986, citados por Savoia, Santana & Mejias, 1996).

A definição teórica de Estratégias de Enfrentamento mais reconhecida e compreensiva entre todas é o modelo cognitivista elaborado por Folkman e Lazarus (1988, citado por Staniscia, 2011), que se refere ao enfrentamento como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos a fim de lidar com demandas específicas internas ou externas que, de acordo com avaliação feita pelo indivíduo, são caracterizadas como sobrecarregantes ou excedentes de seus recursos pessoais (Junior, 2009; Staniscia, 2011).

Este modelo teórico (Folkman e Lazarus, 1980, citado por Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998) envolve quatro conceitos principais: (a) enfrentamento é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua

função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de enfrentamento pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de enfrentamento constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

As estratégias de enfrentamento podem mudar de momento para momento durante os estágios de uma situação estressante, não podendo, portanto, serem consideradas como boas ou más, adaptativas ou mal adaptativas. A variabilidade nas reações individuais é determinada pelo tipo de situação vivenciada, por fatores como a personalidade do sujeito (composta pelos valores, crenças sobre si e seu ambiente, incluindo o que foi socialmente aprendido ser esperado de outros) e pelas habilidades pessoais. Tais habilidades, por sua vez, envolvem a inteligência, habilidades sociais e laborais, saúde e vitalidade, educação, poder aquisitivo, rede social familiar e de amigos, atrativos físicos e sociais (Lazarus, 2006, citado por Staniscia, 2011).

De acordo ainda com o conceito de Folkman e Lazarus (1980, citado por Antoniazzi et al., 1998), as estratégias de enfrentamento usadas para lidar com um estressor podem ser de dois tipos, dependendo de sua função. O enfrentamento focalizado na emoção, definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao estresse. Estas estratégias de enfrentamento são dirigidas a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo. Por exemplo, fumar um cigarro, tomar um tranquilizante,

assistir a uma comédia na TV, sair para correr são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional.

O segundo tipo de enfrentamento seria focalizado no problema. A função desta estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. A ação de enfrentamento pode ser direcionada internamente ou externamente, na qual a primeira inclui reestruturação cognitiva, e a segunda inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas (Antoniazzi et al., 1998).

A escolha do tipo de estratégia a ser utilizada, focalizando o problema ou a emoção, depende de uma avaliação da situação estressora na qual o sujeito encontra-se envolvido. De acordo com este conceito teórico, a avaliação primária é um processo cognitivo através do qual os indivíduos checam qual o risco envolvido em uma determinada situação de estresse. Na avaliação secundária as pessoas analisam quais são os recursos disponíveis e as opções para lidar com o problema. Em situações avaliadas como modificáveis, o enfrentamento focalizado no problema tende a ser empregado, enquanto o enfrentamento focalizado na emoção tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980, citado por Antoniazzi et al., 1998).

Estudos realizados indicam que ambas as estratégias de enfrentamento são usadas durante praticamente todos os episódios estressantes, e que o uso de uma ou de outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de estressores envolvidos (Compas, 1987, citado por Antoniazzi et al., 1998). A avaliação que a pessoa irá fazer sobre os resultados do enfrentamento do estresse em dado momento da sua vida é subjetiva (Junior, 2009).

Por ser um recurso subjetivo e multifatorial, nem todos os indivíduos encontram estratégias de enfrentamento ao vivenciar situações estressoras como adoecimento ou mudança de hábitos maléficos à saúde. Ansiedade, irritabilidade, raiva, depressão, insônia e delirium foram vivenciadas, por exemplo, por pacientes submetidos à abstinência forçada durante hospitalização e que não possuíam recursos de enfrentamento adequados ao vivenciar a doença (Lunderberg & Passik, 1997, citado por Staniscia, 2011)

Na situação específica de parar de fumar tem-se observado, em pesquisas, que o enfrentamento adequado pode prevenir a recaída do uso do tabaco. O estudo de Araujo, Oliveira, Pedroso, e Castro (2009) demonstrou, por exemplo, que as pessoas que usaram estratégias de enfrentamento durante os programas de tratamento para fumantes são mais bem sucedidas ao tentar parar de fumar do que aqueles que não usaram.

