

**O CIGARRO EM FAMÍLIA: O ESTUDO DAS
VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM A MANUTENÇÃO
OU EXTINÇÃO DO TABAGISMO ENTRE OS DEMAIS
MEMBROS DA FAMÍLIA DO PACIENTE COM
CÂNCER DE PULMÃO E HISTÓRICO DE TABAGISMO**

VALENTINA PIGOZZI

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do título de Mestre
em Ciências**

Área de concentração: Oncologia

Orientador: Dr. Jefferson Luiz Gross

**Co-orientadora: Dra Maria Teresa da Cruz
Lourenço**

São Paulo

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca do Centro de Tratamento e Pesquisa
Hospital do Câncer A.C. Camargo**

Pigozzi, Valentina

**O cigarro em família: o estudo das variáveis que influenciam a
manutenção ou extinção do tabagismo entre os demais membros da família
do paciente com câncer de pulmão e histórico de tabagismo / Valentina**

Pigozzi -- São Paulo, 2006.

85p.

Dissertação (mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências-Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Jefferson Luiz Gross

Descritores: 1. TABAGISMO. 2. ABANDONO DO TABAGISMO. 3.
TABAGISMO PASSIVO. 4. FAMÍLIA/psicologia. 5. CICLOS DE VIDA
FAMILIAR. 6. RELACIONAMENTO FAMILIAR. 7. TERAPIA FAMILIAR.
8. CÂNCER DO PULMÃO.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de em primeiro lugar agradecer aos meus orientadores, a Dra Maria Teresa da Cruz Lourenço do Departamento de Psiquiatria e Psicologia do Hospital do Câncer A.C. Camargo de São Paulo e ao Dr Jefferson Luiz Gross do Departamento de Tórax do mesmo hospital, cujo auxílio foi inestimável em todas as etapas do presente trabalho de pesquisa.

Igualmente não poderia deixar de expressar minha profunda gratidão aos membros da Banca de Qualificação e da Banca Examinadora, a saber, a Dra Ceneide Maria de Oliveira Cervený, a Dra Regina Christina Wielenska, a Dra Elnara Márcia Negri, o Dr Luiz Antonio Nogueira Martins e o Dr Sergio Luis Blay, que com muita dedicação e profissionalismo endereçaram suas valorosas sugestões e comentários que agregaram muito a este trabalho.

Outro agradecimento que não posso deixar de endereçar é aquele aos verdadeiros protagonistas deste trabalho: os pacientes com câncer de pulmão e seus familiares, que mui gentilmente consentiram em participar da pesquisa, revelando a sua intimidade e sua dor, no intuito único de ajudar, pois, como deveria mesmo ser, nada lhes foi oferecido em troca.

Tenho muito a agradecer também à Dra Inês Nobuko Nishimoto do Centro de Estudos do Hospital do Câncer A.C. Camargo que realizou o estudo estatístico dos resultados do presente trabalho, sempre com muita presteza e um aconchegante sorriso nos lábios.

Agradeço à Prof. Flávia Araújo pelo carinho e pelo auxílio prestado nos momentos em que eu mais precisei de uma professora de inglês.

Agradeço a todos os funcionários do Hospital do Câncer A.C. Camargo por fazerem desta instituição um lugar agradável e funcional, principalmente àqueles que

muito me ajudaram como a Ana Maria, a Luciana e a Márcia da Pós-Graduação, a Rita e os demais atendentes do Departamento de Tórax, à Suely e todas as bibliotecárias, sempre tão simpáticas e competentes, ao pessoal do SAME, enfim a todos que direta ou indiretamente participaram deste trabalho.

Agradeço também o auxílio e o carinho de todos os colegas igualmente alunos da pós-graduação desta mesma instituição, especialmente à Nair Hideko Muto e à Eliane dos Anjos Queiroz, que sempre estiveram muito próximas e disponíveis.

Por fim, gostaria também de agradecer ao amigo Alberto João Briguet Neto que se dedicou ao bom funcionamento do meu computador durante todo este período de sua intensa utilização.

A todos o meu mais profundo e sincero Muito Obrigado !

RESUMO

Pigozzi V. **O cigarro em família: o estudo das variáveis que influenciam a manutenção ou extinção do tabagismo entre os demais membros da família do paciente com câncer de pulmão e histórico de tabagismo.** São Paulo; 2006. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

O hábito de fumar começou como o glamour das novidades vindas do exterior, passou por recurso de auto-afirmação rebelde de adolescentes e chegou a meados do século passado com o estigma de doença crônica causada pela dependência a nicotina. Hoje, a partir de uma revisão na literatura científica, é possível se afirmar que mesmo o conceito de doença crônica se apresenta simplista para esta questão, em que a informação e o uso de medicamentos como recursos exclusivos têm se mostrado pouco eficientes para promover a cessação do tabagismo. Portanto, se faz necessária uma nova abordagem, mais ampla e dinâmica, que contemple não apenas os aspectos fisiológicos e intelectuais da questão, mas que inclua aspectos psicológicos, como a motivação pessoal para parar de fumar, bem como o contexto familiar e social do fumante, responsáveis pelo fornecimento de apoio e modelos de comportamento. Descobrir e estudar as variáveis que influenciam na manutenção ou extinção do tabagismo entre os demais fumantes da família dos pacientes com câncer de pulmão e histórico de tabagismo é o objetivo do presente trabalho. Foram identificados no cadastro do Departamento de Tórax do Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente de São Paulo, os pacientes que vieram para o tratamento de câncer de pulmão no período entre abril de 2003 e julho de 2005. Todos os pacientes selecionados apresentavam histórico de tabagismo ativo ou passivo e pelo menos um familiar também com esta característica, e consentiram em responder por telefone a uma entrevista padronizada com duração variável entre 15 e 50 minutos. A entrevista versa sobre algumas características pessoais e familiares, bem como opiniões pessoais a respeito do tabagismo e câncer de pulmão. Foram respondidas 80 entrevistas, seja pelos próprios

pacientes ou por um membro da sua família pela impossibilidade física deste, das quais 47 resultaram em amostra válida para o estudo. Os dados coletados foram tratados estatisticamente e interpretados. Do ponto de vista estatístico, nenhuma das variáveis estudadas apresentou impacto significativo na cessação do tabagismo em algum membro da família dos pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão. Entretanto, o fato do paciente ter diagnóstico de câncer em fase avançada ou mesmo ter morrido em consequência da doença parece exercer influência na cessação do tabagismo em algum familiar.

SUMMARY

Pigozzi V. **[The cigarette in the family: the study of the variables that influence the maintenance or the cessation of smoking habit among the other smokers in the family of the lung cancer patient with a smoking history]**. São Paulo; 2006. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Smoking cigarettes is a habit that once started with the glamour of the news coming from abroad. Later it was viewed as a way for adolescents to show self-confidence, and reached the mid 20th century as a stigma of a chronic disease caused by nicotine dependence. Nowadays, after a literature review, is possible to assert that even the chronic disease concept is an over generalization, in which information and pharmacological approach as isolate resources have small efficacy to promote smoking cessation. Consequently a new approach is needed, richer and more dynamic that encompasses not only the physiological and intellectual, but also the psychological aspects as the personal motivation to quit smoking and the familial and social contexts are responsible for support and for modeling patterns of behavior. Discovering and studying the items involved in maintenance and the cessation of smoking habit among the other smokers in the family of the lung cancer patient with a smoking history are the goals of the present work. We identified in the archives of the Department of Thoracic Surgery of the Cancer Hospital A.C. Camargo - Antonio Prudente Foundation in São Paulo the patients treated for lung cancer between April 2003 and July 2005. Every selected patient presented active or passive smoking history and at least one family member also with that characteristic. Patient agreed to answer a standard interview of a variable time set from 15 to 50 minutes by phone. The interview deals with some personal and familial characteristics, as well as personal opinions about smoking behavior and lung cancer. Eighty interviews were answered by the patient himself or by a family member when the patient was physically incapacitated, from which 47 interviews resulted in a valid research sample. The collected data were statistically treated and analyzed. From a statistical

point of view, none of the studied variables has shown significant impact on the smoking cessation in one member of the lung cancer patient's family. However, the presence of an advanced stage of the lung cancer at diagnosis or the fact that the patient died as a consequence of the disease seem to have an influence on the smoking cessation in some family members.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da frequência conforme a pessoa que respondeu às entrevistas	42
Tabela 2	Características dos 47 pacientes com câncer de pulmão	43
Tabela 3	Histórico clínico dos 47 pacientes com câncer de pulmão	44
Tabela 4	Histórico de tabagismo e crenças sobre o cigarro dos pacientes com câncer de pulmão	45
Tabela 5	Características dos 32 parentes entrevistados	47
Tabela 6	Histórico de tabagismo e crenças sobre o cigarro dos parentes entrevistados	48
Tabela 7	Perfil familiar dos 47 pacientes estudados	50-1
Tabela 8	Características de quem acompanhou os pacientes em seu tratamento	52
Tabela 9	Características do paciente em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente	54
Tabela 10	Histórico clínico do paciente em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente	55
Tabela 11	Histórico de tabagismo e crenças sobre o cigarro do paciente em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente	56

Tabela 12	Características do parente entrevistado em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente	58
Tabela 13	Histórico de tabagismo e crenças sobre o cigarro do parente entrevistado em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente	59
Tabela 14	Perfil familiar em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente	61
Tabela 15	Características de quem acompanhou o paciente em seu tratamento em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente	63

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVO	32
3	CASUÍSTICA E MÉTODO	33
3.1	Amostra	33
3.1.1	Critérios de inclusão para a pesquisa	33
3.1.2	Critérios de exclusão para a pesquisa	34
3.2	Procedimento	34
3.3	Análise estatística	36
4	RESULTADOS	38
4.1	Análise das características da amostra	41
4.1.1	Perfil do paciente com câncer de pulmão	41
4.1.2	Perfil do parente do paciente com câncer de pulmão que foi entrevistado na impossibilidade deste	46
4.1.3	Perfil da família do paciente com câncer de pulmão	49
4.1.4	Perfil do acompanhante do paciente com câncer de pulmão em seu tratamento	51
4.2	Associação entre variáveis	53
4.2.1	Características do paciente com câncer de pulmão em relação aos casos em que houve algum parente que parou de fumar em decorrência do seu diagnóstico	53
4.2.2	Características do parente entrevistado em relação aos casos em que houve alguém na família que parou de fumar em decorrência do diagnóstico de câncer de pulmão do paciente	57
4.2.3	Características da família do paciente com câncer de pulmão em relação aos casos em que houve algum parente que parou de fumar em	

	decorrência do seu diagnóstico	60
4.2.4	Características do acompanhante do paciente com câncer de pulmão em seu tratamento, em relação aos casos em que houve algum parente que parou de fumar em decorrência do seu diagnóstico	62
4.3	Comparação entre gêneros	63
5	DISCUSSÃO	65
5.1	Comparação entre os perfis dos pacientes, dos entrevistados e dos acompanhantes	66
5.2	Comparação entre os perfis obtidos na amostra total e na amostra de 13 famílias em que alguém parou de fumar	67
5.3	Perfil familiar	69
5.4	Outros dados que apresentaram interesse para a discussão	72
5.5	Limitações da pesquisa	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

ANEXOS

Anexo 1 Protocolo de entrevista

Anexo 2 Termo de consentimento pós-informado

1 INTRODUÇÃO

Após décadas de pesquisa científica é possível se estabelecer com certeza que dois dos mais importantes fatores comportamentais que contribuem para a mortalidade na América são o uso de tabaco e o abuso de drogas (DOHERTY e WHITEHEAD 1986; SCHILLING et al. 1997; BROMEN et al. 2000; LYNA et al. 2002; BRICKER et al. 2003; ENGELS et al. 2004; SCIVOLETTO e GIUSTI 2004; NCCDPHP 2005).

Atualmente a etiologia do uso de tabaco e da dependência química à nicotina está associada a um complexo multicausal que engloba fatores genéticos, biológicos, psicológicos e sociais (KENDLER et al. 2000; JOHNSON et al. 2002; AVENEVOLI e MERIKANGAS 2003; VINK et al. 2003; TIFFANY et al. 2004).

Existem várias teorias que tentam dar conta do fenômeno da dependência química à nicotina, que não necessariamente são excludentes, uma vez que mecanismos diferentes de dependência podem estar operantes em algum grau em todos os usuários, mesmo que em fases distintas.

Algumas destas teorias foram estudadas por TIFFANY et al. (2004) e relacionadas em três grupos. O primeiro deles é o do modelo de reforço negativo em que um comportamento do tipo “auto-medicação” leva o fumante a modular seu uso de tabaco para evitar estados aversivos, como depressão e estresse preexistentes ou independentes do uso de tabaco. O outro modelo é o de reforço positivo, em que a nicotina em si, pela sua ação no organismo, já é um reforço positivo, motivando a manutenção de seu uso. Por fim, temos o modelo do aprendizado cognitivo e social,

que engloba as crenças pessoais, como a de que o cigarro é capaz de fazer relaxar ou parecer mais seguro, e os automatismos e processos inconscientes que reforçam subrepticiamente o uso do tabaco.

De qualquer forma, os processos de aprendizado estão envolvidos em todos os modelos, uma vez que o fumante aprende que o cigarro produz efeitos prazerosos desejáveis ou que atenua os indesejáveis, e ele passa a modular sua utilização a partir disso. Assim, os processos de aprendizado, independentemente da genética que se possui ou dos efeitos fisiológicos produzidos pela substância, devem ser considerados como ferramenta fundamental para a extinção do que começou igualmente por algum tipo de aprendizado (TIFFANY et al. 2004; SPIGNER et al. 2005; NCCDPHP 2005). O mesmo vale para as estratégias preventivas, em que não basta apenas diminuir os fatores de risco associados, mas é preciso que haja a promoção de fatores de proteção, com ações positivas, principalmente voltadas para o público jovem que representa a principal faixa etária de iniciação no uso de tabaco, entre outras drogas (SCIVOLETTO e GIUSTI 2004; BRICKER et al. 2005).

Há pelo menos duas fases que podem ser definidas: uma primeira fase que engloba os fatores determinantes da experimentação ou iniciação no tabagismo e uma segunda fase que engloba os fatores determinantes da manutenção no nível de consumo (KENDLER et al. 2000), fazendo-se a transição do uso diário para a dependência de nicotina (BRESLAU et al. 2006).

Os principais fatores de risco relacionados à iniciação no uso de tabaco ou outras drogas são: influência genética, curiosidade, busca de prazer, manejo das tensões psicológicas, co-morbididades, facilitar a socialização, influência do grupo, isolamento social, dinâmica familiar, ídolos tabagistas, baixa auto-estima, modismo,

facilidade de aquisição de cigarros e estímulo da mídia, ou seja, podem ser fatores internos ou externos (SCIVOLETTO e GIUSTI 2004).

