

O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe*

The meaning of smoking within the context of larynx cancer

El significado del tabaquismo en el contexto del cáncer de laringe

Flávia Tatiana Pedrolo Hortense^I,
Maria Isabel Sampaio Carmagnani^{II}, Ana Cristina Passarella Brêtas^{II}

^IUniversidade Federal de São Paulo, Hospital São Paulo, São Paulo, SP

^{II}Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem, São Paulo, SP

Submissão: 22/05/2007

Aprovação: 18/09/2007

RESUMO

Este estudo qualitativo objetivou compreender crenças e valores estabelecidos na relação entre câncer de laringe e tabagismo utilizando a estratégia do Discurso do Sujeito Coletivo. Participaram três pacientes, três profissionais de saúde e três familiares. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas. A análise identificou as categorias: história do tabagismo; busca por ajuda para sua doença; saúde, câncer de laringe e tabaco; cuidado familiar e cuidado profissional. O estudo demonstrou a necessidade de ampliar o foco de atuação dos profissionais acrescentando na formação desses trabalhadores paradigmas das ciências humanas visando contribuir para mudanças comportamentais no que diz respeito às orientações de saúde sobre os hábitos e/ou estilos de vida dos usuários dos serviços de saúde e seus familiares.

Descritores: Tabagismo; Saúde Pública; Valores sociais; Neoplasias laríngeas; Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this qualitative study was to understand beliefs and values established as to the relation between larynx cancer and smoking by using the Collective Subject's Speech strategy. Three patients, three healthcare providers and three family members participated in the study. Data were collected in semi-structured interviews. The data analysis identified the following categories: smoking background; looking for help for the disease; health, larynx cancer and tobacco; family care and professional care. The study showed the need of broadening the focus of healthcare providers' performance when qualifying these workers by adding paradigms of human sciences in order to enable behavioral changes as to health guidance on habits and/or life styles of users of healthcare services and their family members.

Descriptors: Smoking; Public healthcare; Social values; Laryngeal neoplasms; Nursing.

RESUMEN

El objetivo de este estudio cualitativo fue comprender las creencias y valores establecidos sobre la relación entre el cáncer de laringe y el tabaquismo utilizándose la estrategia del Discurso del Sujeto Colectivo. En el estudio participaron tres pacientes, tres profesionales de la salud y tres familiares. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas semi-estructuradas. El análisis de los datos identificó las siguientes categorías: historia de tabaquismo; la busca por ayuda para la enfermedad; salud, cáncer de laringe y tabaco; cuidado familiar y cuidado profesional. El estudio demostró la necesidad de ampliar el foco de la actuación de los profesionales acrecentándose a la formación de estos trabajadores los paradigmas de las ciencias humanas con el objetivo de contribuir para mudanzas de comportamiento relacionadas a las orientaciones de salud sobre los hábitos y/o estilos de vida de los usuarios de los servicios de salud y de sus familiares.

Descriptorios: Tabaquismo; Salud Pública; Valores sociales; Neoplasias laríngeas; Enfermería.

**Texto derivado da dissertação de Mestrado: "Hortense FTP. As crenças e os valores sobre o tabagismo, atribuído por pacientes, cuidadores e profissionais de saúde, no contexto do câncer de laringe". Programa de pós-graduação em Enfermagem da UNIFESP.*

Correspondência: Maria Isabel Sampaio Carmagnani. Rua Napoleão de Barros, 754 - Vila Clementino - CEP 04024-002 - São Paulo, SP.

INTRODUÇÃO

O câncer de laringe constitui hoje um grave problema de saúde pública mundial, sendo o tipo mais comum que atinge a região da cabeça e pescoço. Representa 25% dos tumores malignos que acometem essa área e 2% quando consideradas todas as doenças malignas^(1,2). Os fatores de risco mais importantes são o tabagismo e o alcoolismo associados a hábitos precários de higiene oral e as exposições ocupacionais a fibras têxteis, níquel, pó de madeira e abestos⁽³⁾.