As estratégias de enfrentamento frequentemente usadas por fumantes são: respiração profunda, estratégias cognitivas, ingestão alimentar e atividades físicas (O'Connell, Fears, Cook & Gerkovich, 1991, citado por Araujo et al., 2009). Estes dados coincidem com a afirmação dos autores Slama, Chiang e Enarson (2007, citado por Araujo et al., 2009), ao sugerirem que o uso de estratégias de enfrentamento cognitivas e/ou comportamentais são úteis na gestão do desejo de usar a substância novamente, ajudando os fumantes a permanecerem abstinentes. A pesquisa dos autores Araujo et al. (2009) identificou, também, que as principais estratégias de enfrentamento utilizadas para parar de fumar por pacientes ambulatoriais usuários de tabaco foram: Aceitação de responsabilidade, Autocontrole e Distanciamento.

Muitos tabagistas relatam que a dificuldade em parar de fumar está relacionada com a incapacidade de lidar com o desejo pela nicotina e resistir à tentação de usá-la, mesmo estando cientes dos danos relacionados a este hábito (Tiffany & Drobes, 1991, citado por Araujo et al., 2009). Por este e outros motivos, compreender a interação entre o desejo e as estratégias de enfrentamento pode ser útil no sucesso do abandono do uso de tabaco.

Apesar da importância de se conhecer melhor as estratégias de enfrentamento que podem auxiliar os sujeitos que desejam parar de fumar, sabe-se que poucos estudos têm sido realizados com este propósito (Araujo et al., 2009). Por isso, o presente estudo teve por objetivo identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por dois sujeitos com câncer de cabeça e pescoço para parar de fumar após receberem o diagnóstico da doença. Mais especificamente, objetivou-se verificar se houve relação entre o diagnóstico de câncer e o fim do tabagismo, e se há diferença entre os recursos utilizados por homens e mulheres.

MÉTODO

Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, que foi desenvolvida por meio da estratégia de Estudo de Caso, utilizando instrumentos qualitativo e quantitativo. De acordo com Yin (2005), esta estratégia pode ser definida como uma investigação sobre um fenômeno contemporâneo inserido em algum contexto de vida real, ou seja, sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle. Portanto, difere do experimento por considerar a situação tal qual acontece no cotidiano dos envolvidos.

Participantes

Participaram desta pesquisa dois sujeitos, ambos os sexos, identificados ao longo do trabalho como André e Mônica (nomes fictícios), com idade de 57 e 69 anos respectivamente, e que receberam o diagnóstico de câncer na região da cabeça e pescoço há no mínimo nove meses (André teve câncer de boca e Mônica teve câncer de laringe).

À época da pesquisa, André já havia iniciado o tratamento para o câncer de boca. Ele tinha sido submetido à cirurgia, estava em tratamento no setor de radioterapia, posteriormente faria alguns ciclos de quimioterapia, e recebia atendimento ambulatorial da Psicologia de acordo com sua necessidade. Mônica já estava em período de remissão do tratamento para o câncer de laringe, no qual comparecia a cada seis meses no hospital especializado para consulta médica, uma vez por mês no grupo de laringectomizados (coordenado por uma fonoaudióloga e uma psicóloga), e, de acordo com a demanda, recebia atendimento ambulatorial individual no serviço de Psicologia.

Os sujeitos pararam com o hábito de fumar após o diagnóstico do câncer e antes do início do tratamento. André estava em abstinência há 9 meses e, Mônica, há 3 anos e 2 meses.

Instrumentos

Utilizou-se como métodos para coleta dos dados o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985, adaptado por Savoia et al., 1996) (Anexo) e a entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora.

O Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985), adaptado por Savoia et al. (1996), é composto por 66 itens que englobam

pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico, cuja intensidade é medida por meio de uma escala tipo Likert de três pontos que varia de 0 (não utiliza) a 3 (utiliza em grande quantidade). Os 66 itens identificam oito fatores classificatórios, sendo eles: **Fator 1 – Confronto** (o indivíduo acredita que tem que enfrentar a abstinência do tabaco, sem se afastar das situações de risco); **Fator 2 – Afastamento** (há um afastamento dos estímulos que remetem à vontade de fumar); **Fator 3 – Autocontrole** (há uma crença de que deve, simplesmente, haver um autocontrole para parar de fumar); **Fator 4 - Suporte Social** (estratégias pelas quais se busca um auxílio externo, como amigos ou familiares); **Fator 5 – Aceitação de Responsabilidade** (se responsabiliza pelo comportamento de parar de fumar); **Fator 6 - Fuga-Esquiva** (há uma evitação de possíveis estímulos que remetem ao hábito de fumar); **Fator 7 - Resolução de Problemas** (tentativa de usar técnicas para manejar o fim do tabagismo) e **Fator 8 – Reavaliação Positiva** (cujas estratégias procuram avaliar o que tem de positivo no comportamento de parar de fumar).