As ações positivas ou preventivas são aquelas que irão agir como medidas protetoras contra estes fatores, não sendo necessariamente contrárias a eles, podendo ser ações independentes como: educação, incentivo, oportunidades sociais, ensinar a lidar com emoções e desafios, incentivar parcerias saudáveis, ambiente familiar afetivo e com regras claras, intolerância ao uso de cigarro ou outras drogas, análise crítica da propaganda, identificação precoce de co-morbidades, programas de prevenção nas escolas, orientação de pais, entre outras medidas de promoção da saúde global (PIGOZZI 2003; SCIVOLETTO e GIUSTI 2004).

Como substância química, a nicotina é capaz de, em curto período de exposição, produzir quadros de dependência pela excitação das áreas de recompensa do cérebro (ZICKLER 2003) e a prevenção do tabagismo é capaz de salvar mais vidas do que o tratamento das doenças a ele relacionadas quando já estabelecidas (SCHILLING et al. 1997). E a melhor estratégia de prevenção para o câncer de pulmão ainda é a prevenção primária, qual seja se evitar o tabagismo (YOUNES 2001), o quanto mais precoce possível (ENGELS et al. 2004). A cessação do tabagismo em larga escala nos fumantes que ainda não se encontram motivados para parar de fumar representa um dos maiores desafios da saúde pública da atualidade (SCHILLING et al. 1997).

O efeito do tabagismo sobre os pulmões é mais sério do que imagina a maioria das pessoas (MUELLER 1997). Desde 1950 evidências científicas comprovaram que o tabagismo é diretamente responsável por cerca de 90% dos casos de câncer de pulmão (FISHMAN 1976; BROMEN et al. 2000; YOUNES 2001; ZAMBONI 2002;

CHAPPLE et al. 2004). A interrupção do tabagismo reduz o risco do câncer de pulmão, o que irá depender do número de anos que se está sem fumar e a quantidade de cigarros que se fumou diariamente (ZAMBONI 2002).

YOUNES (2001) apresenta que nas estatísticas do Hospital do Câncer A.C. Camargo, 87% dos pacientes com câncer de pulmão eram fumantes crônicos, consumindo quantidades variadas de cigarro por dia. E ainda, estudos epidemiológicos iniciais demonstraram que cerca de um terço dos casos de câncer de pulmão em não fumantes estavam relacionados ao tabagismo passivo (YOUNES 2001).

Estudos sobre múltiplos casos de câncer em família produziram evidências indiretas sobre a predisposição genética para o câncer (KENDLER et al. 2000; BROMEN et al. 2000; BROWN et al. 2001; YOUNES 2001; ZAMBONI 2002; ETZEL et al. 2003). Especificamente nos casos de câncer de pulmão, existem crescentes evidências sobre a contribuição de fatores genéticos no aumento do risco de desenvolvimento do mesmo, principalmente porque os carcinógenos levam ao câncer através de vias metabólicas que são geneticamente determinadas (YOUNES 2001).

No entanto, ETZEL et al. (2003) relatam não ter encontrado evidências de aumento em casos de câncer de pulmão entre parentes não fumantes de pacientes com câncer de pulmão. Exceção seja feita aos casos de parentes de fumantes em comoradia, pois está comprovada a relação entre fumo passivo e câncer de pulmão (LOPES et al. 2002) pela dosagem plasmática de cotinina, um metabólito da nicotina (JARVIS et al. 2001).

Apesar de se conhecer a estrita relação de influência do tabagismo sobre o câncer de pulmão, pouco se sabe sobre como estes pacientes respondem a esta afirmação. Saber disso é fundamental para se descobrir como utilizar esta informação a favor da cessação do tabagismo e não o contrário, pela criação de reações de vergonha, culpa e estigma (LYNA et al. 2002; CHAPPLE et al. 2004), gerando mecanismos defensivos ou fantasiosos do tipo da negação, para não ter de lidar com sentimentos tão negativos ou indesejáveis.

Segundo CHAPPLE et al. (2004), as imagens do tipo “pulmão negro” podem agir mais eficientemente para ajudar a quem não fuma a não começar, mas para aqueles acostumados a comprar estes maços ou que já apresentam sintomas físicos de doenças relacionadas ao tabagismo, servem apenas para culpá-los pelo mal produzido em si mesmos.

SCIVOLETTO e GIUSTI (2004) e LANTZ et al. (2006) discordam desta última afirmação, pois muitos dos riscos e conseqüências do tabagismo que poderiam servir como motivadores para diminuir ou cessar o uso de tabaco representam, para o público adolescente, oportunidades de auto-afirmação e demonstração pública de uma pseudo-onipotência. Daí a importância de se trabalhar com o conceito de ciclo vital e as diferenças inerentes a cada estágio, o que detalharemos mais adiante.

Em geral, os fumantes reportam seu medo sobre os malefícios causados pelo cigarro à saúde física e sabem que seu risco de desenvolver doenças como câncer de pulmão é superior ao risco para os não fumantes. Mas, apesar disso, a maioria continua fumando. No trabalho apresentado por LYNA et al. em 2002, realizado com 144 fumantes, 76% destes responderam que acreditavam ser possível que viessem a desenvolver câncer de pulmão caso continuassem fumando, 83% achavam que se

parassem de fumar isso iria reduzir seu risco de desenvolver câncer de pulmão e 97% disseram ser importante procurar reduzir as chances de desenvolver câncer de pulmão.

A compreensão do mecanismo desta aparente discordância entre conhecimento e comportamento se torna fundamental, uma vez que os malefícios causados pelo tabagismo e as vantagens para a saúde ao abandoná-lo constituem o foco principal da maioria dos programas de cessação do tabagismo em uso atualmente.

Uma hipótese para esta discordância pode ser o fato do fumante em questão não se identificar com a população para a qual foram levantadas as referentes estatísticas de problemas de saúde, ou mesmo com as imagens de veiculação de propaganda. Por exemplo, um fumante leve pode não considerar que será tão beneficiado ao parar de fumar quanto um fumante pesado, que imagina ser o grupo de referência, ou ainda um jovem não se identificaria com a imagem de um idoso com câncer de pulmão. Há ainda pessoas com idade avançada ou que fumaram por muitas décadas que tendem a se sentir pessimistas quanto aos benefícios de abandonar o cigarro no ponto da vida em que se encontram. Assim, se percebe por parte de alguns fumantes a construção de estereótipos sobre os tipos de fumantes ou de determinados padrões de consumo de tabaco, que seriam vistos como piores ou de maior risco do que o seu padrão de consumo (LYNA et al. 2002).

Portanto, se faz necessária uma compreensão mais abrangente, que seja multidisciplinar (AVENEVOLI e MERIKANGAS 2003; TIFFANY et al. 2004) e englobe tanto os conceitos que o fumante possui sobre si mesmo enquanto fumante e sobre o tabagismo, como a correlação que se estabelece entre o risco percebido de

desenvolver uma doença como câncer de pulmão e o benefício possível de abandonar o cigarro, e ainda como estes fatores poderão influenciar a comunicação com o fumante, permitindo um melhor desenvolvimento das abordagens de intervenção para fumantes (LYNA et al. 2002), não esquecendo da importância de transcender as características meramente de cunho individual, envolvendo também sua rede familiar e sócio-cultural (DOHERTY e WHITEHEAD 1986; FALS-STEWART 2002; PIGOZZI 2003; BRICKER et al. 2003, 2005; FIGLIE 2004; SCHENKER e MINAYO 2006; LANTZ et al. 2006).

Em resumo, é preciso que se leve em conta não apenas a heterogeneidade da população, mas também a complexidade das percepções dos tabagistas sobre as questões concernentes ao risco potencial do seu padrão de uso de tabaco, quando se desenham estratégias de comunicação em saúde pública (LYNA et al. 2002).

LYNA et al. (2002) afirmam ainda que cerca de 75% dos fumantes têm consciência de que o ato de fumar é nocivo e ameaça a saúde, enquanto MALBERGIER (2001) em pesquisa do GREa em São Paulo (Grupo de Estudos sobre Álcool e Drogas da Faculdade de Medicina da USP), coloca que, para a nossa população, este percentual chega a cerca de 92% dos fumantes. Desses, 70% desejam parar de fumar, onde apenas cerca de 5% conseguem fazê-lo sem ajuda profissional (MALBERGIER 2001). Ou seja, mais de 90% dos fumantes que tentam parar sem se submeter a um tratamento para isso, recaem no período de uma semana (LESHNER 2001). É importante referir que, apesar da intensificação das campanhas de propaganda contra o tabagismo e do aumento de serviços para aconselhamento gratuito para quem deseja parar de fumar em hospitais das redes públicas e privadas,

ainda há uma demanda reprimida de vagas para o tratamento dessa dependência (MALBERGIER 2001).

Há vários tipos de fumantes, que associam o uso do cigarro a diferentes momentos ou objetivos, como para relaxar, emagrecer, se concentrar, lidar com estresse ou solidão, complementar as refeições ou o sexo, para temperar as conversas, enfim um sem número de usos e rituais pessoais ou sociais. Mas, apesar das diferentes formas de fumar, estes fumantes se assemelham em essência devido à forte presença da dependência química à nicotina e à força do histórico familiar de tabagismo (JOHNSON et al. 2002; BRICKER et al. 2003, 2005; CAMPELLO 2005; SCHENKER e MINAYO 2006).

O primeiro destes fatores, a dependência química produzida pela nicotina, já foi mencionada anteriormente e não terá sua discussão mais aprofundada neste trabalho, por se tratar de um conhecimento já sedimentado no meio científico e na mídia leiga.

No presente estudo o enfoque que se pretende dar será mais preponderantemente sobre o fator de risco comportamental dentro do sistema familiar, considerando-se que a família é a fonte primeira não apenas de transmissão genética e biológica, mas também social, emocional e cultural (KENDLER et al. 2000; FALS-STEWART 2002; AVENEVOLI e MERIKANGAS 2003; NCCDPHP 2005).

Neste sentido, é possível encontrar na literatura científica nacional (SCIVOLETTO e GIUSTI 2004; FIGLIE 2004; SCHENKER e MINAYO 2006) e internacional (BRICKER et al. 2003, 2005; ENGELS et al. 2004; HARAKEH et al.

2004, 2005) grande número de publicações que versam sobre o fenômeno da transmissão vertical, como por exemplo, dos pais para os filhos.

No entanto, há também, e é o que muito nos interessa, trabalhos (DOHERTY e WHITEHEAD 1986; FALS-STEWART 2002; VINK et al. 2003; PIGOZZI 2003; ASBRIDGE et al. 2005; LANTZ et al. 2006) que já buscam uma abordagem mais ampla, que não se fixe apenas na transmissão vertical (transgeracional) dos fatores comportamentais de risco, mas que incluam também a transmissão horizontal, cujos protagonistas são pessoas da mesma geração, como parceiros, cônjuges, irmãos, primos e agregados. Assim, contemplamos a família enquanto grupo de interação de forma mais efetiva e abrangente.

Segundo VINK et al. (2003), o principal fator prognóstico do insucesso na cessação do tabagismo é a presença de outros fumantes na mesma família ou entre o grupo de amigos próximos, independentemente da faixa etária do indivíduo que deseja abandonar o cigarro, o que corrobora para a relevância do meio sobre esta decisão. Assim, a família pode ser não apenas um fator protetor, mas também de risco para o consumo de tabaco ou outras substâncias, dependendo do seu patrimônio genético e de sua dinâmica funcional (SCIVOLETTO e GIUSTI 2004; BRICKER et al. 2003, 2005; ENGELS et al. 2004; SIMONS-MORTON et al. 2004; HARAKEH et al. 2004, 2005; SCHENKER e MINAYO 2006).

Um comportamento, de risco ou não, é visto dentro da família como um padrão, que poderá ou não ser mantido e transmitido. Assim, a partir de uma perspectiva familiar mais contextualizada, consideramos o tabagismo como um desses padrões e, portanto uma forma de comunicação interpessoal dentro do capítulo dos relacionamentos humanos (DOHERTY e WHITEHEAD 1986; PIGOZZI 2003).

Quando uma pessoa fuma e faz parte de um sistema familiar e social, passa a existir a possibilidade de formação ou manutenção de um padrão definido de comportamento, que inclui o tabagismo. Isto implica que os relacionamentos interpessoais estabelecidos pelo fumante poderão influenciar a decisão tanto dele quanto de outros membros do mesmo sistema a continuar ou a parar de fumar. Desta forma, o ato de fumar fica envolvido por dinâmicas familiares e sociais que podem incluir rituais, padrões de inclusão, de exclusão, de controle e até de regulação da intimidade (DOHERTY e WHITEHEAD 1986; FALS-STEWART 2002; PIGOZZI 2003; VINK et al. 2003; ENGELS et al. 2004).

O que, em resumo, significa dizer que fumar ou não, de um ponto de vista psicológico sistêmico, não é uma decisão de cunho exclusivamente individual. Em trabalho anterior (PIGOZZI 2003), já pudemos verificar que os modelos familiares e culturais exercem papel importante na transmissão de padrões de comportamento como o tabagismo e que este se adquire por forte influência do meio, mas se abandona por decisão individual. O que não significa que esta decisão, mesmo sendo individual, não possa vir a ser influenciada pelo meio, através, por exemplo, de campanhas direcionadas de forma inteligente para atingir especificamente um grupo de fumantes, como veremos mais adiante (ASBRIDGE et al. 2005; LANTZ et al. 2006).

AVENEVOLI e MERIKANGAS (2003) concordam com esta assertiva e acrescentam que a influência do meio, principalmente dos colegas ou pares, na época da adolescência possui forte influência para a experimentação e iniciação, mas não para a continuidade ou escalada do uso. Estas últimas seriam mais influenciadas pelas características do tabagismo dentro da própria casa, como o dos pais, por exemplo.

Assim, apesar dos adolescentes se mirarem muito mais em seu grupo de pares e acreditarem que estão fazendo tudo para serem diferentes de seus pais, seja para desafiá-los ou para constituírem sua própria identidade, no final das contas, o fruto acaba por não cair longe do pé. Portanto, o comportamento de um indivíduo será melhor compreendido a partir do contexto de influências sócio-culturais em que ele esteja vivendo (SCHENKER e MINAYO 2006).

SIMONS-MORTON et al. (2004) concordam e acrescentam que metade dos adolescentes que experimentam o fumo se torna viciada e continua a usá-lo. Daí a importância do envolvimento dos pais neste processo, pois eles podem se tornar os provedores dos fatores de proteção contra a progressão do tabagismo através de uma postura de envolvimento e monitoração (ENGELS et al. 2004; SCHENKER e MINAYO 2006). É importante, no entanto, atenção no sentido de não fazer com que com os pais ou responsáveis sejam responsabilizados ou que se sintam culpados pelo tabagismo dos filhos, o que resultaria pernicioso e infrutífero (NCCDPHP 2005).