Os programas de prevenção do câncer de laringe, têm dado grande ênfase às ações educativas, sobretudo ao combate do tabagismo, porém muitos indivíduos continuam a adotar comportamentos que freqüentemente podem prejudicar sua saúde a curto, médio e longo prazo.

Existe hoje cerca de 1,25 bilhão de fumantes no mundo, sendo aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina. No Brasil são 11,2 milhões de mulheres fumantes e 16,7 milhões de homens⁽⁴⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o total de mortes devido ao uso do tabaco no mundo é de 4,9 milhões ao ano, sendo mais de 13 mil mortes por dia. Ao ano, quatro milhões de homens e um milhão de mulheres morrem devido aos malefícios do fumo. Estudos demonstram ainda que caso a expansão do tabagismo continue esses números passarão para dez milhões de mortes anuais por volta do ano de 2020⁽⁵⁾.

Nas ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo estão incluídas ações educativas, legislativas e econômicas. Dentre as educativas há ações pontuais, como as campanhas de comunicação em massa em unidades de saúde, escolas e ambiente de trabalho⁽⁶⁾.

As ações legislativas envolvem o apoio a processos e projetos de leis restritivas ao uso do tabaco, monitoramento da legislação, suporte completo para o dependente que queira abandonar o vício, e também a divulgação de informações sobre os malefícios do tabaco e de outros fatores de risco para o câncer.

No âmbito das ações econômicas estão inseridos; aumento de imposto, dos preços de produtos e derivados do tabaco, sensibilização e mobilização de diversos setores da sociedade para substituição do plantio do tabaco, entre outras⁽²⁾.

Na 56ª Assembléia Mundial de Saúde foi aprovada oficialmente a Convenção Quadro para controle do tabaco, sendo o primeiro tratado Internacional de Saúde Pública da história da humanidade. Essa Convenção fixa padrões internacionais para o controle do tabaco relacionados à propaganda, patrocínio, política de impostos e preços, rotulagem, comércio ilícito, controle ao tabagismo passivo, entre outras medidas⁽²⁾.

A História do Tabagismo

O hábito de fumar é uma construção social que vem sendo registrado na história por mais de 500 anos e se constitui numa das mais sérias pandemias criadas pelo ser humano. A propagação do tabaco iniciou-se quando Colombo, em Cuba, viu os índios fumando rolos feitos de folhas. Esse hábito foi adquirido e rapidamente introduzido pela Europa por meio da Espanha, Portugal, França e Inglaterra⁽⁷⁾. O tabaco no início foi considerado uma erva com grandes propriedades medicinais, sendo utilizado para mais de 59 tipos de doenças, sob diferentes formas: fumo, cataplasma, infusões, entre

outras^(8,9). Entretanto, o seu uso medicinal foi gradualmente declinando até o completo desaparecimento, ao contrário do hábito prazeroso que continuou sendo difundido pelo mundo⁽¹⁰⁾.

A partir da industrialização dos cigarros e do investimento maciço em propagandas, houve um crescimento intenso de seu consumo, particularmente na primeira metade do século XX, quando fumar era visto como sinônimo de beleza, charme, poder, virilidade, entre outros atributos, transformando assim o cigarro em objeto de desejo de milhões de indivíduos⁽⁸⁾.

Somando-se todos os compostos já identificados no tabaco, há cerca de 6.700, dos quais 4.720 são substâncias bem identificadas quimicamente, entre as quais algumas farmacologicamente ativas, antigênicas, citotóxicas, mutagênicas e carcinogênicas⁽¹¹⁾.

A nicotina é o componente responsável pela dependência ao fumo, sendo esta caracterizada pelo uso progressivo e abusivo de tabaco e o envolvimento à tríade do vício: tolerância, dependência e síndrome de abstinência. Torna-se assim fonte de prazer e de sofrimento para os usuários que reconhecem os malefícios causados pelo tabaco^(11,12).

Os principais fatores desencadeantes do tabagismo de modo geral decorrem: da influência do grupo com o qual se convive, da identificação do cigarro como um atrativo pessoal capaz de transformar as pessoas em adultos, fortes e atraentes, como método para aliviar tensões e auxiliar nos momentos de insegurança, além do simples desejo de experimentar o tabaco por curiosidade⁽¹³⁾.