A entrevista semiestruturada era composta por 13 perguntas, com tópicos que abordavam: dados sociodemográficos, data do diagnóstico, mês em que parou de fumar, informações sobre o período em que o paciente fumava, motivações para parar de fumar e recursos utilizados para parar de fumar.

Durante as entrevistas, utilizou-se gravador digital, prancheta e caneta; e o ambiente escolhido foi o ambulatório de Psicologia do hospital no qual os sujeitos realizaram o tratamento do câncer.

Procedimentos

Após ter sido avaliado e aprovado o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, protocolo No. 015/2012, a pesquisadora elegeu, de forma aleatória, dois pacientes que frequentavam o serviço de Psicologia e que tinham o perfil desejado. Em seguida, eles foram abordados pessoalmente pela pesquisadora a fim de: averiguar se os mesmos realmente se enquadravam nos critérios preestabelecidos (ter mais de 18 anos, abstinentes há no mínimo 6 meses, ter parado de fumar após receber o diagnóstico de câncer), esclarecer sobre os objetivos do estudo e verificar o interesse e disponibilidade deles em participar da pesquisa. Posteriormente, entrou-se em contato com os sujeitos via telefone convidando-os a participar da coleta de dados e agendando o encontro conforme disponibilidade dos mesmos.

No momento da coleta dos dados, foi entregue pela pesquisadora e assinado por cada participante o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, em duas vias, que garantia o anonimato, a confidencialidade dos dados coletados e assegurava sua livre participação na pesquisa. Posteriormente, foi aplicado o Inventário de Estratégias de Enfrentamento e realizada a entrevista semiestruturada.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e, posteriormente, procedeu-se com análise temática de seu conteúdo, caracterizada por Biasoli-Alves e Dias da Silva (1992) pelos seguintes passos: a) leitura exaustiva e repetida de cada entrevista; b) leitura do conjunto de entrevistas; c) identificação de temas e subtemas no conjunto de entrevistas; d) redação das categorias encontradas e confronto dessas categorias com a literatura da área para discussão posterior das mesmas.

RESULTADOS

Caso 1 – André

André estava com 57 anos de idade, casado, havia cursado ensino fundamental completo e sua profissão era mecânico de máquinas pesadas. À época da pesquisa, ele frequentava o hospital especializado para tratamento do câncer de boca. Ele já tinha sido submetido à cirurgia, estava em tratamento no setor de radioterapia, posteriormente iniciaria os ciclos de quimioterapia, comparecia periodicamente às consultas médicas e recebia atendimento ambulatorial no serviço de Psicologia de acordo com sua demanda.

Durante a entrevista, o mesmo relatou que estava em abstinência há 9 meses e que foi tabagista durante 49 anos. Iniciou com o hábito aos 8 anos de idade por influência do patrão. Na época já trabalhava em uma horta, e o patrão oferecia “cachaça e o cigarro pra gente tomar banho no córrego, por que a água era fria” (sic). Contou que parou com o alcoolismo há 30 anos, e que nunca tinha pensado em “largar o cigarro” (sic).

Durante a entrevista afirmou que o fim do tabagismo foi motivado pela doença, “se não fosse a doença, eu não tinha parado” (sic). Além da doença, pôde-se perceber que a orientação médica relacionada à influência negativa do tabagismo também determinou a decisão do André, pois “ele (médico) tinha me passado medo, que a cirurgia podia não dar certo se eu continuasse fumando” (sic).

Quando questionado sobre parar de fumar e como foi este processo, André contou que, um tempo depois de receber o diagnóstico e estar aguardando a cirurgia, ele foi chamado para realizar um serviço em uma cidade do interior. Este foi o episódio no qual aproveitou para entrar em abstinência. Relatou: “Aí eu fui pra lá e levei duas carteiras de cigarro. Eu fumava três carteiras por dia. Aí chegou lá,

acabou o cigarro, e eu levei de propósito, pra se acabasse eu não ia comprar. Cabou o cigarro, eu tinha que trabalhar, aí não fumei mais” (sic). Percebeu-se, portanto, que as estratégias de levar menos cigarro e de ocupar seu tempo com trabalho foram determinantes para que André conseguisse parar de fumar.