O aconselhamento para a cessação do tabagismo deve ser feito de um modo claro, procurando evitar a utilização de discursos generalistas, que tendem a ser descartados pela grande maioria dos ouvintes (ENGELS et al. 2004; ASBRIDGE et al. 2005). O ideal é a utilização de recomendações que visem seu interlocutor, que englobem os elementos próprios do seu momento de vida e que sejam coerentes com os seus valores culturais (MELVIN et al. 2000; BRICKER et al 2003, 2005; ENGELS et al. 2004; ASBRIDGE et al. 2005; YÁÑEZ et al. 2006).

Assim, dentro de uma mesma família podemos superar barreiras de idioma, costumes e cultura, sem falar na força dos laços afetivos e de sangue. Espera-se que os parentes sejam pessoas que naturalmente já possuem uma via de acesso para

influenciar a vida e os comportamentos dos demais membros de seu grupo. E, na arte de influenciar pessoas, a proximidade, que não necessariamente precisa ser física, é um fator determinante. Assim, a qualidade da relação familiar já pode ser considerada um fator protetor (NCCDPHP 2005).

Na experiência do Hospital do Câncer A.C. Camargo, uma das características verificada nos pacientes que obtiveram sucesso em parar de fumar foi justamente o fato deste ter um cônjuge fortemente contrário ao hábito do tabagismo (YOUNES 2001), dado também referido na literatura internacional (DOHERTY e WHITEHEAD 1986).

O mesmo pode ser observado em outro grande centro de tratamento de São Paulo, a saber, o Instituto de Psiquiatria da FMUSP, de onde HOCHGRAF e BRASILIANO (2006) relatam que as mulheres dependentes químicas apresentam, em geral, companheiros também dependentes e que, na maioria das vezes, se opõem ativamente ao tratamento de cessação, diferentemente das esposas dos homens dependentes químicos que, freqüentemente, são as grandes estimuladoras para que estes procurem ajuda. Esta característica de comportamento dos gêneros sugere a implantação de programas específicos para as mulheres, não como algo separado do programa para homens, mas como estratégia integrativa que incorpore o conhecimento específico de forma útil e eficaz (HOCHGRAF e BRASILIANO 2006).

DROBES (2006) coloca que além destes aspectos da influência psicossocial, ou seja, aquela proveniente do modelo familiar e do grupo de pares ou de convívio (PIGOZZI 2003; WILCOX 2003; SZAPOCZNIK et al. 2003; BRICKER et al. 2003, 2005; ENGELS et al. 2004; HARAKEH et al. 2004, 2005; SPIGNER et al. 2005;

DROBES 2006) há que se considerar as características de personalidade do indivíduo que podem ter alguma influência na iniciação e manutenção dos comportamentos adictivos, como a impulsividade, a compulsividade e a ansiedade. Segundo WILCOX (2003) é imperativo que se estude o tabagismo numa perspectiva dinâmica, ao longo da vida do indivíduo, para que se possa discernir os fatores intra e interpessoais da sua trajetória.

O tratamento da dependência química com a inclusão da família tem produzido melhor desfecho quando comparada com os casos em que a família não está incluída (FALS-STEWART 2002; SZAPOCZNIK et al. 2003; PIGOZZI 2003; FIGLIE 2004). E isto vale tanto para intervenções de cessação quanto para as preventivas, considerando ainda que ambas podem ocorrer simultaneamente, uma vez que a cessação de uma pessoa pode representar a diminuição do risco de outra, como filhos, em iniciar (BRICKER et al. 2003, 2005). Adolescentes expostos a membros mais velhos do seu grupo familiar ou social, que fumam e bebem têm maior tendência a repetirem esse comportamento, independentemente de influência genética (PIGOZZI 2003; ENGELS et al. 2004; DROBES 2006).

Para a prevenção junto a crianças, adolescentes e adultos jovens, já está estabelecida não apenas a necessidade, mas a urgência do envolvimento mais ativo de pais ou responsáveis nas práticas de prevenção do uso de tabaco ou outras substâncias (VINK et al. 2003; BRICKER et al. 2003, 2005; SCIVOLETTO e GIUSTI 2004; SIMONS-MORTON et al. 2004; NCCDPHP 2005; SCHENKER e MINAYO 2006). As ações dos genitores para proteção contra a iniciação e progressão do tabagismo envolvem a qualidade da comunicação, o nível de envolvimento, suporte emocional e

monitoramento do comportamento dos filhos (SIMONS-MORTON et al. 2004; NCCDPHP 2005; YÁÑEZ et al. 2006).

Para tanto, se faz necessário prover suporte social além de informação de qualidade para estes pais (MELVIN et al. 2000; NCCDPHP 2005). Sempre levando em consideração a etnia e o contexto cultural em que a família está inserida, uma vez que há culturas que encorajam a proximidade e outras o afastamento dos membros de uma mesma família em determinados momentos de seu ciclo familiar, o que determina os padrões de interação entre eles (SZAPOCZNIK et al. 2003).

Além das questões familiares, encontramos também na literatura científica alguns fatores listados como prognósticos de sucesso na cessação do tabagismo como: ausência de etilismo, menor quantidade de cigarros/dia, maior intervalo de tempo entre o acordar e o primeiro cigarro do dia, pertencimento a algum grupo religioso e nível educacional (WHITSON et al. 2006).

Desta afirmação destacamos três aspectos que demonstram maior relevância se considerarmos como meta o desenvolvimento de abordagens mais eficientes no sentido da extinção do tabagismo. O primeiro deles diz respeito ao etilismo, ou seja, à dependência concomitante de álcool e tabaco. As evidências científicas apresentadas em uma revisão de 2002 (DROBES 2006), são de que as pessoas que bebem têm maior tendência ao tabagismo, sendo que 90% dos dependentes de álcool fumam, 70% destes fumam ao menos um maço de cigarros ao dia. Fumantes bebem mais do que não fumantes e quanto mais intenso o consumo de álcool, maior o de cigarros. A importância deste uso concomitante está no aumento no risco de doenças como o câncer ou problemas cardiovasculares, em comparação ao uso isolado de apenas uma delas.

Há que se considerar ainda outro fator importante do ponto de vista das estratégias de promoção da abstinência nas dependências cruzadas que é o assim denominado *cue conditioning*, em que situações previamente relacionadas ao consumo de uma substância desencadeiam respostas condicionadas ao uso da outra substância, incluindo fissuras e alterações fisiológicas. Em outras palavras, foi observado que a recaída no tabagismo é francamente motivada pelo consumo de álcool, pois a utilização conjunta de álcool e cigarro melhoraria o desconforto produzido por este condicionamento, promovendo assim não apenas a manutenção do consumo como as recaídas (DROBES 2006).

Com relação ao segundo aspecto, o primeiro cigarro do dia, item de fundamental importância na avaliação do nível de dependência à nicotina e que consta do Teste de Fagerström (COSTA et al. 2002), pesquisa do INCOR (Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP) com 3.800 fumantes da cidade de São Paulo com idade média de 41 anos, revelou que 72% destes tabagistas fumam o primeiro cigarro até meia hora depois de sair da cama. O que corrobora para o fato de mais da metade deles (60%) referir já ter tentado parar de fumar sem sucesso (ISSA 2006). Estima-se que a cada 100 dependentes de nicotina, apenas 3, ao final de um ano, conseguem abandonar o cigarro (VIGANÓ 2005).

O terceiro dos aspectos citados e que queremos enfatizar é o do pertencimento a algum grupo religioso. Na verdade, mais do que focar no aspecto religioso, que de fato atua positivamente no sentido de evitar o tabagismo (WILCOX 2003) por serem poucas as religiões ou templos religiosos que o permitem abertamente, é a participação ativa em algum grupo social que mais nos interessa. O pertencimento a um grupo social é item de fundamental importância na vida de qualquer um,

principalmente a partir da adolescência. Então, num grupo em que seus membros fumam existe maior disponibilidade de cigarros, o fumo é conduta normativa e é um comportamento reforçado positivamente, o que resulta em fator propiciador de socialização para aqueles que fumam e de exclusão para os que não fumam (SIMONS-MORTON et al. 2004).

No caso dos adolescentes, verificou-se que as escolas que apresentam programas antitabagismo inseridos em sua política social tendem a ter menores índices de tabagismo entre os estudantes do que aquelas em que existe maior aceitabilidade do uso e comercialização de cigarros, não só pelo fator informação, mas pelo aspecto de grupo social (WILCOX 2003).

Importante lembrar que as pessoas se constituem psicologicamente a partir da identificação com padrões culturais disponíveis em seu tempo e seu meio, ou seja, o indivíduo é marcado pela cultura e faz parte de uma rede simbólica de significados. Assim, estratégias de proteção do indivíduo contra doenças causadas por comportamentos de risco evitáveis, devem ir além do teor cognitivo da informação. Uma informação terá maior eficácia na produção do resultado desejado na mudança do comportamento de um indivíduo, quando vier permeada de valores relevantes para a cultura vigente (NCCDPHP 2005). Normas, expectativas, crenças, aceitação e status dentro do grupo são exemplos de características que são importantes no processo de socialização e, portanto terão influência na assunção de determinados comportamentos (SIMONS-MORTON et al. 2004).

Assim, a relação que um fumante estabelece com o cigarro em si ou com os rituais periféricos ao ato de fumar, pode falar muito de como este indivíduo se organiza socialmente. Por exemplo, o tabagismo pode ser um mediador da distância

ou da intimidade estabelecida entre as pessoas por separá-las em grupos como o de fumantes e de não fumantes (FALS-STEWART 2002; PIGOZZI 2003; SPIGNER et al. 2005), algo muito comum nos ambientes públicos da atualidade.

Thompson (1995) citado por WILCOX (2003, p.63) aponta que as pessoas que estejam envolvidas em redes sociais, mesmo que estas sejam informais e que não sejam comunidades organizadas como igrejas ou clubes, têm como conseguir auxílio emocional para enfrentar as situações estressantes da vida. Porém, o grupo e a família, além de exercerem sua força na prevenção de comportamentos de risco, podem também ser a barreira que impede a modificação de um comportamento que é validado por este grupo social, mesmo que seja um comportamento de risco.

O estudo de SPIGNER et al. (2005) com imigrantes de origem asiática nos Estados Unidos, revelou a importância dos aspectos sociais em grupos reduzidos, tanto na instalação, quanto na manutenção e na cessação do tabagismo. O empenho para manter laços de sociabilidade com o grupo de pares, no ambiente de trabalho ou nos momentos de lazer, minimizando a distância entre patrões e empregados, entre homens e mulheres ou ainda entre as diferentes gerações, visa uma aproximação dentro destes pequenos subgrupos, produzindo a sensação de menor distância com a terra natal e a família de origem. A ironia desta proposição reside no fato de que, se por um lado, o grupo valida o comportamento de risco à saúde do indivíduo, por outro promove o engajamento na rede social, o que é um fator positivo para a saúde deste mesmo indivíduo. Assim, é preciso que os programas de cessação do tabagismo não se foquem simplesmente na eliminação do uso do tabaco, mas que busquem substituí-lo por outra forma de promover o estabelecimento e a manutenção de uma rede social sustentada em rituais saudáveis.

Para uma população de mais idade, como aquela que tende a apresentar maior número de consequências para a saúde física decorrentes do uso crônico de tabaco e que corresponde à nossa amostragem, temos que considerar ainda os fatores que transcendem a relação direta tabaco/saúde, a saber: morte de cônjuge, transferência de moradia para condição de menor liberdade como casas de parentes ou asilos, menor acesso ao cigarro por restrições financeiras ou de transporte, doenças como demência ou depressão, e efeito negativo sobre a qualidade de vida por limitações impostas às condições físicas pelo tabagismo entre outras doenças (WHITSON et al. 2006).

Em nosso caso, observamos principalmente a cessação do tabagismo pelo impacto produzido pelo diagnóstico de câncer de pulmão sobre o próprio paciente e sobre alguns fumantes da família. WHITSON et al. (2006) chama este paciente que pára de fumar a partir do diagnóstico de alguma moléstia relacionada ao tabagismo de *ill quitter* e o respectivo efeito de *ill quitter effect*, demonstrando que, apesar de sua amostragem também não ser estatisticamente significativa, este indivíduo, quando doente, tende a largar o cigarro e apresentar menor índice de recidiva.

Fora desta situação específica, em que o medo de perder a saúde ou a vida mobiliza uma mudança de padrão de comportamento de risco, BRICKER et al. (2003, 2005) apresentam que as estatísticas de cessação do tabagismo em idade adulta, infelizmente são muito baixas. Daí a importância de focar diretamente sobre as camadas mais jovens da população ou agir indiretamente, focando sobre os seus grupos familiares. Pais que nunca fumaram ou que pararam de fumar reduzem o risco de tabagismo entre seus filhos por fornecerem padrões de comportamento como modelos que serão eventualmente seguidos, seja o modelo de não fumante, ou o de fumante que teve sucesso em abandonar o cigarro (BRICKER et al. 2003, 2005).

Discordamos de SCHILLING et al. (1997) quando colocam que o momento de um diagnóstico de doença grave relacionada ao tabagismo é o mais propício para o médico iniciar uma abordagem de cessação do tabagismo junto ao paciente e aos seus familiares. A função do médico não é só a de proporcionar tratamento de qualidade para enfermidades ou vícios já estabelecidos, mas ele deve se antecipar ao estabelecimento destes por uma atitude profilática. E o tabagismo não é apenas um hábito da pessoa, mas deve ser considerado pelos profissionais da saúde como doença, que precisa de tratamento adequado e estratégias preventivas (ISSA 2006). No entanto, concordamos com SCHILLING et al. (1997), quando reformulam essa mesma assertiva, afirmando que é mais fácil obter a cooperação dos pacientes e a motivação dos seus parentes fumantes quando houver o diagnóstico recente de doença grave cuja etiologia esteja relacionada ao tabagismo.

MALLIN (2002) e WHITSON et al. (2006) também concordam com esta última afirmativa e relatam ainda que a cessação do tabagismo confere benefícios, mesmo em se tratando de sujeitos mais idosos, o que pode derrubar a expectativa negativa dos que acreditam que quanto mais velho o fumante, mais difícil será dissuadi-lo de abandonar o prazer de fumar (WHITSON et al. 2006). Na verdade, o importante é que o profissional da saúde esteja sempre preparado para oferecer auxílio na prevenção e na cessação do tabagismo (MALLIN 2002) em qualquer idade ou circunstância, diminuindo não apenas o ônus para aquele indivíduo e sua família, mas também um ônus social e para os cofres públicos (DOHERTY e WHITEHEAD 1986).

Além destes itens, há que se considerar ainda questões como a possível presença de co-morbidades, principalmente psiquiátricas como a depressão e a

ansiedade, em que o tabaco pode estar sendo utilizado para aliviar tensões ou para regular estados de humor, numa forma mal adaptada de agir frente aos estressores psicossociais (ETTER et al. 2002; PIGOZZI 2003; TIFFANY et al. 2004; SCIVOLETTO e GIUSTI 2004; DROBES 2006; LOPES et al. 2006). A frequência do tabagismo tende a ser maior neste grupo quando comparada a grupos controle em que não se verificam estas co-morbidades (LOPES et al. 2006).