Há também os fatores motivacionais para o seu uso contínuo ligados geralmente a aspectos emocionais: como para acalmar, aliviar tristezas, depressão, à situações e aspectos sociais quando o cigarro se transforma em um meio utilizado para se inserir a determinado grupo, disfarçar a timidez, representar a independência e rebeldia e como um fator coadjuvante, estando associado ao consumo de bebidas alcoólicas, cafeína, jogos, reuniões sociais além dos aspectos fisiológicos, tornando-se necessidade básica na vida do indivíduo, sendo utilizado para aliviar o frio, a fome, o sono e o medo⁽¹⁴⁾.

Como profissional que atua diretamente com o fator de risco "tabagismo" observamos que apesar de toda a orientação sobre os malefícios do fumo, muitas vezes esse comportamento preventivo tem sido desconsiderado. Percebemos, com isso, que não estamos abordando as necessidades e as dúvidas dos pacientes; isto é, não os escutamos, não questionamos seus sentimentos, as suas expectativas em relação à experiência que estão vivenciando; estamos somente tentando impor a eles o que a ciência determina como correto, e não o que eles julgam ser certo para suas vidas, focalizando unicamente o corpo doente e não a pessoa doente.

O indivíduo adquire crenças, comportamentos, valores, da sociedade à qual pertence. Entretanto a cultura dessa sociedade não representa a única influência. Há fatores individuais como: idade, gênero, aparência, personalidade, fatores educacionais, religião, profissão e os fatores socioeconômicos^(15,16).

Visando assistir com qualidade e resolutividade pacientes com câncer de laringe - tabagistas, realizamos este estudo que tem por objetivo identificar algumas crenças e valores presentes na relação estabelecida entre o câncer de laringe e o tabagismo.

METODOLOGIA

Essa pesquisa qualitativa exploratória foi operacionalizada por

meio da utilização do procedimento estratégico do Discurso do Sujeito Coletivo, pois permite capturar a variedade das expressões dos narradores obtidas através de respostas às entrevistas, tornando um discurso o discurso de muitos⁽¹⁷⁾.

O trabalho de campo foi realizado em um hospital geral de porte extra do Sistema Único de Saúde, localizado na cidade de São Paulo. Os sujeitos do estudo foram três pacientes do sexo masculino cientes do diagnóstico de câncer de laringe e tabagistas há mais de 40 anos; três familiares que acompanhavam esses pacientes desde o diagnóstico, sendo respectivamente uma esposa, uma filha e uma sobrinha; e três profissionais de saúde sendo: um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e um médico que mantinham o vício do tabaco há mais de nove anos e trabalhavam com pessoas com câncer de cabeça e pescoço.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, direcionadas por questões que englobavam as características pessoais, história do tabagismo, da saúde, do tratamento e da doença. Para os profissionais acrescentamos o item características profissionais.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP nº0660/04). Os procedimentos éticos inerentes à pesquisas desta natureza bem como a vigilância rigorosa das condições de utilização da técnica da entrevista e a sua adequação ao estudo estiveram presentes em todas as etapas do trabalho.

Iniciamos a coleta de dados em ordem aleatória de pacientes, profissionais e familiares. As entrevistas foram gravadas após a aquiescência dos narradores e respectiva assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram a duração mínima de 45 minutos. Os dados foram transcritos na íntegra e após foi solicitada a validação do conteúdo por cada informante.

Para análise dos dados utilizamos três figuras metodológicas: a idéia central, as expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo⁽¹⁷⁾.

As expressões-chave, selecionadas a partir da própria fala dos entrevistados, e a idéia central, que traduziu o sentido da fala, "revelam a essência do sentido da resposta"⁽¹⁷⁾. Essas figuras metodológicas foram posteriormente agrupadas e categorizadas segundo similaridade, fornecendo as seguintes categorias de discursos: a história do tabagismo; a busca por ajuda para sua doença; saúde, câncer de laringe e tabaco; o cuidado familiar e o cuidado profissional.