O período de abstinência foi vivenciado com alterações de humor, como se pode perceber em seu relato: “Ficava nervoso, brigava por qualquer coisa. Mas tinha que segurar pra não ofender ninguém, né” (sic); além da necessidade física/psicológica: “nos primeiros dias sente vontade, se não segurar vai atrás” (sic). Entretanto, André acredita que sua determinação e força de vontade foram os principais recursos que ele utilizou para parar de fumar, como mostra o relato a seguir: “Foi difícil só no primeiro dia, no outro dia nem tava lembrando do cigarro mais. Eu sou muito determinado quando eu quero alguma coisa” (sic).

Quando questionado sobre as mudanças vivenciadas após parar de fumar, André afirmou que parou com o hábito de tomar café, passou a dormir mais nos momentos vagos e que passou a comer mais vezes ao dia, como mostra seu relato: “Se fosse preciso eu ficava 3 dias sem comer mas não ficava 5 minutos sem fumar. Comida não fazia falta não. Agora não, agora dá uma fome” (sic).

Apreenderam-se ainda, como resultados da pesquisa, os dados do Inventário de Estratégias de Enfrentamento do Folkman e Lazarus. Ao ser quantificado, constatou-se que as três Estratégias de Enfrentamento mais utilizadas por André foram: Aceitação de responsabilidade (se responsabiliza pelo comportamento de parar de fumar), Resolução de Problemas (tentativa de usar técnicas para manejar o fim do tabagismo) e Reavaliação positiva (as estratégias procuram avaliar o que tem de positivo no comportamento de parar de fumar).

A análise geral dos resultados demonstra grande coerência nos dados coletados através dos dois instrumentos (Entrevista e Inventário). Prevaleram estratégias focadas no problema, no qual André compreendeu que seria importante para sua saúde parar com o tabagismo, aceitou que somente ele poderia acabar com este hábito, escolheu um evento específico para parar de fumar, utilizou a estratégia de levar menos cigarros para a viagem, compensou os sentimentos e sensações desagradáveis ocupando-se com o trabalho e avaliou que toda aquela vivência seria importante para o fim do tabagismo e o resgate de sua saúde. Além das estratégias que prevaleceram, citadas acima, durante a entrevista, também se percebeu o uso da estratégia Afastamento, onde há um distanciamento dos estímulos que remetem à vontade de fumar (parou com o hábito de tomar café).

Caso 2 – Mônica

Na época da pesquisa, Mônica estava com 69 anos de idade, casada, tinha cursado ensino fundamental incompleto e sua profissão era do lar. Relatou que estava em abstinência do cigarro há 3 anos e 2 meses, e que foi tabagista durante 55 anos, iniciando este hábito por influência da cunhada, como mostra o trecho da entrevista: “Fui incentivada pela minha cunhada. Ela fumava e dava pra mim” (sic).

Foi realizado como tratamento do câncer de laringe apenas o procedimento cirúrgico (laringectomia total). Na época da coleta de dados, Mônica já estava no período de remissão do tratamento, comparecendo ao hospital especializado para consultas médicas a cada seis meses, ao grupo de laringectomizados uma vez por mês e nos atendimentos ambulatoriais individuais da Psicologia de acordo com sua demanda.

Mônica relatou que o primeiro sintoma de sua doença foi a rouquidão, e desde então, pensou que seria uma doença grave. Portanto, quando questionada sobre o que a motivou a parar de fumar, ela respondeu: “A cirurgia. Porque mesmo com a doença, se não precisasse fazer a cirurgia eu acho que não teria parado” (sic). Relatou, ainda, que só fumava em casa e não carregava cigarro. No dia da sua internação para fazer a cirurgia, fumou em casa e não levou cigarro para o hospital, sendo a última vez que fumou.

Durante a coleta dos dados, observou-se que o fato de parar de fumar ter sido no período pré-cirúrgico dificultou para Mônica distinguir os sintomas e sentimentos vivenciados pela abstinência do cigarro, dos sentimentos vivenciados pela tensão pré-tratamento. Sua resposta, ao ser questionada sobre o processo de parar de fumar, ilustra esta dificuldade: “Sobre o cigarro foi normal, não senti nada” (sic).