Segundo MELVIN et al. (2000), dizer simplesmente “Pare de fumar” ao paciente é pouco efetivo. Hoje já existe um repertório de recursos terapêuticos que pode auxiliar na cessação do tabagismo e no controle da abstinência. LESHNER (2001) do National Institute on Drug Abuse (NIDA) afirma que a ciência já comprovou que o tratamento exclusivamente farmacológico das adicções é menos efetivo do que quando é utilizado em associação com abordagens psicológicas, principalmente das linhas comportamentais (LESHNER 2001; WILLIAMS 2002) ou motivacionais (PROCHASKA et al. 1992; PARKS e MARLATT 2000; NORCROSS e PROCHASKA 2002; MALLIN 2002; ETTER et al. 2002), que vão desde as tradicionais sessões clínicas individuais, até um formato menos tradicional, como a utilização da técnica em atendimentos grupais ou comunitários.

Se, conforme vimos anteriormente, o tabagismo não se estabelece apenas a partir da premissa de ação química de uma substância, mas que existe todo um padrão de comportamento que se desenvolve e reforça o aprendizado sobre as vantagens de utilização daquela droga, a retirada desta dependerá de um esforço contrário, ou seja, de um trabalho sobre este mesmo aprendizado, o que pode ser feito com o auxílio das teorias cognitivistas e comportamentais. O mesmo se dá com a motivação. É preciso trabalhar sobre a motivação para abandonar o cigarro, pois um dia houve uma

motivação para buscá-lo. Tanto a fase de iniciação, quanto aquelas de escalada e de manutenção do uso de tabaco foram influenciadas por múltiplos níveis de motivação (TIFFANY et al. 2004).

A abordagem comportamental na cessação do fumo é então empregada para se descobrir quais são as situações de alto risco para recidivas, propiciando um afastamento do cigarro e o monitoramento do comportamento relacionado ao tabagismo, o que inclui evitar ambientes e pessoas estreitamente envolvidos com o tabagismo e buscar suporte da família e dos amigos (LESHNER 2001).

As abordagens motivacionais de modificação do comportamento adictivo, estão estabelecidas num programa de progressão por cinco sucessivas fases, a saber, pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (PROCHASKA et al. 1992; SCHILLING et al. 1997; MALLIN 2002), que demonstram pouca relevância para o presente estudo, pois não tratamos aqui da questão do tabagismo na população geral, mas em um recorte específico de amostragem de pessoas com câncer de pulmão, que na grande maioria das vezes, já iniciaram o seu processo de cessação do tabagismo na fase de ação, sem sequer haver a necessidade de um estágio posterior de manutenção, por se encontrarem em intenso processo de tratamentos de saúde. Pelo mesmo motivo não é possível estimar a intenção de parar de fumar prévia ao aparecimento do câncer de pulmão no paciente ou seus parentes.

De acordo com NORCROSS e PROCHASKA (2002), a fase de ação é a que envolve maior comprometimento e disponibilidade de tempo e de energia, o que reflete exatamente o momento em que se encontra um paciente que acaba de receber o diagnóstico de câncer de pulmão e seus familiares. É um momento crucial de mudança de paradigma de vida. O paciente e seus parentes mais próximos se

encontram diante de tantos lutos simbólicos que devem efetuar, que o luto pela perda do cigarro pode deixar de ser o mais importante. Assim também ocorre com a fase de manutenção e de prevenção de recaídas (PARKS e MARLATT 2000; MALLIN 2002), que apresenta menor importância no presente caso, uma vez que o cigarro deixa de ser o centro das atenções e das tensões do momento e o modo de vida do paciente e de seus familiares mais próximos necessariamente acaba sendo modificado.

A forma como as pessoas mudam intencionalmente seus comportamentos adictivos, com ou sem auxílio terapêutico, ainda é algo que não foi bem compreendido pelos cientistas das abordagens comportamentais (PROCHASKA et al. 1992). Segundo SCHILLING et al. (1997) 90% dos americanos que pararam de fumar o fizeram sem o auxílio de programas formais de tratamento. No entanto, não há dúvida que mesmo entre os pacientes com câncer de pulmão há quem necessite de ajuda para parar de fumar, e esta ajuda deve se adequar às suas necessidades e ao momento de vida em que eles se encontram.

Do ponto de vista da inclusão do universo familiar no processo terapêutico de abandono do cigarro, enfoque principal do presente trabalho, as teorias do modelo comportamental assumem a possibilidade de que a família pode interferir e até de reforçar o consumo ou o abandono do cigarro. Com o auxílio da teoria de aprendizagem social, do modelo do comportamento operante e do condicionamento clássico, o modelo comportamental tem propiciado a observação de alguns padrões de comportamento familiar e a atuação sobre eles, melhorando a comunicação familiar e a habilidade de resolver problemas, principalmente pelo seu enfrentamento (FIGLIE 2004).

Isto ocorre porque não é apenas pela reprodução de um comportamento que a família exerce a sua influência. Fatores não específicos ou de influência indireta como a presença de uma estrutura familiar disfuncional, com excesso de brigas domésticas, a exposição a estresse e casos de psicopatologias na família, além de exposição pré-natal à nicotina, falta de carinho e de limites claros, podem modular a relação entre o tabagismo dos pais e dos filhos (AVENEVOLI e MERIKANGAS 2003).

O mesmo se passa com o modelo cognitivo-comportamental, que inclui os processos cognitivos ao modelo anterior, e que prega que o afeto e o comportamento são determinados pela cognição que a família tem, no presente caso, a cerca da dependência química. Este também irá trabalhar sobre a reestruturação cognitiva da família, capacitando-a a identificar e responder de forma funcional às situações centrais ou periféricas ao tabagismo (FIGLIE 2004).

Já o modelo sistêmico possui uma abordagem diferente e considera a família como um sistema, em que as partes ou pessoas que o compõem, assim como as variáveis comportamentais individuais, tais como o uso de substâncias, estão entrelaçadas marcando um tipo de estruturação e de funcionamento familiar próprio. Como o sistema é um conjunto de partes, ao se mover uma dessas partes, move-se o sistema como um todo. Então, comportamentos individuais são vistos como formas de interação entre os membros da família, que tendem a se tornar habituais e repetidos, mantendo um dado padrão de funcionamento do sistema (SZAPOCZNIK et al. 2003). Nesta perspectiva, a dependência química passa a exercer a função de manutenção da homeostase deste sistema e a ausência da mesma pode ser combatida pelo grupo por ameaçar tal homeostase, mesmo que esta seja disfuncional.

Numa intervenção sob a égide do pensamento sistêmico, serão utilizadas técnicas para diagnosticar o funcionamento familiar e promover mudanças nos padrões de interações entre os seus membros para que a mudança no padrão comportamental indesejável possa ocorrer num continuum, sem ameaçar o sistema como um todo e vice-versa. Ou seja, o foco do trabalho terapêutico deixa de ser o sintoma ou comportamento indesejado e passa a se projetar sobre a família como um todo, onde o tabagismo deixa de ser visto como um problema focado no indivíduo e passa a ser visto como uma dinâmica de comunicação interpessoal específica dentro dos relacionamentos de um dado sistema (DOHERTY e WHITEHEAD 1986; PIGOZZI 2003; SZAPOCZNIK et al. 2003; FIGLIE 2004).

Outra variável a ser considerada é a diferença entre gêneros. A literatura científica consultada (ZAMBONI 2002; ETTER et al. 2002; PIGOZZI 2003; WHITSON et al. 2006) não apresentou resultados conclusivos como sendo este um fator prognóstico de sucesso na cessação do tabagismo. ETTER et al. (2002) apontam que as diferenças entre gêneros no tocante ao tabagismo vêm decrescendo progressivamente desde a década de 60, o que pode ser explicado melhor por mudanças nas normas de conduta social do que por fatores de determinação biológica. Eles sugerem ainda que o comportamento de fumar é regulado de forma similar entre homens e mulheres, e que é preciso aprofundar o entendimento dos determinantes psicológicos do ato de fumar.

No entanto, parece existir uma diferença de sensibilidade e de reação fisiológica aos efeitos carcinogênicos do tabaco no organismo dos diferentes sexos (LESHNER 2001; PATEL et al. 2004). De acordo com publicação de 1993 do Centers for Disease Control and Prevention citado por ETTER et al. (2002, p.733)

desde 1987 o câncer de pulmão superou o câncer de mama como principal causa de morte por câncer entre mulheres nos Estados Unidos (BROMEN et al. 2000). E espera-se que, devido ao longo período que separa a iniciação do tabagismo até a ocorrência de sintomas das doenças relacionadas a ele, estas taxas de mortalidade entre mulheres continuem aumentando. Daí a importância de uma melhor compreensão das características específicas do tabagismo entre as mulheres para o desenho de intervenções de cessação e de prevenção mais efetivas para esta população (ETTER et al. 2002).

Não nos aprofundaremos sobre estas características e a sua diferenciação para com aquelas relativas ao tabagismo entre os homens, por fugir do escopo do presente trabalho. No entanto, há aspectos interessantes que merecem menção. Por exemplo, as mulheres parecem ser mais sensíveis não somente à nicotina, mas também aos efeitos colaterais da ausência do tabaco na síndrome de abstinência, além de temerem ganhar peso quando cessam (LESHNER 2001). COSTA et al. (2002), ETTER et al. (2002) e PATEL et al. (2004) relatam ainda o uso do cigarro como recurso anorexígeno principalmente pelo público feminino, o que justificaria em parte a alta resistência destas em abandonarem o tabagismo.

WILLIAMS (2002) concorda e acrescenta que além de programas de controle de peso, existe a necessidade de se observarem as fases do ciclo menstrual dessas pacientes, uma vez que a fase do ciclo influencia diretamente no humor, no peso e na magnitude dos sintomas da síndrome de abstinência da nicotina. Assim, ele sugere que se evitem determinados dias do ciclo, como a fase pré-menstrual, para o início do programa de abandono do tabagismo nas mulheres, por ser esta a fase de maior tensão

emocional e na qual se verifica um natural aumento de peso resultante da retenção de líquidos.

O principal item de um programa de controle de peso para ambos os sexos deve englobar entre outras coisas a orientação sobre as famosas “beliscadinhas” entre as refeições (*between-meal snacking*), que representam a maior causa de ganho de peso por substituírem o comportamento repetitivo de puxar um cigarro e levá-lo à boca. Ainda assim, deverá fazer parte do aconselhamento psicológico o trabalho no sentido da aceitação de um discreto ganho de peso (WILLIAMS 2002).

Importante não esquecer que há semelhanças comportamentais entre pessoas dependentes de substâncias psicoativas, como a nicotina, e aquelas com transtornos alimentares, além de haver a possibilidade de coexistência de ambas as condições. Estas semelhanças envolvem os já mencionados sintomas de uso de uma substância para lidar com o estresse ou sentimentos negativos, o que pode envolver os sentimentos em relação à aparência física, e para controle de peso (SCIVOLETTO e GIUSTI 2004; HOCHGRAF e BRASILIANO 2006).

Ainda quanto à questão dos gêneros, PIGOZZI (2003), AVENEVOLI e MERIKANGAS (2003), VINK et al. (2003) e SCIVOLETTO e GIUSTI (2004) sugerem haver um padrão de influência entre os membros de uma mesma família ou grupo social, principalmente quando estes são do mesmo sexo, ou seja, os membros de uma família tendem a influenciar mais seus parentes do mesmo sexo do que o contrário no que se refere ao tabagismo, sugerindo um padrão de similaridade ou de identificação para produção e manutenção de comportamentos. Exceção é feita apenas aos casos igualmente freqüentes em que a mulher inicia ou mantém o tabagismo por influência de seu companheiro do sexo oposto tabagista.

BRICKER et al. em trabalho publicado em 2003 discordam da influência do gênero do parente sobre a cessação do tabagismo, mas referem que a literatura internacional a este respeito não é conclusiva.

É importante notar que as estratégias de abordagem das mulheres nas campanhas de prevenção e de cessação do tabagismo vêm mudando, na medida direta em que a proporção de usuários de tabaco entre os sexos vem se tornando mais equilibrada. O aumento no número de mulheres fumantes e de mulheres com câncer de pulmão vem proporcionando dados para o estudo das características específicas deste grupo e conseqüentemente de um desenho mais adequado de campanhas direcionadas especificamente para elas (WILLIAMS 2002; PATEL et al. 2004; SCIVOLETTO e GIUSTI 2004). Segundo HOCHGRAF e BRAISLIANO (2006) do PROMUD (Programa de Atenção à Mulher Dependente Química do Instituto de Psiquiatria da FMUSP), os programas de tratamento exclusivo para mulheres devem preocupar-se mais com o fato das pacientes serem do sexo feminino do que propriamente dependentes químicas, proporcionando-lhes atenção profissional que inclua também as questões ligadas à auto-estima, ao corpo, às questões afetivas e interpessoais.

A hipótese lançada por ETTER et al. (2002) para explicar isto é que o tabagismo entre as mulheres tende a ser menos reforçado pela nicotina e mais por outros fatores não químicos, o que inclui os efeitos sensoriais produzidos pelo ato de fumar, respostas condicionadas ao estímulo de fumar e principalmente a fatores psicológicos, que podem estar relacionados à maior prevalência de depressão, ansiedade e preocupações com o peso ou aparência física nesta população.

Com relação aos esforços para prevenir o tabagismo, historicamente estes foram largamente direcionados à população geral, ao invés de serem direcionados a subgrupos específicos (ASBRIDGE et al. 2005). Estas estratégias, assim como as para redução de consumo de cigarros, deveriam levar em conta aspectos culturais de relevância e incluir características específicas como os grupos etários ou necessidades regionais, entre outras (SCHENKER e MINAYO 2006).

Especificamente para crianças e adolescentes já encontramos intervenções educativas nas escolas e na comunidade, educação e orientação em veículos de massa, restrições à propaganda de cigarro, restrições ao acesso dos menores de idade ao tabaco e redução da acessibilidade pela elevação do preço destes produtos através de taxação (LANTZ et al. 2006). A influência de pessoas da mesma faixa etária, como amigos, irmãos e vizinhos demonstrou ser maior do que aquela exercida por pessoas de outras gerações (AVENEVOLI e MERIKANGAS 2003; WILCOX 2003, ENGELS et al. 2004), o que não exclui a participação destas também no mesmo processo (SIMONS-MORTON et al. 2004; SCHENKER e MINAYO 2006).