Ao analisar os discursos de um conjunto de indivíduos submetidos a uma mesma circunstância, foi possível resgatar e identificar as idéias, opiniões e sentimentos para estruturar os modos de pensar e interpretar dos participantes diante das crenças e dos valores envolvidos na relação do câncer de laringe e o tabagismo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De posse das categorias explicitadas na metodologia construímos os discursos dos sujeitos coletivos (DSCs) representando os discursos-síntese dos sujeitos envolvidos. Não são vistos como a soma de pensamentos, mas representam, de modo coletivo, o pensamento de um grupo definido cujos participantes estavam submetidos às relações vivenciadas sobre o câncer de laringe e o tabagismo.

A História do Tabagismo

O início do tabagismo está relacionado à forte influência do meio,

sendo este um dos principais fatores desencadeantes. O grupo familiar desempenha um papel fundamental na decisão das crianças e adolescentes de fumar ou não, porém à medida que a criança cresce, vai diminuindo esta influência dos pais e, por outro lado, aumentando a influência e a pressão do grupo ao qual pertence.

Sabe aquelas influências... Foi de brincadeira... dois ou três meses depois já estava fumando regularmente.

Além da forte influência do grupo com o qual se convive, existe a identificação do cigarro como um atrativo pessoal, capaz de transformar as pessoas que o utilizam em adultos fortes e atraentes.

Eu sentia que era o tal, adulto... Na época era charmoso, bonito...

Os valores gratificantes, em primeiro lugar, são atribuídos à ação farmacológica da nicotina. O prazer e a satisfação do fumante são provocados pela dopamina e pela adrenalina de ação estimulante e também pela ação da beta-endorfina, que é relaxante⁽¹¹⁾.

Eu fumava, eu sentia que isso tirava o meu nervosismo, sei lá relaxa...

... então parece que acaba um pouquinho o nervoso...

Ao se iniciarem no vício, esses participantes não tinham a consciência do que o cigarro poderia causar, aliás, como muitas pessoas que começaram a utilizar o tabaco no período da grande epidemia tabágica, quando a publicidade maciça explorava enganosamente o lado positivo de ser tabagista e as divulgações científicas sobre os malefícios atingiam somente uma minoria da população.

Oh! Aquela fumaça a gente achava gostoso, a gente não sabia a substância que tinha ali dentro... eu não sabia das conseqüências, antigamente não tinha essa pressão que esta em cima do tabagismo, tinha propagandas na televisão, as pessoas achavam lindo fumar!

Devido à realidade de pouca informação sobre os malefícios do tabaco, os pacientes e familiares quando receberam o diagnóstico do câncer de laringe e foram informados das possíveis causas da doença, percebem em si o despertar de um sentimento de culpa por terem adotado a substância que se tornou o principal fator de risco para se encontrarem naquela situação e isso fez surgir dúvida entre abandonar aquele que seria o "vilão" ou prosseguir até o fim, sendo fiel ao prazer causador de seu sofrimento.

Pediram para eu parar, fiquei um mês sem fumar, mas depois eu não agüentei, quando eu recebi a biópsia, que eles falaram que era câncer, no desespero pensei - já que eu estou e não foi feita a cirurgia, vou fumar... eu fumo só porque não consigo parar.

A cessação do fumar provoca uma série de sintomas desagradáveis caracterizando a síndrome de abstinência, marcada pelo: forte desejo de fumar, irritabilidade, ansiedade, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, depressão, cefaléia, constipação intestinal e

aumento do apetite. A tolerância consiste na adaptação do usuário ao uso crônico da substância, exigindo doses cada vez maiores para atingir os mesmos efeitos. A dependência psicológica está ligada ao poder condicionante de fumar e principalmente ao tipo de relação que a pessoa estabelece com o cigarro^(11,18).