Afirmou, ainda, que tinha pensamentos e o desejo de fumar novamente quando chegasse a casa, porém, isso não aconteceu: “Quando eu tava internada, pensava que a hora que chegasse eu casa eu iria fumar, mas não fumei” (sic) . Este desejo vivenciado por Mônica no momento pré-cirúrgico demonstrou que o fim do tabagismo não foi planejado e que as estratégias de enfrentamento, no seu caso, foram utilizadas principalmente para a manutenção da abstinência.

Quando questionada sobre as estratégias que utilizou para manter a abstinência, Mônica mencionou: “Tentava esquecer o pensamento de querer fumar conversando com outras pessoas” (sic) e “Me senti influenciada pela minha família e meu marido, que sempre falaram pra mim parar de fumar mas eu não punha na cabeça” (sic), o que remete à estratégia de Suporte Social - estratégias pelas quais se busca um auxílio externo, como amigos ou familiares; Mônica mencionou também

como recurso para manter-se abstinente: "saía do ambiente que tinha fumante, fazendo outras coisas pra tentar esquecer" (sic), o que denota a estratégia de Fuga-Esquiva, onde há uma evitação de possíveis estímulos que remetem ao hábito de fumar.

Outra estratégia identificada no discurso de Mônica foi a Aceitação de Responsabilidade, identificada no trecho a seguir: "Não esperei um milagre, eu sabia que minha força de vontade que ia fazer eu parar de fumar" (sic).

Quando questionada sobre as mudanças após parar de fumar (que coincidiram com o período pré e pós-cirúrgico), Mônica respondeu: "Quando parei de fumar eu fiquei sem sono" (sic), prosseguindo com a afirmação "Eu fiquei mais nervosa, mais quieta, mas não foi só por causa do cigarro, foi por causa da situação toda" (sic). Esta afirmação confirma a percepção durante a coleta e análise dos dados. Fatores como: tempo prolongado de abstinência (que dificulta a lembrança dos detalhes da situação de parar de fumar) e vivência conjunta de eventos mobilizadores (tensão pré-cirurgia e abstinência do tabaco) dificultaram que Mônica identificasse as estratégias utilizadas exclusivamente para parar de fumar.

Estes dois fatores, mais a dificuldade em compreender algumas informações (talvez em decorrência da baixa escolaridade), também influenciaram de forma importante as respostas ao Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus. Apesar das questões terem sido contextualizadas e explicadas pela pesquisadora durante a aplicação do instrumento, Mônica teve dificuldade em compreender a maioria delas. Assim, não foi possível a quantificação e classificação das três principais estratégias de enfrentamento utilizadas para parar de fumar pelo Inventário. Mas, apesar da invalidação do Inventário, optou-se por permanecer com

a Mônica como um dos sujeitos desta pesquisa por considerar que suas respostas à entrevista ofereceram riquíssimos dados, passíveis de serem analisados.

Conclui-se, com base nos dados da entrevista, que as estratégias de enfrentamento objetivando exclusivamente o fim do tabagismo foram mais utilizadas no período de abstinência. Os relatos de Mônica demonstraram ainda influência das seguintes estratégias de enfrentamento: Afastamento (há um afastamento dos estímulos que remetem à vontade de fumar) e Autocontrole (há uma crença de que deve, simplesmente, haver um auto-controle para parar de fumar).

DISCUSSÃO

Apesar de o presente estudo pautar-se em dois estudos de caso, com aspectos e resultados às vezes distintos, optou-se por desenvolver a discussão dos dados de maneira conjunta. Quando o aspecto discutido for resultado de apenas um dos casos, esta característica será pontuada.

De acordo com os dados coletados, o início do hábito de fumar foi precoce (na infância), e os sujeitos foram influenciados por pessoas adultas inseridas em seu meio social (patrão e cunhada, respectivamente). Este aspecto corrobora o que as autoras Hortense, Carmagnani & Brêtas (2008) dizem, ao explicar que a influência do meio é um dos principais fatores desencadeantes desta prática, e que as crianças e adolescentes são diretamente influenciados pelo grupo familiar.