É consenso entre especialistas da área de família a marcante influência dos pais sobre seus filhos, pois, de forma direta ou indireta, acabam modulando os hábitos adictivos nas novas gerações (BRICKER et al. 2003, 2005; SIMONS-MORTON et al. 2004; HARAKEH et al. 2004, 2005; NCCDPHP 2005; YÁÑEZ et al. 2006; SCHENKER e MINAYO 2006). Portanto, propagar aos pais que parar de fumar não só melhora a saúde deles, mas reduz os riscos de seus filhos também fumarem, pode ser uma estratégia mais eficaz por ampliar o leque de razões para as pessoas pararem de fumar e por ampliar também a abrangência da intervenção, promovendo ao mesmo tempo a cessação de uns e a prevenção de outros (BRICKER et al. 2003, 2005).

Na questão da influência das gerações mais velhas sobre as mais jovens, não nos referimos simplesmente a uma repetição linear de comportamentos exaustivamente assistidos durante as fases iniciais da vida de uma pessoa. Ou de uma formulação simplista do tipo “pais que fumam criam filhos que fumarão”.

A questão dos modelos familiares é algo mais complexo. Resumidamente falando, pode-se dizer que os modelos não são apenas repetidos, mas continuados. Aquilo que se aprendeu é continuado até que um novo modelo se interponha. Ou seja, a criança continua o que o adulto começou (NCCDPHP 2005).

Um novo modelo poderá advir de várias fontes, como na junção com ou formação de uma nova família, o que agregaria novos valores, ou através de um processo de aprendizado que pode ser o resultado de uma terapia ou tratamento após a notícia de uma doença grave.

A matriz de identidade começa na família, mas não se encerra nela. A mídia, a escola, o trabalho, os amigos, os tratamentos e orientações médicas recebidos ao longo da vida entre tantas outras variáveis vão compondo o que irá ser o modelo de identificação, que se desenvolve e se modifica ao longo da vida, pois este é, ou pelo menos deveria ser, dinâmico. No momento em que um parente, um professor, um amigo ou alguém significativo, ou mesmo instituições como a mídia, a religião, a classe médica ou o governo apresentam algo que pode modificar o significado de um dado comportamento, estará promovendo a modificação e a atualização um modo de encarar e agir diante da vida (WILCOX 2003).

O grupo familiar sempre terá importância sobre a formação de identidade de seus membros, mas será na criança sua maior influência sobre a moldagem do comportamento. A partir da adolescência, o grupo social passa a superar o grupo

familiar em importância para a construção da identidade e as abordagens sobre este grupo são as que se fazem mais contundentes no sentido de produzir os efeitos desejados sobre o comportamento que se pretende trabalhar. E será a partir da idade adulta que características mais individualizadas ou particularizadas para determinado contexto cultural, como o profissional ou religioso, apenas para citar dois exemplos, serão mais importantes no enfoque de prevenção e cessação de comportamentos de risco como o tabagismo.

Assim temos que a força da família para produzir uma mudança também é limitada. E o principal limitador parece ser a fase do ciclo vital em que o fumante e a família se encontram, o que deve ser levando em conta nos desenhos de propostas de saúde pública para a prevenção e cessação do tabagismo.

Para atingir a criança é preciso focar na família. Para atingir os adolescentes é preciso focar nesta, mas também em seu grupo de pares ou nas instituições de relevância social para ele, como a escola, clube ou região de moradia. E finalmente para atingir os adultos, é preciso levar em conta as suas particularidades como as instituições a que pertencem e focar nas características específicas deste grupo social, qual seja, o público feminino, os funcionários de determinada empresa, a mídia, etc.

O que não significa que estas sejam as únicas formas de se acessarem estes grupos, mas pelo menos, parecem ser as mais significativas, pois consideram o momento e o contexto de vida com suas peculiaridades. Assim, o que é preciso para uma informação ser assumida como significativa é que ela venha permeada daquilo que é significativo para aquele indivíduo, que está em um dado estágio do seu ciclo vital e está inserido numa determinada comunidade que possui características sócio-culturais próprias.

Por comunidade entendemos ”o agregado de indivíduos que partilham recursos e um senso comum de identidade, mesmo que eles nem se conheçam” conforme formulado por Darling e Steinberg (1997) citado por WILCOX (2003, p.58). Indivíduos que pertencerem a mais de um grupo ou comunidade, receberão a mensagem em mais de um contexto, o que não prejudica, ao contrário, reforça positivamente o processo de intervenção contra o tabaco (WILCOX 2003).

Assim, a definição e o uso racional destes contextos de pertencimento e estágios de vida do público fumante ou potencialmente fumante parecem ser a perspectiva mais otimista do ponto de vista dos resultados almejados para campanhas de prevenção e cessação do tabagismo. Mais até do que o tipo de abordagem teórica que deveria permeá-las, o que é em si uma vantagem, por torná-las factíveis aos profissionais independentemente das epistemologias que abraçam.

Em resumo, não parece plausível investir numa intervenção do tipo *gold standard*, mas fomentar diferentes veículos de mensagens, que devem se adequar a diferentes faixas etárias e culturas, e que sejam realizáveis por diferentes segmentos da sociedade e não apenas por instituições de saúde pública (ASBRIDGE et al. 2005; NCCDPHP 2005). Até porque, os dados apresentados a seguir mostram a força de uma instituição privada: a família.

2 OBJETIVO

Descobrir e estudar as variáveis que influenciam na manutenção ou extinção do tabagismo entre os fumantes da família dos pacientes com câncer de pulmão e com histórico de tabagismo.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 AMOSTRAS

Os pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão e histórico de tabagismo foram selecionados no cadastro do Departamento de Tórax do Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo - São Paulo - no período entre abril de 2003 e julho de 2005.

3.1.1 Critérios de inclusão para a pesquisa

- 1- Sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos e capazes de compreender e responder ao questionário proposto (**Anexo 1**).
- 2- Doentes com câncer de pulmão, primário ou não, em qualquer estadiamento clínico, e histórico de tabagismo ativo ou passivo, matriculados no Hospital do Câncer A.C. Camargo - SP. Por fumante ativo entendemos apenas o usuário habitual de cigarros de tabaco vendidos no comércio. Por fumante passivo entendemos a pessoa que permanece na presença cotidiana de alguém fumando em ambiente fechado.
- 3- No caso da impossibilidade do próprio paciente responder ou em caso de seu óbito, um de seus familiares maior de 18 anos será entrevistado. Por familiar entendemos as pessoas que compõem a família extensa o que inclui a família atual, de origem, nuclear, substituta ou composta por pessoas que sejam próximas e significativas ao enfermo. A família extensa é aquela que

transcende os aspectos legais ou mesmo os conceitos de consangüinidade e comoradia, incluindo-se os assim ditos agregados.

3.1.2 Critérios de exclusão para a pesquisa

- 1- Pacientes ou familiares que sejam portadores de deficiência mental, auditiva severa, ou outro comprometimento que os impeça de compreender e responder ao questionário proposto.
- 2- Pacientes com câncer de pulmão que não são ou não foram fumantes, ativos ou passivos.
- 3- Pacientes que não apresentarem pelo menos um familiar com histórico de tabagismo, ativo ou passivo.
- 4- Pacientes ou familiares que não remeterem pelo correio o termo de consentimento pós-informado (**Anexo 2**) devidamente preenchido e assinado.
- 5- Pacientes ou familiares que não pudessem ser contatados via telefone, por ser este o formato padronizado para a coleta de dados.

3.2 PROCEDIMENTO

Foram feitos contatos via telefone para a apresentação e explicação da pesquisa, a verificação do preenchimento dos critérios de inclusão e a coleta das respostas para as perguntas do questionário da entrevista dirigida (**Anexo 1**).

O questionário (**Anexo 1**) consta de 60 itens a serem respondidos, dos quais:

- Quatro são dados colhidos diretamente pela entrevistadora nos arquivos do Hospital do Câncer A.C. Camargo, a saber o nome do paciente, seu número de telefone para contato, o diagnóstico do tipo de câncer de pulmão e o respectivo estadiamento clínico.
- Vinte são perguntas sobre as características do paciente, das quais as quatro últimas só poderiam ser respondidas pelo próprio paciente, pois representam sua opinião atual.
- Dezesesseis são perguntas sobre as características do parente entrevistado, que foram respondidas apenas quando o paciente não podia responder à entrevista.
- Dezoito são perguntas sobre as características da família do paciente, que inclui as características do seu acompanhante no tratamento, e que foram respondidas sempre, independentemente de quem respondesse à entrevista.
- Duas últimas questões se referem ao envio do termo de consentimento pós-informado (**Anexo 2**) pelo correio, verificando primeiramente se o entrevistado estava de acordo com o procedimento de envio e por último era obtido o seu endereço completo para o envio.

O tempo utilizado para este procedimento completo variou entre 15 e 50 minutos, lembrando, porém, que uma entrevista pode ser o resultado de mais de um contato telefônico, até que se encontrasse alguém capaz e disponível para responder ao questionário.

No caso dos próprios pacientes não poderem responder à pesquisa por motivo de falecimento ou alguma limitação, o mesmo protocolo foi utilizado com o familiar disponível e capacitado para tal, utilizando-se o respectivo bloco de perguntas (dados

sobre o paciente, dados sobre o entrevistado e dados sobre a família).

Os dados sobre o diagnóstico e o estadiamento clínico do paciente foram coletados em momento posterior, diretamente dos prontuários do SAME (Serviço de Arquivo Médico) do Hospital do Câncer A.C. Camargo pela pesquisadora, com o auxílio e a participação direta do orientador.

Em momento posterior, mas não distante da entrevista, o termo de consentimento pós-informado (**Anexo 2**) foi enviado via correio para o endereço fornecido pelo entrevistado, juntamente com um envelope já selado e preenchido com o endereço da entrevistadora para o retorno do mesmo preenchido e assinado, sem qualquer custo adicional para o entrevistado. Caso este não o remetesse assinado dentro do prazo de 30 dias, era feito um novo contato telefônico e o envio de outro termo de consentimento pós-informado, nas mesmas condições. Este procedimento foi repetido até o máximo de três envios, após o qual era descontinuado o contato e anulada a entrevista pela falta do termo assinado (**Critério de exclusão nº 4**).

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis categóricas foram descritas através da distribuição de frequências.

A quantidade de cigarros consumida e a idade foram representadas através das medidas de tendência central e de variabilidade.

A variável resposta, se há mudança no comportamento de risco, foi apresentada em tabelas de contingência e foi comparada com as variáveis categóricas através do teste de frequência do χ^2 (qui-quadrado) ou exato de Fisher, quando em

tabelas 2x2 pelo menos uma frequência esperada foi menor do que 5.

O teste t de Student foi adotado para comparar as médias de dois grupos e no caso de distribuição não normal o teste U de Mann-Whitney foi aplicado.

O nível de significância de 5% foi adotado para todos os testes estatísticos.

4 RESULTADOS

O questionário aplicado na pesquisa (**Anexo 1**) consta de três blocos de perguntas (paciente, entrevistado e família), que gerou 4 blocos de resultados (paciente, entrevistado, família e acompanhante) de onde:

- O primeiro bloco de resultados apresenta as características do paciente com câncer de pulmão e consta das informações obtidas por:
 - 1) Dados coletados diretamente pela entrevistadora, com o auxílio do orientador, nos prontuários do hospital.
 - 2) Dados de informações gerais que foram respondidos pelo próprio paciente ou por um familiar.
 - 3) Dados respondidos apenas pelo próprio paciente por representarem a sua opinião atual (caso a entrevista fosse respondida por um parente, esta parte era pulada e permanecia em branco).
- O segundo bloco de resultados apresenta as características do parente entrevistado, no caso em que o próprio paciente não pôde responder às perguntas, por motivos variados, incluindo-se o seu óbito (caso a entrevista fosse respondida pelo próprio paciente, este bloco de perguntas era pulado e permanecia em branco).

- O terceiro bloco de respostas apresenta as características da família do paciente com câncer de pulmão e foi respondido na íntegra tanto pelo próprio paciente como pelo parente entrevistado.
- O quarto bloco de respostas apresenta as características da pessoa que acompanhou o paciente em seu tratamento, e se encontra incluído no terceiro bloco de perguntas, sobre o perfil familiar.

Desta forma, a pesquisa trabalhou com um questionário multifatorial que busca ampliar a abrangência de garimpagem das informações sobre as características da população estudada, no intuito de propiciar inferências acerca do tema. Uma consequência direta disso é o fato de nem todas as perguntas apresentarem respostas, o que foi demonstrado nas tabelas a seguir, mostrando para cada dado o respectivo número de respostas obtidas, de acordo com quem respondeu ao questionário.

Outra característica dos resultados obtidos nesta pesquisa foi o baixo rendimento frente à expectativa projetada para um número próximo das duas centenas de entrevistas válidas. Por se tratar de uma pesquisa retroativa via telefone, muitos foram os contratemplos enfrentados, que fugiram ao nosso controle. Além disso, outros fatores agravantes se somaram, como uma greve dos funcionários dos correios e a época de férias e das festas natalinas, que se sobrepuseram ao período de coleta de dados, afetando tanto a fase de contato telefônico quanto a de correspondência escrita.

Outros fatores como o fato da pesquisadora não ser funcionária do Hospital do Câncer e, portanto ser uma pessoa desconhecida para os entrevistados, ou ainda o caso de luto recente do paciente com câncer de pulmão, o que produzia profundo

pesar aos familiares que não queriam falar no assunto, entre outros fatores, corroboraram para um montante de entrevistas aquém do projetado inicialmente.

Com referência a esta questão em específico realizamos consulta ao Centro de Estudos do Hospital do Câncer A. C. Camargo - SP e obtivemos a informação de que o índice de sucesso nos casos de entrevistas por telefone não supera a faixa de 20% a 30% do número esperado, devido às próprias características da relação que se estabelece por este veículo de comunicação, o que já ocorreu anteriormente em outras pesquisas deste mesmo hospital.

Desta forma, do número inicialmente projetado para 200 entrevistas válidas, passamos para um número que deveria se situar entre 40 e 60 entrevistas válidas, o que foi atingido.

Das centenas de ligações telefônicas realizadas no período de coleta de dados, 80 resultaram em uma entrevista. Destas 80 entrevistas inicialmente realizadas, 47 (58,8%) puderam ser incluídas no estudo, de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, descritos no capítulo 3 (**CASUÍSTICA E MÉTODOS**).

Das 33 entrevistas descartadas da pesquisa, 28 entrevistados (84,8%) não remeteram o termo de consentimento assinado, mesmo após insistentes contatos telefônicos ou do reenvio do termo, revelando-se refratários a todas as nossas tentativas de contornar o problema, o que representou severo desfalque na amostragem.

Os motivos das demais exclusões posteriores à fase de coleta de dados foram:

- Duas entrevistas (6,1%) foram excluídas por não terem sido confirmadas como casos de câncer de pulmão.