É como se fosse um amigo que você conversa, cigarro é bom... a nicotina dá uma necessidade psicológica e física. Fiquei um mês sem fumar, mas depois eu não agüentei, eu não pensei que ia voltar... acho que eles põem uma composição muito doida no cigarro, eu não consigo superar a vontade.

Convém ressaltar que os tabagistas entrevistados - pacientes, trabalhadores da saúde e familiares - já se apresentavam dependentes da nicotina, necessitando, portanto de orientação profissional adequada para o auxílio no abandono do tabaco o que aumentaria as possibilidades de manterem-se abster-se. Constatamos um despreparo da equipe de saúde em orientar os pacientes e/ou cuidadores quanto ao caminho adequado para o abandono do tabagismo, bem como para que eles próprios deixassem o vício.

A busca por Ajuda para sua Doença

Hoje, existem vários métodos propostos na literatura com o objetivo de dar suporte às pessoas que queiram deixar de fumar; esses métodos diferem quanto à sua efetividade. Os programas de cessação de fumar mais documentados são estruturados com base na atuação de equipe multiprofissional ou médico/enfermeiro, associando abordagem cognitiva-comportamental à reposição de nicotina e a bupropiona.

Eu conheço muita gente que procurou ajuda e não conseguiu parar, ficou um tempo sem fumar e depois voltou, eu nunca procurei ajuda até hoje porque não acredito.

As interpretações dos sinais e sintomas do câncer de laringe, para os sujeitos é expressa por uma simbologia pautada no senso comum, como sendo uma "irritação na garganta", isso conduziu os portadores desta patologia e seus familiares a buscar maneiras de cura, segundo a sua rede de conhecimentos e de relações sociais. Os informantes percebiam a "irritação na garganta" como um problema de saúde comum, uma desordem passageira e "natural", não como uma doença, pois podia ser facilmente "curado", sem a necessidade de um cuidado médico.

Porém, como os tratamentos propostos pelo sistema informal não foram eficientes, foi interpretado que as mudanças físicas apresentadas não eram mais normais, pois comprometiam o curso natural de suas atividades. Assim as pessoas começaram a sentir que tinham uma doença.

Primeiro senti como se fosse um pêlo... achava que era só uma rouquidão, procurei a farmácia... aí foi passando o tempo, já não estava conseguindo comer direito, já sentia dor, resolvi procurar o posto de saúde.

As falas dos pacientes demonstram a extrema dificuldade de classes menos favorecidas conseguirem um cuidado especializado e de qualidade na rede pública em tempo hábil de diagnóstico e

tratamento.

Resolvi procurar o posto de saúde, aí o médico examinou e falou: Venha tal dia passar no clínico geral – era dali um mês. Ele examinou e falou: vou lhe passar para o médico da cabeça – era dali mais um mês... Hoje eu estou nesse estado, falando difícil assim porque eu tomei muita canseira de hospital.

Percebe-se, muitas vezes, que além dos obstáculos já ultrapassados pelo doente até conseguir atendimento num hospital de nível terciário e/ou quaternário, ao dar entrada nesse serviço, se depara com mais uma série de problemas, aumentando ainda mais a ansiedade e angústia do paciente oncológico.

Saúde, Câncer de Laringe e Tabaco

A saúde é um fenômeno multidimensional, com características individuais e coletivas, que envolve de forma dialética aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana. O que é considerado normal em um indivíduo pode não ser para outro. Assim, a saúde é a capacidade que temos de consumir vida. É a possibilidade de ultrapassar as normas vitais, sendo a doença considerada como um luxo biológico. Este estado permite ao indivíduo adoecer e se recuperar⁽¹⁹⁾.

A saúde é você não sentir dor no corpo, se sentir forte, ter disposição pra trabalhar... mas agora eu estou sofrendo, ninguém apresenta completo bem estar físico e emocional.

A vida não admite a reversibilidade, aceitando apenas reparações, cada vez que o indivíduo fica doente reduz o poder que tem de enfrentar outros agravos, ele gasta o seu seguro biológico, sem o qual não estaria nem mesmo vivo⁽¹⁹⁾.