Com relação aos sentimentos vivenciados após a descoberta do diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, observou-se a culpa pelo aparecimento da doença. André e Mônica verbalizaram acreditar que o câncer poderia ter sido evitado se não tivessem sido tabagistas. Este aspecto também foi abordado por Hortense et al. (2008) e Kugaya et al. (1999, citado por Staniscia, 2011), ao verificarem que os

pacientes, quando receberam o diagnóstico do câncer de laringe e foram informados das possíveis causas da doença, vivenciaram sentimentos de culpa por terem utilizado a substância que se tornou o principal fator de risco para se encontrarem na situação de adoecimento.

Outro aspecto observado entre a teoria e os dados obtidos foi a síndrome de abstinência. André e Mônica relataram que, nos dias posteriores ao fim do tabagismo, eles vivenciaram sensações como nervosismo, dificuldade para dormir, vontade de fumar, irritabilidade e humor deprimido. Estes e outros sintomas desagradáveis como ansiedade, dificuldade de concentração, cefaleia, constipação intestinal e aumento do apetite são comuns ao processo de abstinência, caracterizado por sintomas fisiológicos com efeitos aversivos ao organismo em decorrência da dependência nicotínica (Rosas & Baptista, 2002).

A relação entre o diagnóstico de câncer e o fim do tabagismo também foi observada nos dois casos do presente estudo. Os dois sujeitos pararam de fumar por conta do adoecimento e somente depois de receberem o diagnóstico. Porém, as motivações para parar de fumar foram diferentes. André (caso 1) foi motivado pela preocupação com o tratamento e a saúde, e Mônica (caso 2) foi motivada pelo processo de internação e cirurgia.

Estas motivações assemelham-se a dados de estudos realizados anteriormente, que concluíram que cerca de 60% dos sujeitos que pararam de fumar prenderam-se em questões de saúde e cerca de 25% prenderam-se aos fatores psicossociais (Orleans, 1993, citado por Rosas & Baptista, 2002). Em relação ao momento em que pararam de fumar (meses posteriores ao diagnóstico), assemelha-se com os resultados da pesquisa de Staniscia (2011), onde se constatou que as maiores mudanças relacionadas ao hábito de fumar ocorreram nos três primeiros

meses após o diagnóstico de câncer e foram significativas entre os pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço. De acordo com a autora, é nos meses seguintes ao diagnóstico que os sujeitos estão mais preocupados em diminuir os riscos de impacto em sua qualidade de vida ao longo do tratamento.

A internação para realizar a cirurgia de retirada do câncer, identificada por Mônica como uma de suas motivações para o fim do tabagismo, se assemelha aos dados da pesquisa de Moadel et al. (1998, citado por Staniscia, 2011). O autor afirmou que pacientes tabagistas que desenvolvem um câncer lidam com inúmeros incentivos para abandonar o cigarro, como por exemplo, instrução de médicos, restrições do hospital e o desconforto. Estes incentivos e restrições associadas à internação podem realmente servir como estímulo a alguns pacientes na tentativa de parar com o hábito de fumar.

A influência do processo cirúrgico, identificada por Mônica como uma segunda motivação para o fim do tabagismo, também guarda semelhanças com resultados de estudos anteriores. Pinto et al. (2011) observaram, em seu estudo, uma taxa de abandono do tabagismo significativamente maior entre os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico. De acordo com os autores, estes índices de abandono do tabaco devem estar relacionados, em um primeiro momento, à dificuldade mecânica do ato de fumar que a maioria das operações para tratamento de câncer em cabeça e pescoço impõe ao paciente. A pesquisa dele demonstrou também que o abandono é maior entre os sujeitos submetidos à laringectomia total, pois as alterações físicas, como a traqueostomia definitiva, inviabilizam o ato de fumar.

A influência da localização do tumor também foi constatada por Chan et al. (2004, citado por Pinto et al., 2011), que demonstraram que a localização do tumor

foi o único dado estatisticamente significativo associado à cessação do tabagismo após o diagnóstico: 64,2% dos pacientes com câncer de hipofaringe e laringe pararam de fumar, enquanto apenas 35,8% com câncer de orofaringe ou cavidade oral o fizeram.