- Duas entrevistas (6,1%) foram excluídas por ter-se verificado na revisão dos dados de que não havia outro fumante ou ex-fumante, ativo ou passivo, na família do paciente.
- Uma entrevista (3,0%) foi excluída por ter-se verificado na revisão dos dados que o paciente não é nem foi fumante, ativo ou passivo.

4.1 ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

4.1.1 Perfil do paciente com câncer de pulmão

O perfil do paciente com câncer de pulmão estudado na presente pesquisa foi:

Ele está vivo (68,1%) (**Tabela 1**), é do sexo masculino (63,8%), está na faixa dos 70 anos de idade (35 a 89 anos), com escolaridade até o ensino fundamental (51,1%), da religião católica (74,5%), aposentado (53,2%), nascido (68,1%) e residente (97,9%) no estado de São Paulo (**Tabela 2**), com diagnóstico de adenocarcinoma ou carcinoma espinocelular de pulmão (total 74,5%) obtido a partir de 2003 (70,2%), sem metástase (68,3%) (**Tabela 3**), ex-fumante (78,7%), que fumou cerca de 1 maço de cigarros (3 a 80 cigarros) ao dia por mais de 4 décadas (6 a 64 anos), que parou de fumar por motivos de saúde (81,1%), sem nenhum recurso extra (83,8%), há cerca de 5 anos (0 a 59 anos), e hoje acha que o cigarro é ruim (100%) e causa câncer de pulmão (80%) (**Tabela 4**).

Para efeito de apresentação resumida dos resultados, no item “motivo pelo qual parou de fumar” foram somadas as respostas “pelo diagnóstico” e “por motivos de saúde” resultando num item único “por motivo de saúde” por entendermos estarem

ambas as respostas intimamente relacionadas, o mesmo valendo para comparações posteriores. E entendemos como recurso extra para parar de fumar, qualquer recurso que ultrapasse o uso exclusivo da própria força de vontade, como o uso de medicamentos, psicoterapia, terapias de reposição de nicotina, outras terapias alternativas ou mesmo motivação religiosa, entre outras.

Tabela 1 - Distribuição da frequência conforme a pessoa que respondeu às entrevistas

Variável	Frequência	(%)
O próprio paciente	15	31,9
Um parente pela impossibilidade do paciente responder	17	36,2
Um parente devido ao óbito do paciente	15	31,9

Tabela 2 – Características dos 47 pacientes com câncer de pulmão

Variável	Categoria / medidas	Frequência (%) ou medidas
Sexo	masculino	30 (63,8)
	feminino	17 (36,2)
Idade (anos)	variação	35 – 89
	mediana	70,0
	média (desvio padrão)	68,3 (10,9)
Escolaridade	analfabeto	4 (8,5)
	fundamental incompleto	12 (25,6)
	fundamental completo	8 (17,0)
	médio incompleto	2 (4,3)
	médio completo	9 (19,1)
	superior incompleto	3 (6,4)
	superior completo	9 (19,1)
Religião	católico	35 (74,5)
	evangélico	6 (12,8)
	espírita/kardecista	3 (6,4)
	budista	1 (2,1)
	crente	1 (2,1)
	cristão	1 (2,1)
Ocupação	aposentado	25 (53,2)
	do lar	6 (12,8)
	comerciário	5 (10,7)
	pensionista	2 (4,3)
	advogado	2 (4,3)
	estudante	1 (2,1)
	jornalista	1 (2,1)
	técnico petroquímico	1 (2,1)
	cirurgião	1 (2,1)
	encanador	1 (2,1)
	pedreiro	1 (2,1)
	professor	1 (2,1)
Local de nascimento	Portugal	1 (2,1)
	Acre	1 (2,1)
	Bahia	2 (4,3)
	Minas Gerais	3 (6,4)
	Mato Grosso	2 (4,3)
	Pará	1 (2,1)
	Pernambuco	4 (8,5)
	Rio de Janeiro	1 (2,1)
	São Paulo	32 (68,1)
Local de moradia (por ocasião do diagnóstico)	Bahia	1 (2,1)
	São Paulo	46 (97,9)

Tabela 3 – Histórico clínico dos 47 pacientes com câncer de pulmão

Variável	Categoria	Frequência (%)
Diagnóstico	adenocarcinoma	18 (38,3)
	carcinoma espinocelular	17 (36,1)
	carcinoma não pequenas células	5 (10,6)
	tumor carcinóide	2 (4,3)
	metástase pulmonar	2 (4,3)
	carcinoma de pequenas células	2 (4,3)
	ca <i>in situ</i>	1 (2,1)
Ano do diagnóstico	1982	1 (2,1)
	1985	1 (2,1)
	1989	1 (2,1)
	1990	1 (2,1)
	1995	1 (2,1)
	1999	1 (2,1)
	2000	4 (8,5)
	2001	2 (4,3)
	2002	2 (4,3)
	2003	14 (29,8)
	2004	10 (21,3)
	2005	9 (19,2)
Estadiamento clínico	I A	4 (8,5)
	I B	8 (17,0)
	II B	4 (8,5)
	IIIA	6 (12,8)
	IIIB	6 (12,8)
	IV	13 (27,6)
	sem estadiamento	6 (12,8)
Foi operado para retirada do tumor	não	24 (51,1)
	sim	23 (48,9)
Fez quimioterapia	não	23 (48,9)
	sim	24 (51,1)
Fez radioterapia	não	23 (48,9)
	sim	24 (51,1)
Óbito do paciente	não	32 (68,1)
	sim	15 (31,9)

Tabela 4 - Histórico de tabagismo e crenças sobre o cigarro dos pacientes com câncer de pulmão

Variável	Categoria / medidas	Frequência (%) ou medidas
Categoria de fumante do paciente (no momento da entrevista)	nº total de casos	47 (100,0)
	fumante passivo	6 (12,8)
	fumante ativo	4 (8,5)
	ex-fumante	37 (78,7)
Anos de tabagismo (fumantes ativos + ex-fumantes)	nº total de casos	41
	nº de casos sem resposta	1
	nº de casos avaliados	40
	variação em anos	6 – 64
	mediana	45,5
	média (desvio padrão)	42,6 (15,2)
Quantidade de cigarros/dia no último ano	nº de casos avaliados	41
	variação	3 – 80
	mediana	20
	média (desvio padrão)	29,3 (19,7)
Motivo pelo qual parou de fumar	nº total de casos	37 (100,0)
	pelo diagnóstico	16 (43,3)
	saúde	13 (35,1)
	vontade	2 (5,4)
	saúde + histórico familiar	1 (2,7)
	religião	1 (2,7)
	preço	1 (2,7)
	esportes	1 (2,7)
	aposta	1 (2,7)
	não sabe	1 (2,7)
Anos que está sem fumar	nº total de casos	37
	nº de casos sem resposta	2
	nº de casos avaliados	35
	variação em anos	0*- 59
	mediana	5
	média (desvio padrão)	11,9 (14,9)
Recurso que usou para parar de fumar	nº total de casos	37 (100,0)
	nenhum / vontade	31 (83,8)
	medicação	2 (5,4)
	adesivos	1 (2,7)
	balas	1 (2,7)
	motivação religiosa	1 (2,7)
	não informado	1 (2,7)
O cigarro é	nº total de pacientes	15 (100,0)
	ruim	15 (100,0)
	bom	0
O cigarro causa câncer de pulmão	nº total de pacientes	15 (100,0)
	não	2 (13,3)
	sim	12 (80,0)
	não sabe informar	1 (6,7)

(*) 0 significa que o paciente parou de fumar há menos de um ano.

4.1.2 Perfil do parente do paciente com câncer de pulmão que foi entrevistado na impossibilidade deste

O perfil do parente do paciente com câncer de pulmão que respondeu à entrevista na presente pesquisa foi:

É do sexo feminino (84,4%), está na faixa dos 56 anos de idade (19 a 75 anos), é cônjuge ou filho/a do paciente (71,8%), com escolaridade variada, da religião católica (65,6%) (**Tabela 5**), é ou foi fumante ativo (56,3%), com quase três décadas (1 a 50 anos) de tabagismo ativo de cerca de meio maço de cigarros ao dia (2 a 40 cigarros), está há 8 anos (0 a 25 anos) sem fumar, parou sem auxílio de recurso extra (90%), acha que o cigarro é ruim (96,9%), que causa câncer de pulmão (93,7%), mas não tem medo de vir ter câncer de pulmão (53,2%) (**Tabela 6**).

Tabela 5 – Características dos 32 parentes entrevistados.

Variável	Categoria / medidas	Frequência (%) ou medidas
Sexo	feminino	27 (84,4)
	masculino	5 (15,6)
Idade	variação em anos	19 – 75
	mediana	56
	média (desvio padrão)	53,8 (13,9)
Parentesco	cônjuge	12 (37,5)
	filho/a	11 (34,4)
	sobrinho/a	3 (9,3)
	mãe	2 (6,3)
	irmão/irmã	2 (6,3)
	enteado	1 (3,1)
	ex-cônjuge	1 (3,1)
Escolaridade	analfabeto	1 (3,1)
	fundamental incompleto	3 (9,4)
	fundamental completo	9 (28,1)
	médio incompleto	0 (0,0)
	médio completo	7 (21,9)
	superior incompleto	2 (6,2)
	superior completo	10 (31,3)
Religião	agnóstico/não tem	2 (6,3)
	católico	21 (65,6)
	evangélico	2 (6,3)
	espírita/kardecista	6 (18,7)
	crente	1 (3,1)
Ocupação	do lar	11 (34,5)
	aposentado	4 (12,5)
	advogado	2 (6,3)
	enfermagem	2 (6,3)
	comerciário	2 (6,3)
	contabilista	1 (3,1)
	pensionista	1 (3,1)
	agente de viagens	1 (3,1)
	cabeleireiro	1 (3,1)
	consultor de empresas	1 (3,1)
	desempregado	1 (3,1)
	doméstica	1 (3,1)
	instrumentação cirúrgica	1 (3,1)
	marketing	1 (3,1)
	professor	1 (3,1)
	vigia	1 (3,1)

Tabela 6 - Histórico de tabagismo e crenças sobre o cigarro dos parentes entrevistados

Variável	Categoria / medidas	Frequência (%) ou medidas
Categoria de fumante do parente entrevistado (no momento da entrevista)	nº de casos	32 (100,0)
	não fumante	6 (18,7)
	fumante passivo	8 (25,0)
	fumante ativo	8 (25,0)
	ex-fumante	10 (31,3)
Anos de tabagismo (fumantes ativos + ex-fumantes)	nº total de casos	18
	variação em anos	1 – 50
	mediana	28,5
	média (desvio padrão)	27,3 (12,6)
Quantidade de cigarros/dia no último ano	nº de casos avaliados	18
	variação	2 – 40
	mediana	10
	média (desvio padrão)	13,4 (10,6)
Motivo pelo qual parou de fumar	nº total de casos	10 (100,0)
	pelo diagnóstico	2 (20,0)
	parou com o paciente	2 (20,0)
	saúde e preço	1 (10,0)
	saúde e esportes	1 (10,0)
	por causa dos filhos	1 (10,0)
	não era vantagem	1 (10,0)
	para ajudar o paciente	1 (10,0)
	opinião	1 (10,0)
Anos que está sem fumar	nº total de casos	10
	nº de casos sem resposta	1
	nº de casos avaliados	9
	variação em anos	0*- 25
	mediana	8
	média (desvio padrão)	10,8 (8,8)
Recurso que usou para parar de fumar	nº total de casos	10 (100,0)
	nenhum / vontade	9 (90,0)
	motivação religiosa	1 (10,0)
O cigarro é	nº total de parentes	32 (100,0)
	ruim	31 (96,9)
	bom	0
	nenhum dos dois	1 (3,1)
O cigarro causa câncer de pulmão	nº total de parentes	32 (100,0)
	não	0
	sim	30 (93,7)
	não sabe informar	2 (6,3)
Tem medo de vir a ter câncer de pulmão	nº total de parentes	32 (100,0)
	não	17 (53,2)
	sim	13 (40,6)
	não sabe informar	2 (6,2)

(*) 0 significa que o paciente parou de fumar há menos de um ano

4.1.3 Perfil da família do paciente com câncer de pulmão

O perfil da família do paciente com câncer de pulmão estudado na presente pesquisa foi:

A maioria das famílias (80,9%) sabia do diagnóstico de câncer de pulmão do paciente e havia cerca de 3 (1 a 11) pessoas morando na mesma casa, sem outros fumantes dentro de casa (57,4%). Quando havia outro fumante dentro da mesma casa, além do paciente, na maioria das vezes (60%) era cônjuge ou filho/a (**Tabela 7**).

Em 93,6% das famílias há algum membro que fuma e que não mora na mesma casa que o paciente e em quase três quartos das famílias (72,3%) nenhum parente parou de fumar pelo diagnóstico do paciente. Na maioria das famílias em que algum parente parou de fumar, este foi filho/a ou cônjuge (53,8%) (**Tabela 7**).

Metade das famílias estudadas (51,1%) possui histórico de câncer de pulmão, havendo um grande número de casos na mesma geração do paciente (irmãos, primos, cônjuges e cunhados) e três quartos das famílias estudadas (74,5%) têm histórico de outros tipos de câncer na família (**Tabela 7**).

Em cerca de metade das famílias estudadas (55,3%) já teve alguém que morreu por doenças relacionadas ao tabagismo e também em cerca de metade delas (53,2%) houve uma mobilização contra o fumo após o diagnóstico de câncer de pulmão (**Tabela 7**). Por mobilização contra o fumo entendemos quando algum parente ou o próprio paciente propaga aos fumantes da sua família a necessidade de abandonar este vício.