Porque eu fui arrumar isso! Se não existisse o cigarro eu não teria fumado, agora é procurar tratamentos médicos, poder cuidar melhor...

A partir de então, quando percebem que seus "seguros foram gastos" há uma tentativa em recuperar parte para não deixar exaurir completamente. Os pacientes com câncer de laringe utilizam estratégias fundamentadas nos seus recursos internos para lidar com a doença e o processo do tratamento. Alguns utilizam a religião, outros os amigos e a família como recursos externos de enfrentamento.

Quando indagados sobre algum recado para os fumantes, os entrevistados tabagistas são unânimes em considerar a atitude de não fumar um comportamento social normal que deveria ser adotado por todos.

Para não fumar... Não é só câncer de laringe, pode ter DPOC, enfisema, se eu tivesse a consciência disso, jamais teria botado um cigarro na boca... é tão difícil parar...

O Cuidado Familiar

A família é caracterizada por um grupo social delimitado e identificável cujas dinâmicas internas são coerentes com o contexto social ao qual pertencem. Em geral, os familiares compartilham

significados, valores e crenças que configuram a sua cultura.

Doenças em um membro da família podem afetar todos os outros, interferindo no sistema familiar como um todo. Estas influências mútuas são o cotidiano da vida familiar de um paciente portador de câncer de laringe, seja relacionado ao tipo de tratamento, à doença ou ao sofrimento vivido⁽²⁰⁾.

Na hora em que falaram para mim que podia ser câncer, a vontade que eu tinha era de gritar, chorei muito...

Quando falamos em câncer, estamos lidando com uma doença que carrega um estigma social associado à idéia de morte iminente, irreversibilidade ou incapacidade total do indivíduo. Após o diagnóstico, os meios utilizados pelas famílias para resolução de problemas e conflitos variam de acordo com o seu nível sócio educacional, sua posição cultural e experiências anteriores⁽¹⁾.

Independente da qualidade das relações, o apoio familiar é um dos principais recursos externos do paciente para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, enquanto trava uma luta contra a doença.

Sofri tanto com ele! Ele bebia demais, aí me batia, a vida era cruel... Mas eu gosto dele, eu faço tudo para ele, estou ali lutando tentando dar força para ele, eu acho que eu estou fazendo a minha parte.

Após o choque do diagnóstico as pessoas buscam explicar a origem da doença. Ao falarem sobre isso, procuram reinterpretar eventos passados para explicar o que causou a doença, unindo elementos do conhecimento popular e da biomedicina⁽²¹⁾.

Os fatos relatados pelos familiares cuidadores sobre as situações de vida antes do adoecimento de seu familiar, ressaltam o vício do alcoolismo, o tabagismo e os aspectos emocionais, sendo então as frustrações e decepções na vida responsáveis pelo desenvolvimento do câncer.

Eu acho que foi porque ele fumou, ele fumava muito e bebia e eu acho que ele já era propício a ter o câncer de laringe, o emocional contribuiu.

Após o diagnóstico e o tratamento, devido à política da alta precoce do paciente, empregada pelas instituições hospitalares, requer-se que a família seja preparada para a continuidade do cuidado no domicílio. Essa não cuidará apenas da desordem física, mas também de outras dimensões. O cuidador familiar muitas vezes assume para o adoecido um tom protetor capaz de acalantar, confortar, ajudar, envolver todos a alguma forma de vínculo afetivo.

Ele nunca deu importância para a gente, na doença isso mudou, ele confia que a gente está presente... Eu faço tudo pra ele, vai ser difícil, mas estou ali lutando, dando apoio junto... se ele faltar pra mim eu não vou agüentar.

Dependendo de como o cuidado é vivido e aplicado, o ser humano é construído, ganhando sua identidade e autoconsciência. Observamos nos relatos que apesar do relacionamento difícil com o seu familiar o cuidado não é negado, porém é modificado de

acordo com os limites pessoais.

O Cuidado Profissional

O Estado exerce sua força e poder por meio do controle dos corpos individuais e sociais de diversas formas, antes mesmo de as pessoas adoecerem e necessitarem utilizar o sistema de cuidado profissional.