Os dados da presente pesquisa confirmaram a importância das estratégias de enfrentamento como suporte para cessação do tabagismo. Apesar de Lazarus e Folkman (1984, citado por Staniscia, 2011) afirmarem que todas as estratégias de enfrentamento (exceto afastamento) são utilizadas no momento inicial de contato com a doença, pois os sujeitos se encontram diante de uma situação estressora nova e possuem energia emocional para recorrer a todos os tipos de recursos de enfrentamento disponíveis, observou-se, na presente pesquisa, que a única estratégia que os sujeitos não utilizaram foi o Confronto, onde o indivíduo acredita que tem que enfrentar a abstinência do tabaco, sem se afastar das situações de risco. As demais foram utilizadas, em graus diferentes para cada caso e de acordo com a necessidade percebida pelos dois sujeitos. André utilizou as seguintes estratégias: Afastamento, Auto-controle, Suporte Social, Aceitação de responsabilidade, Resolução de problemas e Reavaliação Positiva. Mônica utilizou como recursos o Afastamento, Auto-controle, Suporte Social, Aceitação de responsabilidade e Fuga-esquiva.

Estes dados obtidos vão ao encontro da pesquisa desenvolvida por Araujo et al. (2009), que avaliou as estratégias de enfrentamento utilizadas por dependentes de nicotina para o controle do desejo de fumar. Assim como o presente estudo, a pesquisa constatou que as estratégias mais utilizadas foram Aceitação de responsabilidade, Auto-controle e Afastamento.

Outra pesquisa que obteve resultados semelhantes foi a de Staniscia (2011), que constatou a tendência em utilizar, nos primeiros nove meses de abstinência, estratégias voltadas para ação, como Aceitação de responsabilidade, seguida pela Reavaliação positiva e Resolução de problemas.

A estratégia de enfrentamento denominada “Suporte social” foi adotada por André (caso 1) de forma diferente do que por Mônica (caso 2). O suporte externo a que André recorreu foi o trabalho (recorreu a uma atividade, não a pessoas), enquanto Mônica apoiou-se em família e amigos. Acredita-se que o apoio familiar é um dos principais recursos externos ao paciente para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, enquanto trava uma luta contra a doença e/ou durante o processo de parar de fumar (Hortense et al., 2008; Rosas & Baptista, 2002). O apoio dos amigos e familiares também está relacionado com o êxito que os tabagistas podem ter nos programas de tratamento (Lichtenstein, Glasgow & Abrams, 1986, citados por Rosas & Baptista, 2002). Sabe-se da relevância desta estratégia e acredita-se que o fato de ter sido mais utilizada pela mulher pode estar relacionada às questões culturais, como por exemplo, crenças machistas, nas quais os homens devem ser fortes e não podem expressar seus sentimentos.

A diferença das estratégias adotadas em decorrência do gênero do sujeito também foi observada em outros estudos. Staniscia (2011) constatou que os homens apresentam uma tendência em utilizar, de modo mais expressivo, estratégias voltadas para ação, como Aceitação de responsabilidade e Resolução de problemas. Por outro lado, as mulheres apresentam uma tendência em utilizar mais estratégias associadas ao manejo emocional da situação estressora, como Reavaliação positiva e Afastamento. De modo significativo, as mulheres tendem a

recorrer mais a busca por suporte social quando comparado ao modo de enfrentar masculino.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa objetivou compreender quais foram as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por dois sujeitos com câncer de cabeça e pescoço para parar de fumar após terem recebido o diagnóstico da doença. Mais especificamente, tinha-se por objetivo identificar se houve relação entre o diagnóstico da doença e o fim do tabagismo, e se havia diferenças entre as estratégias adotadas pelo homem e pela mulher. Os resultados apontam que todos os objetivos foram atingidos, e que as estratégias foram determinantes na cessação do tabagismo.

Nos dois casos, as estratégias mais utilizadas estavam voltadas para ação, sendo elas: Aceitação de responsabilidade, Autocontrole e Afastamento. A relação entre o adoecimento e a cessação do tabagismo também foi confirmada com os relatos dos dois sujeitos. Os mesmos afirmaram que só pararam de fumar porque adoeceram, e que antes deste episódio nunca tinham desejado acabar com o hábito. Vale ressaltar que, apesar do câncer ter impulsionado o fim deste hábito, percebeu-se diferenças entre as motivações determinantes. No caso 1, o sujeito objetivou o resgate de sua saúde e o sucesso do tratamento; no caso 2, ela foi motivada pela internação e o tratamento cirúrgico, situações que a obrigaram a se afastar do cigarro.