Tabela 7 – Perfil familiar dos 47 pacientes estudados

Variável	Categoria / medidas	Frequência (%) ou medidas
O fato do paciente ter câncer foi tratado abertamente na família	não sim	9 (19,1) 38 (80,9)
Número de pessoas que moram ou moravam com o paciente por ocasião do seu tratamento	variação mediana média (desvio padrão)	1* - 11 3 3,6 (2,1)
Número de fumantes ativos na casa, incluindo o paciente (no momento da entrevista)	nenhum fumante um fumante dois fumantes	27 (57,4) 18 (38,3) 2 (4,3)
Quem fuma na família/em casa (no momento da entrevista)	nº de fumantes ativos filhos cônjuge paciente mãe enteados irmãos filhos + pai	20 (100,0) 7 (35,0) 5 (25,0) 4 (20,0) 1 (5,0) 1 (5,0) 1 (5,0) 1 (5,0)
Há outros fumantes ativos na família extensa/fora de casa ? (no momento da entrevista)	não sim	3 (6,4) 44 (93,6)
Quem fuma na família extensa/fora de casa ?	nº total de casos nº de casos sem resposta nº de casos avaliados filhos irmãos tios genros cunhados pai sobrinhos netos primos vários	44 1 43 (100,0) 9 (20,9) 4 (9,3) 2 (4,7) 2 (4,7) 1 (2,3) 1 (2,3) 1 (2,3) 1 (2,3) 1 (2,3) 1 (2,3) 21 (48,9)
Alguém parou de fumar pelo diagnóstico do paciente ?	não sim	34 (72,3) 13 (27,7)
Quem parou de fumar pelo diagnóstico do paciente ?	nº de casos cônjuge filho cunhada genro irmão sobrinho primo da esposa nora, netas, outros	13 (100,0) 4 (30,7) 3 (23,1) 1 (7,7) 1 (7,7) 1 (7,7) 1 (7,7) 1 (7,7) 1 (7,7)
Há outras pessoas com câncer de pulmão na mesma família ? (vivas ou já falecidas)	nenhum outro caso mais um caso mais dois casos mais três casos	23 (48,9) 21 (44,7) 2 (4,3) 1 (2,1)

Cont/ Tabela 7

Quem teve o outro câncer de pulmão na mesma família ?	nº total de famílias	24
	nº de casos sem resposta	2
	nº de casos avaliados	22 (100,0)
	irmãos	6 (27,3)
	pais	3 (13,7)
	cunhados	3 (13,7)
	avós	1 (4,6)
	filhos	1 (4,6)
	cônjuges	1 (4,6)
	sogros	1 (4,5)
	tio do cônjuge	1 (4,5)
	tio e primo do cônjuge	1 (4,5)
	marido da sobrinha	1 (4,5)
	pai, cônjuge e tia	1 (4,5)
	tio	1 (4,5)
	avô do ex-cônjuge	1 (4,5)
Há outros tipos de câncer na família ? (inclusive extensa)	não	11 (23,4)
	sim	35 (74,5)
	não sabe	1 (2,1)
Alguém morreu em decorrência do fumo na família ? (inclusive extensa)	não	20 (42,6)
	sim	26 (55,3)
	não sabe	1 (2,1)
Houve mobilização contra o fumo na família ? (inclusive extensa)	não	22 (46,8)
	sim	25 (53,2)

(*) 1 significa que o paciente mora ou morava sozinho, o que ocorreu em apenas um caso.

4.1.4 Perfil do acompanhante do paciente com câncer de pulmão em seu tratamento

No intuito de ampliar o leque de informações levantadas sobre o comportamento familiar diante das questões referentes à interface entre o hábito do tabagismo e o câncer de pulmão, pesquisamos também dados referentes a algumas características da pessoa que acompanhou o paciente em seu tratamento.

O perfil do acompanhante do paciente com câncer de pulmão estudado na presente pesquisa foi:

É cônjuge ou filho/a (74,5%), com histórico de tabagismo ativo (55,8%), que fumou por quase três décadas (1 a 55 anos), uma média de 15 cigarros (2 a 40) ao dia

e parou de fumar pelo diagnóstico do paciente (50%) sem o auxílio de recurso extra (100%) (**Tabela 8**).

Tabela 8 – Características de quem acompanhou os pacientes em seu tratamento

Variável	Categoria / medidas	Frequência (%) ou medidas
Quem acompanhou	nº total de casos	47 (100,0)
	filhos	14 (29,8)
	cônjuge	11 (23,5)
	cônjuge + filhos	10 (21,3)
	ninguém	4 (8,5)
	sobrinhos	2 (4,3)
	irmão	1 (2,1)
	filho + irmão	1 (2,1)
	mãe + irmã	1 (2,1)
	prima	1 (2,1)
	cônjuge + irmã + cunhado	1 (2,1)
	ex-cônjuge	1 (2,1)
Categoria de fumante do acompanhante (no momento da entrevista)	nº de acompanhantes	43 (100,0)
	não fumante	14 (32,6)
	fumante passivo	5 (11,6)
	fumante ativo	13 (30,2)
	ex-fumante	11 (25,6)
Anos de tabagismo (fumantes ativos + ex-fumantes)	nº total de casos	24
	nº de casos sem resposta	8
	nº de casos avaliados	16
	variação em anos	1 – 55
	mediana	28,5
	média (desvio padrão)	29,1 (13,7)
Quantidade de cigarros/dia no último ano	nº total de casos	24
	nº de casos sem resposta	8
	nº de casos avaliados	16
	variação	2 – 40
	mediana	15
	média (desvio padrão)	15,1 (10,6)
Motivo pelo qual parou de fumar	nº total de casos	11
	nº de casos sem resposta	1
	nº de casos avaliados	10 (100,0)
	pelo diagnóstico	5 (50,0)
	saúde	3 (30,0)
	adolescência	1 (10,0)
	para dar exemplo	1 (10,0)
Recurso que usou para parar de fumar	nº total de casos	11
	nº de casos sem resposta	2
	nº de casos avaliados	9 (100,0)
	nenhum/ vontade	9 (100,0)

4.2 ASSOCIAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS

4.2.1 Características do paciente com câncer de pulmão em relação aos casos em que houve algum parente que parou de fumar em decorrência do seu diagnóstico

No que diz respeito às características individuais do paciente com câncer de pulmão que possam ter influenciado alguém de sua família a parar de fumar, nenhuma variável demonstrou ser estatisticamente significativa ($p < 0,05$), conforme pode ser observado nas **Tabelas 9, 10 e 11**.

As características dos pacientes do grupo de 13 famílias em que alguém parou de fumar pelo seu diagnóstico é de pacientes do sexo masculino (84,6%), na faixa dos 64 anos de idade (52 a 77 anos), com escolaridade até o ensino médio (61,5%), da religião católica (76,9%), em atividade profissional (61,5%) (**Tabela 9**), com diagnóstico obtido há até 5 anos (84,6%), com metástase (54,5%), não foi operado para a retirada do tumor (61,5%), fez quimioterapia (53,8%) e radioterapia (61,5%) e já faleceu (53,8%) (**Tabela 10**). É ex-fumante (92,3%), que fumou cerca de 2 maços de cigarro (5 a 80 cigarros) ao dia, por mais de 4 décadas (17 a 61 anos), parou de fumar por motivos de saúde (100%), está a cerca de 3 anos (1 a 20 anos) sem fumar e que não utilizou recurso extra para parar de fumar (83,3%) (**Tabela 11**).

Do grupo de 13 famílias em que algum parente do paciente parou de fumar pelo seu diagnóstico, apenas 3 entrevistas foram respondidas pelos próprios pacientes. Logo, nas duas últimas questões deste bloco, que refletem a sua opinião atual, temos apenas 3 respostas, o que invalida completamente do ponto de vista estatístico estes resultados. No entanto, optamos por apresentá-los para dar

continuidade ao perfil de comparação. Destes três entrevistados, a totalidade (100%) acha o cigarro ruim e dois (66,7%) acham que o cigarro causa câncer de pulmão (Tabela 11).

Dois dados não avaliáveis (local de moradia e diagnóstico) foram excluídos da apresentação dos resultados deste item.

Tabela 9 - Características do paciente em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente

Variável	Categorias/medidas	Alguém parou de fumar		p-valor *
		Não n (%)	Sim n (%)	
Sexo	nº total de casos	34 (72,3)	13 (27,7)	0,10 (NS)
	masculino	19 (63,3)	11 (36,7)	
	feminino	15 (88,2)	2 (11,8)	
Idade	nº de casos	34	13	0,16** (NS)
	variação	35 - 89	52 - 77	
	mediana	71,0	64,0	
	média (desvio padrão)	69,7 (11,7)	64,7 (7,8)	
Escolaridade	até ensino médio completo	27 (77,1)	8 (22,9)	0,27 (NS)
	até superior completo	7 (58,3)	5 (41,7)	
Religião	católica	25 (71,4)	10 (28,6)	0,99 (NS)
	outras	9 (75,0)	3 (25,0)	
Ocupação	aposentado / pensionista	22 (81,5)	5 (18,5)	0,19 (NS)
	outras atividades	12 (60,0)	8 (40,0)	
Local de nascimento	São Paulo	26 (81,2)	6 (18,8)	0,08 (NS)
	outras localidades	8 (53,3)	7 (46,7)	

(*) p - valor obtido pelo teste exato de Fisher

(**) p - valor obtido pelo teste t de Student

NS - Não existe diferença estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas

Tabela 10 - Histórico clínico do paciente em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente

Variável	Categorias	Alguém parou de fumar		p-valor *
		Não n (%)	Sim n (%)	
Tempo de diagnóstico	nº total de casos	34 (72,3)	13 (27,7)	0,70 (NS)
	até 5 anos	26 (70,3)	11 (29,7)	
	mais de 5 anos	8 (80,0)	2 (20,0)	
Estadiamento Clínico	nº total de casos	34	13	0,07 (NS)
	nº de casos sem estágio	4	2	
	nº de casos avaliados	30 (73,2)	11 (26,8)	
	sem metástase	23 (82,1)	5 (17,8)	
	com metástase	7 (53,8)	6 (46,2)	
Foi operado para a retirada do tumor	não	16 (66,7)	8 (33,3)	0,37 (NS)
	sim	18 (78,3)	5 (21,7)	
Fez quimioterapia	não	17 (73,9)	6 (26,1)	0,81 (NS)
	sim	17 (70,8)	7 (29,2)	
Fez radioterapia	não	18 (78,3)	5 (21,7)	0,37 (NS)
	sim	16 (66,7)	8 (33,3)	
Óbito do paciente	não	26 (81,2)	6 (18,8)	0,08 (NS)
	sim	8 (53,3)	7 (46,7)	

(*) p - valor obtido pelo teste exato de Fisher

Tabela 11 - Histórico de tabagismo e crenças sobre o cigarro do paciente em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente

Variável	Categorias/medidas	Alguém parou de fumar		p-valor *
		Não n (%) ou medidas	Sim n (%) ou medidas	
Categoria de fumante do paciente	nº total de casos	34 (72,3)	13 (27,7)	0,24 (NS)
	fumante passivo ou ativo	9 (90,0)	1 (10,0)	
	ex-fumante	25 (67,6)	12 (32,4)	
Anos de tabagismo (fumantes ativos + ex-fumantes)	nº total de casos	28	13	0,72** (NS)
	nº de casos sem resposta	1	0	
	nº de casos avaliados	27	13	
	variação em anos	6 - 64	17 - 61	
	mediana	46,0	43,0	
	média (desvio padrão)	42,5 (16,6)	42,6 (12,5)	
Quantidade de cigarros/dia no último ano	nº de casos avaliados	28	13	0,41# (NS)
	variação	3 - 80	5 - 80	
	mediana	20,0	40,0	
	média (desvio padrão)	26,5 (17,0)	35,3 (24,3)	
Motivo pelo qual parou de fumar	nº total de casos	25 (67,6)	12 (32,4)	(NA)
	pelo diagnóstico	8 (50,0)	8 (50,0)	
	saúde	9 (69,2)	4 (30,8)	
	outros	8 (100,0)	0 (0,0)	
Anos que está sem fumar	nº total de casos	25	12	0,46# (NS)
	nº de casos sem resposta	2	0	
	nº de casos avaliados	23	12	
	variação	1 - 59	1 - 20	
	mediana	6,0	3,0	
	média (desvio padrão)	13,9 (17,2)	7,9 (8,5)	
Recurso que usou para parar de fumar	nº total de casos	25 (67,6)	12 (32,4)	0,99 (NS)
	nenhum / vontade	21 (67,7)	10 (32,3)	
	outros	4 (66,7)	2 (33,3)	
O cigarro é	nº total de pacientes	12 (80,0)	3 (20,0)	(NA)
	ruim	12 (80,0)	3 (20,0)	
	bom	0 (0,0)	0 (0,0)	
O cigarro causa câncer de pulmão	nº total de pacientes	12 (80,0)	3 (20,0)	(NA)
	não	1 (50,0)	1 (50,0)	
	sim	10 (83,3)	2 (16,7)	
	não sabe informar	1 (100,0)	0 (0,0)	

(*) p - valor obtido pelo teste do qui-quadrado

(**) p - valor obtido pelo teste t de Student

(#) teste U de Mann-Whitney

4.2.2 Características do parente entrevistado em relação aos casos em que houve alguém na família que parou de fumar em decorrência do diagnóstico de câncer de pulmão do paciente

No que diz respeito às características do parente entrevistado que possam ter influenciado alguém de sua família a parar de fumar dentro da nossa amostragem, apenas uma variável demonstrou ser estatisticamente significativa ($p < 0,05$), conforme pode ser observado nas **Tabelas 12 e 13**. O tempo de abandono do tabagismo pelo parente entrevistado foi significativamente menor no grupo em que algum familiar parou de fumar ($p = 0,01$) (**Tabela 13**).

Do grupo das 13 famílias em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico do paciente, 10 entrevistas foram respondidas por um parente. Destas 10 entrevistas pode-se observar que o entrevistado é na sua maioria uma pessoa do sexo feminino (90%), na faixa dos 54 anos de idade (28 a 74 anos), é cônjuge ou filho/a (80%), com escolaridade até o ensino médio (80%), da religião católica (60%) e está em atividade profissional (90%) (**Tabela 12**). Seis dos dez entrevistados (60%) apresentaram histórico de tabagismo ativo (2 fumantes + 4 ex-fumantes). Eles fumam ou fumaram em média meio maço de cigarros (2 a 20 cigarros) ao dia, por quase 3 décadas (10 a 42 anos) e os que pararam (4) estão sem fumar há cerca de 3 anos (1 a 5). A maioria dos entrevistados não tem medo de vir a ter câncer de pulmão (66,7%) (**Tabela 13**).

Dois dados não avaliáveis (motivo pelo qual parou de fumar e recurso que utilizou para fazê-lo) foram excluídos da apresentação dos resultados deste item.

Tabela 12 - Características do parente entrevistado em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente.

Variável	Categorias/medidas	Alguém parou de fumar		p-valor *
		Não n (%)	Sim n (%)	
Sexo	nº total de casos	22 (68,8)	10 (31,2)	0,99 (NS)
	feminino	18 (66,7)	9 (33,3)	
	masculino	4 (80,0)	1 (20,0)	
Idade	nº de casos	22	10	0,57 ** (NS)
	variação	19 - 75	28 - 74	
	mediana	56,0	54,5	
	média (desvio padrão)	54,6 (13,1)	51,9 (15,9)	
Parentesco	cônjuge / filho/a	15 (65,2)	8 (34,8)	0,68 (NS)
	outros	7 (77,8)	2 (22,2)	
Escolaridade	até ensino médio completo	12 (60,0)	8 (40,0)	0,25 (NS)
	até superior completo	10 (83,3)	2 (16,7)	
Religião	católica	15 (71,4)	6 (28,6)	0,70 (NS)
	outras	7 (63,6)	4 (36,4)	
Ocupação	aposentado/pensionista	4 (80,0)	1 (20,0)	0,99 (NS)
	outras atividades	18 (66,7)	9 (33,3)	

(*) p - valor obtido pelo teste exato de Fisher

(**) p - valor pelo teste t de Student

Tabela 13 - Histórico de tabagismo e crenças sobre o cigarro do parente entrevistado em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente.