No caso do câncer de laringe por meio da prevenção primária são desenvolvidos programas para o controle do tabagismo, preocupando-se com a redução do risco ou prevenção do desenvolvimento do câncer nas pessoas saudáveis. Na medida em que esta forma de prevenção se torna ineficiente passamos para prevenção secundária, na qual se enfatiza a detecção e o rastreamento para chegar ao diagnóstico precoce e estabelecer um tratamento em tempo hábil de cura.

Os profissionais da saúde entrevistados atuam em nível de prevenção terciária, envolvendo os cuidados e a reabilitação dos pacientes após terem sido diagnosticados. Tal fato faz com que percebam que apesar de estes pacientes já terem passado pelos três níveis de atenção a saúde, ainda não conseguiram se abster do principal fator de risco responsável pela sua doença: o tabaco. Apesar disso, estes trabalhadores continuam comprometidos com o objetivo de contribuir para a redução do uso do tabaco, porém reconhecem não deter tanto poder sobre as vidas dos pacientes, bem como sobre as suas próprias mudanças de hábito no que diz respeito ao tabagismo.

Eu me preocupo muito com essas pessoas, mas assim o sofrimento dele não é o meu sofrimento, eu sei que trato de uma doença muito séria, com possibilidades de cura às vezes mínimas, mas eu continuo solidário aos meus pacientes, tentando fazer o máximo possível para eles sofrerem o menos possível.

O pré-julgamento dos pacientes também está presente no discurso coletivo dos profissionais que, acusam os pacientes pela situação atual devido aos seus hábitos anteriores, esquecendo-se do ser humano.

Dá vontade de falar assim – nossa como você foi burro, porque não parou antes... Eles tiveram que sofrer primeiro para ver o que o cigarro pode causar...

A falta de respaldo psicológico para os profissionais que lidam com pacientes oncológicos com características tão distintas, como os que apresentam câncer de laringe (na maioria idosos, tabagistas, alcoólatras e com a imagem corporal alterada) gera o cuidado mecanizado. Receber apoio psicoterápico é um cuidado importante tanto para quem está doente quanto para quem está tratando do doente⁽²²⁾, principalmente se o profissional cultua o mesmo vício daqueles que cuida.

Eu respiro fundo, vou lá e faço tudo o que tem que ser feito...

Percebemos que os profissionais que compartilham do mesmo fator de risco que seus pacientes, o tabagismo, são mais dispostos a ouvir e compreender os motivos de essas pessoas não abdicarem deste "vilão". Entretanto, nenhum profissional descartou o

sofrimento que esse abuso à saúde pode causar, apesar de reconhecerem que para muitos pacientes com câncer de laringe o sofrimento maior seria o abandono do cigarro nessa fase da vida.

Muitos pacientes valorizam mais a qualidade de vida do que a longevidade, especialmente em situações de doenças graves. O sistema de valores dos doentes determina a sua maneira de encarar a doença e conseqüentemente o vício do tabagismo⁽²²⁾.

Quem sou eu para falar que não pode fumar, não é igual pra todo mundo. Porque ele vai largar agora, se já está com a doença e o cigarro vai continuar sendo sua única companhia, sua única fonte de prazer. O meu dever é mostrar o que o cigarro pode causar, fumar faz mal, tento mostrar o lado ruim com o cigarro e o lado bom sem ele.

É fundamental que o profissional seja compreensivo e externar sua interferência com apoio psicológico. O fumante precisa e deseja ajuda⁽⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos pressupostos apresentados neste estudo, foi possível identificar que a utilização do tabaco na relação com o câncer de laringe, na visão dos portadores desta patologia, dos familiares e dos profissionais de saúde que atuam nesta área, constitui uma experiência sociocultural vivida de modos semelhantes.

Os aspectos emocionais foram expressos como prioridade em suas crenças relacionadas ao consumo do tabaco, especialmente quando apresentam situações de medo, angústia, ira, cólera, tristeza, satisfação e alegria. Em segundo lugar, se apresentam os aspectos sociais, os quais são relacionados como meio utilizado para se inserir

ou pertencer a um determinado grupo, disfarçar a timidez e representar a independência ou rebeldia.