Analisando as demais estratégias identificadas, observou-se que a mulher buscou de forma mais intensa o suporte social que o homem. Ele se sentiu

influenciado pela orientação médica, mas não buscou o apoio em outras pessoas, e sim em sua atividade laboral durante o processo de parar de fumar.

Durante a realização deste estudo foram percebidas poucas pesquisas preocupadas em compreender as dificuldades individuais que se estendem a um número significativo de sujeitos. Por esse motivo, esta pesquisa poderá contribuir para uma maior reflexão acerca do tema e consequente compreensão do universo dos fumantes, o que favorecerá um melhor ajuste das orientações já feitas e ampliação do manejo e das técnicas sugeridas para parar de fumar. Além disso, acredita-se que os dados obtidos na presente pesquisa contribuirão para que equipes de saúde e, especificamente, psicólogos da saúde, norteiem ações e criem programas específicos, com intervenções pontuais e que terão maior chance de serem bem sucedidos.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga, L. M., Ruiz, M. T., Pavarino-Bertelli, E. C., Ruback, M. J. C., Maniglia, J. V. & Goloni-Bertollo, E. M. (2008). Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 74 (1), 68-73.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Araujo, R. B., Oliveira, M. S., Pedroso, R. S. & Castro, M. G. T. (2009). Coping strategies for craving management in nicotine dependent patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 89-94.
- Barbosa, L. N. F., Santos, D. A., Amaral, M. X., Gonçalves, A. J. & Bruscato, W. L. (2004). Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: um estudo clínico-qualitativo. *Revista da SBPH*, 7 (1).
- Biasoli-Alves, Z. M. M. & Dias-da-Silva, M. H. C. F. (1992) Análise qualitativa de dados de entrevista. Uma proposta. *Paideia – Cadernos de Educação*, 2, 61-69.

Castro, M. A. F., Nardi, C. E. M. & Dedivitis, R. A. (2010). Câncer de boca e orofaringe em centro de referência terciária. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 39(1), 38-42.

Hortense, F. T. P., Carmagnani, M. I. S., & Brêtas, A. C. P. (2008). O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (1), 24-30.

Junior, W. P. (2009). *Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento radioterápico*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Ministério da Saúde (2011). Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Recuperado em: 20 de setembro 2012, do <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>

Peçanha, D. L. N. (2008). *Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença*. In M. J. Kovacs, M. H. Franco & V. A. Carvalho. Temas em psico-oncologia (p. 209). Recuperado em 15 de agosto de 2012, de http://books.google.com.br/books/about/Temas_Em_Psico_oncologia.html?id=YWOIeiAUmIQC&redir_esc=y

Pinto, F. R., Matos, L. L., Segundo, W. G., Vanni, C. M. R. S., Rosa, D. S. & Kanda, J. L. (2011). Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 57 (2), 171-176.

Rosas, M. & Baptista, F. (2002). Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*, 1, 45-56.

Savoia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Psicologia USP*, 7 (1/2), 183-201.

Staniscia, A. C. M. (2011). *Coping do paciente com câncer de cabeça e pescoço e sua relação com o hábito de beber ou fumar*. Dissertação de Mestrado, Fundação Antônio Prudente, São Paulo.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

CONTATO

E-mail: brunna_lisita@hotmail.com

ANEXO

Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez para parar de fumar, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. Não usei esta estratégia
- 1. Usei um pouco
- 2. Usei bastante
- 3. Usei em grande quantidade

Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no				
1 próximo passo	0	1	2	3
2 Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me				
3 distrair	0	1	2	3
Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer				
4 era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5 Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas				
6 ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas				
7 idéias.	0	1	2	3
Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema,				
8 procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9 Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando				
10 deixar outras opções.	0	1	2	3
11 Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12 Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13 Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus				
14 sentimentos.	0	1	2	3
15 Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16 Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o				
17 problema.	0	1	2	3
18 Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me				
19 sentir bem	0	1	2	3
20 Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21 Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22 Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23 Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3

24	Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26	Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27	Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28	De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29	Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30	Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33	Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35	Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36	Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37	Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38	Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39	Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40	Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41	Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42	Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44	Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45	Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48	Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50	Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51	Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52	Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53	Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54	Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55	Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3

56	Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57	Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59	Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60	Rezei.	0	1	2	3
61	Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62	Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63	Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64	Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65	Eu disse a mim mesmo(a) "que as coisas poderiam ter sido piores".	0	1	2	3
66	Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3