Quando esses pacientes procuraram o sistema de cuidado profissional, a expectativa era a de que fosse sanada a desordem percebida no corpo individual, social e político, mas o sistema profissional atuou de forma a fragmentar o seu cuidado, pois sua referência foi à vida do corpo biológico.

A experiência de uma doença crônica é processo difícil que envolve o olhar para o passado para buscar o sentido de uma vida e de confrontá-lo com o futuro incerto. Conduz os pacientes à busca de um sentido para sua vida, levando-os juntamente com o estreitamento das relações familiares ao apoio diante desse sofrimento.

A crença no pré-determinismo ao câncer e no alcoolismo, foi o recurso utilizado pelos familiares para explicar a doença. Acreditar no alcoolismo ajudou o familiar a extravasar todo o sofrimento causado por esse vício e a explicar o porquê deles também não abandonarem o tabaco.

A identificação das crenças e valores na relação do câncer de laringe e o tabagismo demonstraram que é necessário tornar mais abrangente a atuação dos profissionais de saúde, de maneira a ir além do corpo biológico do indivíduo e incluir a compreensão das referências adotadas pelas pessoas envolvidas no processo.

Nesta perspectiva entendemos que precisamos rever os nossos próprios significados e atitudes sobre o processo saúde-doença-cuidado para melhorar a assistência e contribuir para a reabilitação dos portadores do câncer de laringe e seus familiares. Isso implica implementação de paradigmas das ciências humanas e sociais na formação de trabalhadores da saúde visando mudanças comportamentais no que diz respeito às orientações de saúde sobre os hábitos e/ou estilos de vida dos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Sonobe HM. Conflitos da família no processo de reabilitação do laringectomizado [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Convenção quadro controle do tabaco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
3. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Câncer de laringe. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 1996.
4. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2003.
6. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2001.
7. Rosemberg J, Rosemberg AMA, Moraes MA. Nicotina: droga universal. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2005.
8. Pan American Health Organization. Smoking and health in the Americas: a 1992 report of the Surgeon General, in collaboration with the Pan American Health Organization. Atlanta (GE): PAHO; 1992.
9. Rosemberg J. Nicotina. São Paulo (SP): Laboratórios Biosintética; 1996.
10. Bechara MJ, Szego T, Rodrigues JG. Histórico do tabagismo. In: Gama-Rodrigues J, Cordeiro AC, Habr Gama A, Szego T, Bechara MJ, Sousa Junior AHS. Fumo ou saúde. São Paulo (SP): Bradepca; 1985. p. 27-33.
11. Carvalho JT. O tabagismo visto sob vários aspectos. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2000.
12. Kaufmann A. Aspectos psicológicos do tabagismo. In: Gama-Rodrigues J, Cordeiro AC, Habr Gama A, Szego T, Bechara MJ, Sousa Junior AHS. Fumo ou saúde. São Paulo (SP): Bradepca; 1985. p. 35-61.
13. Rosemberg J. Tabagismo: sério problema de saúde pública. São Paulo (SP): ALMED/EDUSP; 1981.
14. Consuegro RVG, Zago MME. Crenças entre fumantes em um programa de saúde cardiovascular. Rev Latino-am Enfermagem 2004; 12: 412-9.

15. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1994.
 16. Carmo JT, Andrés-Pueyo A, López EA. La evolución Del concepto de tabaquismo. Cad Saúde Pública 2005; 21: 999-1005.
 17. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2003.
 18. Pignatti MH. Programa de cessação do fumar conduzido por enfermeiras prev-fumo [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1999.
 19. Canguilhem G. O normal e o patológico. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 1990.
 20. Cerveny CMO, Berthoud CME. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 1997.
 21. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human conditions. New York (NY): Basic Books; 1988.
 22. Vianna LG. O paciente e o médico diante da morte. J Bras Med 2004; 87: 43-5.
-