Variável	Categorias/medidas	Alguém parou de fumar		p-valor *
		Não n (%) ou medidas	Sim n (%) ou medidas	
Categoria de fumante do parente	nº total de casos	17 (65,4)	9 (34,6)	0,69 (NS)
	fumante passivo ou ativo	11 (68,7)	5 (31,3)	
	ex-fumante	6 (60,0)	4 (40,0)	
Anos de tabagismo (fumantes ativos + ex-fumantes)	nº de casos avaliados	12	6	0,81** (NS)
	variação em anos	1 – 50	10 - 42	
	mediana	28,5	27,5	
	média (desvio padrão)	27,8 (13,0)	26,3 (13,1)	
Quantidade de cigarros/dia no último ano	nº de casos avaliados	12	6	0,60# (NS)
	variação	2 - 40	2 - 20	
	mediana	12,5	10,0	
	média (desvio padrão)	14,7 (11,9)	10,8 (7,9)	
Anos que está sem fumar	nº total de casos	6	4	0,01 **
	nº de casos sem resposta	1	0	
	nº de casos avaliados	5	4	
	variação	8 - 25	1 - 5	
	mediana	15,0	3,0	
	média (desvio padrão)	17,0 (6,7)	3,0 (1,6)	
O cigarro é	nº total de parentes	22 (68,8)	10 (31,2)	(NA)
	ruim	21 (67,7)	10 (32,3)	
	bom	0 (0,0)	0 (0,0)	
	nenhum dos dois	1 (100,0)	0 (0,0)	
O cigarro causa câncer de pulmão	nº total de parentes	22 (68,8)	10 (31,2)	(NA)
	não	0 (0,0)	0 (0,0)	
	sim	21 (70,0)	9 (30,0)	
	não sabe informar	1 (50,0)	1 (50,0)	
Tem medo de vir a ter câncer de pulmão	nº total de parentes	21 (70,0)	9 (30,0)	0,69 (NS)
	não	11 (64,7)	6 (35,3)	
	sim	10 (76,9)	3 (23,1)	

(*) p - valor obtido pelo teste exato de Fisher

(**) p - valor obtido pelo teste t de Student

(#) teste U de Mann-Whitney

4.2.3 Características da família do paciente com câncer de pulmão em relação aos casos em que houve algum parente que parou de fumar em decorrência do seu diagnóstico

No que diz respeito às características da família do paciente com câncer de pulmão que possam ter influenciado algum de seus membros a parar de fumar, dentro da nossa amostragem, nenhuma variável demonstrou ser estatisticamente significativa ($p < 0,05$), conforme pode ser observado na **Tabela 14**.

A maioria das 13 famílias em que alguém parou de fumar (84,6%) sabia do diagnóstico de câncer de pulmão do paciente e havia em média 4 (2 a 8) pessoas morando na mesma casa. Em cerca de metade delas (53,8%) havia um ou mais fumantes morando na mesma casa do paciente por ocasião do seu tratamento, sendo este fumante cônjuge ou filho/a (85,7%). Em 92,3% destas famílias havia outro fumante, só que morando em outra casa. Cerca de metade das famílias (53,8%) apresentavam histórico de outro(s) caso(s) de câncer de pulmão, 66,7% com histórico de outros tipos de câncer na família e 61,5% com histórico de algum parente que morreu por doenças relacionadas ao tabagismo. A mobilização contra o fumo ocorreu somente em cerca de metade destas famílias estudadas (53,8%) (**Tabela 14**).

Dois dados (se alguém parou de fumar pelo diagnóstico do paciente e quem o fez) foram excluídos da apresentação de resultados deste item por comporem a variável utilizada para a comparação.

Tabela 14 – Perfil familiar em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente.

Variável	Categorias/medidas	Alguém parou de fumar		p-valor *
		Não n (%) ou medidas	Sim n (%) ou medidas	
O fato do paciente ter câncer foi tratado abertamente na família	nº total de casos	34 (72,3)	13 (27,7)	0,99 (NS)
	não	7 (77,8)	2 (22,2)	
	sim	27 (71,1)	11 (28,9)	
Nº de pessoas que moram/moravam com paciente por ocasião do seu tratamento	nº de casos avaliados	34	13	0,08# (NS)
	variação	1 – 11	2 – 8	
	mediana	2,5	4	
	média (desvio padrão)	3,4 (2,2)	4,2 (1,9)	
Nº de fumantes ativos na casa, incluindo o paciente	nº de casos avaliados	34 (72,3)	13 (27,7)	0,51 (NS)
	nenhum fumante	21 (77,8)	6 (22,2)	
	um ou mais fumantes	13 (65,0)	7 (35,0)	
Quem fuma na família/ em casa	nº de fumantes ativos	13 (65,0)	7 (35,0)	0,16 (NS)
	filhos ou cônjuge	6 (50,0)	6 (50,0)	
	outros	7 (87,6)	1 (12,4)	
Há outros fumantes na família extensa/fora de casa	nº total de casos	34 (72,3)	13 (27,7)	0,99 (NS)
	não	2 (66,7)	1 (33,3)	
	sim	32 (72,7)	12 (27,3)	
Quem fuma na família extensa/fora de casa	nº total de casos	32	12	(NA)
	nº de casos s/ resposta	1	0	
	nº de casos avaliados	31 (72,1)	12 (27,9)	
	filhos	6 (66,7)	3 (33,3)	
	outra pessoa	7 (53,8)	6 (46,2)	
	várias pessoas	18 (85,7)	3 (14,3)	
Há outras pessoas com câncer de pulmão na mesma família	nº total de famílias	34 (72,3)	13 (27,7)	0,75 (NS)
	nenhum outro caso	16 (69,6)	7 (30,4)	
	um ou mais casos	18 (75,0)	6 (25,0)	
Quem teve o outro câncer de pulmão na mesma família	nº total de famílias	18	6	(NA)
	nº de casos s/ resposta	2	0	
	nº de casos avaliados	16 (72,7)	6 (27,3)	
	irmãos	3 (50,0)	3 (50,0)	
	pais	2 (66,7)	1 (33,3)	
	outros	11 (84,6)	2 (15,4)	
Há outros tipos de câncer na família (inclusive extensa)	nº total de casos	34 (73,9)	12 (26,1)	0,44 (NS)
	não	7 (63,6)	4 (36,4)	
	sim	27 (77,1)	8 (22,9)	
Alguém morreu em decorrência do fumo na família (inclusive extensa)	nº total de casos	33 (71,7)	13 (28,3)	0,75 (NS)
	não	15 (75,0)	5 (25,0)	
	sim	18 (69,2)	8 (30,8)	
Houve mobilização anti- fumo na família (inclusive extensa)	nº total de casos	34 (72,3)	13 (27,7)	0,96 (NS)
	não	16 (72,7)	6 (27,3)	
	sim	18 (72,0)	7 (28,0)	

(*) p-valor obtido pelo teste exato de Fisher

(#) teste U de Mann-Whitney

4.2.4 Características do acompanhante do paciente com câncer de pulmão em seu tratamento, em relação aos casos em que houve algum parente que parou de fumar em decorrência do seu diagnóstico

No que diz respeito às características do acompanhante do paciente com câncer de pulmão em seu tratamento que possam ter influenciado alguém de sua família a parar de fumar, nenhuma variável demonstrou ser estatisticamente significativa ($p < 0,05$), conforme pode ser observado na **Tabela 15**.

O perfil do acompanhante do paciente com câncer de pulmão presente em 12 das 13 famílias (92,3%) em que alguém parou de fumar (pois em uma destas famílias ele não foi acompanhado por ninguém) possui como característica preponderante ser cônjuge ou filho/a (83,3%), com histórico de tabagismo ativo (58,3%), que fumou por mais de 3 décadas (13 a 46 anos), cerca de meio maço de cigarros (4 a 20 cigarros) ao dia (**Tabela 15**).

Dois dados não avaliáveis (motivo pelo qual parou de fumar e recurso que utilizou para fazê-lo) foram excluídos da apresentação dos resultados deste item.

Importante ressaltar que em alguns casos o parente entrevistado foi o acompanhante do paciente em seu tratamento, havendo, portanto uma sobreposição de dados, o que não interferiu no resultado final por se tratarem de avaliações independentes.

Tabela 15 - Características de quem acompanhou o paciente em seu tratamento em relação aos casos em que alguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente.

Variável	Categorias/medidas	Alguém parou de fumar		p-valor *
		Não n (%) ou medidas	Sim n (%) ou medidas	
Quem acompanhou	nº total de casos	34 (72,3)	13 (27,7)	0,99 (NS)
	filhos e/ou cônjuge	25 (71,4)	10 (28,6)	
	outros/ninguém	9 (75,0)	3 (25,0)	
Categoria de fumantes do acompanhante	nº de acompanhantes	31 (72,1)	12 (27,9)	(NA)
	não fumante	11 (78,6)	3 (21,4)	
	fumante passivo	3 (60,0)	2 (40,0)	
	fumante ativo	11 (84,6)	2 (15,4)	
	ex-fumante	6 (54,5)	5 (45,5)	
Anos de tabagismo (fumantes ativos + ex-fumantes)	nº total de casos	17	7	0,61** (NS)
	nº de casos sem resposta	6	2	
	nº de casos avaliados	11	5	
	variação em anos	1 - 55	13 - 46	
	mediana	27,0	31,0	
Quantidade de cigarros/dia no último ano	média (desvio padrão)	28,1 (14,4)	31,2 (13,4)	0,77# (NS)
	nº total de casos	17	7	
	nº de casos sem resposta	6	2	
	nº de casos avaliados	11	5	
	variação	2 - 40	4 - 20	
	mediana	20,0	10,0	
	média (desvio padrão)	16,1 (12,0)	12,8 (7,0)	

(*) p - valor obtido pelo teste exato de Fisher

(**) p - valor obtido pelo teste t de Student

(#) teste U de Mann-Whitney

NA - Não avaliável

4.3 COMPARAÇÃO ENTRE GÊNEROS

Os homens representam cerca de dois terço (63,8%) da amostra total de pacientes, dos quais 93,3% (28 em 30 homens) pararam de fumar. Não há fumantes passivos neste grupo e os 2 casos restantes (6,7%) são pacientes que permanecem fumantes ativos.

As mulheres representam cerca de um terço (36,2%) da amostra total de pacientes, sendo que apenas a metade destas (52,9%) parou de fumar (9 em 17 mulheres). No entanto, é importante ressaltar que das 8 mulheres restantes, 6 (75%) são fumantes passivas. Assim, temos que apenas 2 mulheres (11,8% do total de mulheres da amostra) continuam fumando ativamente, apresentando um valor relativo superior ao obtido para os homens (6,7%).

Dos entrevistados do sexo masculino (5) que responderam às perguntas por óbito ou impossibilidade física do paciente com câncer de pulmão, 60% (3) pararam de fumar, sendo que os outros 40% (2) continuam fumando ativamente.

Já no grupo das mulheres entrevistadas que responderam às perguntas por óbito ou impossibilidade física do paciente com câncer de pulmão (27) a porcentagem das que pararam de fumar cai para 25,9% (7). No entanto, conforme descrito anteriormente, cabe ressaltar que destas 27 entrevistadas 6 (22,2%) não são fumantes, 8 (29,6%) são fumantes passivas e 6 (22,2%) continuam fumando ativamente. Assim, excluindo as mulheres não fumantes e as fumantes passivas do grupo, temos que 53,8% (7 em 13) das entrevistadas do sexo feminino que não são pacientes e eram fumantes pararam de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão do paciente, o que se aproxima do resultado obtido para o grupo dos homens.

No entanto, estes resultados não são estatisticamente significativos.

5 DISCUSSÃO

Considerando-se o fato de que esta pesquisa não pretende esgotar o tema ou se encerrar em si mesma, mas antes sinalizar um direcionamento para abordagens de prevenção e estratégias de cessação do tabagismo, os resultados obtidos apresentam relevância na garimpagem de informações para a confecção de estudos posteriores. Um questionário com 60 perguntas para respostas, na sua maioria, objetivas, foi então desenhado para fornecer um entendimento da questão.

Mesmo assim, vários são os problemas que se apresentaram no transcorrer da mesma, criando rotas de direcionamento das informações obtidas. Como exemplo disso pode ser citado o aspecto fundador da pesquisa que é o próprio fato das pessoas aceitarem ou não participar e remeter o termo de consentimento pós-informado assinado. Este já é em si um viés de amostragem, uma vez que podemos supor a presença de certas características específicas no entrevistado ou até mesmo no grupo familiar envolvido, como a importância atribuída à necessidade de investimento em pesquisa e maior entendimento da doença, a vontade de fazer parte de um processo envolvido com a cessação do tabagismo, a relação de confiança e de proximidade estabelecida com o Hospital do Câncer e seus funcionários, entre outras hipóteses.

A isso, soma-se o fato do entrevistado estar inserido em um contexto freqüentemente muito delicado, por envolver os padecimentos do processo da doença, desde as incertezas frente ao diagnóstico, o desconforto e custo do tratamento e por vezes, o luto da pessoa querida. Cabe lembrar que em quase um terço das famílias entrevistadas (31,9 %) o paciente já havia falecido por ocasião da entrevista (**Tabela**

1). O que sugere a existência de aspectos psicológicos de grande influência sobre o processo estudado e que escapam à análise objetiva dos dados obtidos numa pesquisa quantitativa.

Apesar disto e de outros eventuais fatores psicológicos não avaliados e do fato de contarmos com uma amostragem bastante reduzida frente às nossas expectativas iniciais, obtivemos resultados que, mesmo não se apresentando estatisticamente significativos após o estudo de associação das variáveis, revelaram questões interessantes que descrevemos a seguir.

5.1 COMPARAÇÃO ENTRE OS PERFIS DOS PACIENTES, DOS ENTREVISTADOS E DOS ACOMPANHANTES

O perfil do paciente (47 entrevistas) e do entrevistado (32 entrevistas) no grupo total diferem basicamente por serem de sexos opostos, pelo fato do entrevistado ter menor idade mediana (56 contra 70 anos) (**Tabelas 2 e 5**), ter fumado por menos tempo (28,5 contra 45,5 anos de tabagismo ativo), ter fumado cerca de metade da quantidade de cigarros/dia que o paciente (10 contra 20 cigarros/dia) e está há mais tempo sem fumar (8 contra 5 anos) (**Tabelas 4 e 6**). O que eles têm em comum é o fato de, na maioria dos casos estudados, ambos estarem em casa, ele aposentado e ela em atividades do lar, serem da religião católica (**Tabelas 2 e 5**), terem histórico de tabagismo, além do fato de ambos terem parado de fumar por motivos relacionados à saúde, sem auxílio de qualquer recurso extra para isso (**Tabelas 4 e 6**). Ambos também acham que o cigarro é algo ruim e que causa câncer de pulmão (**Tabelas 4 e 6**).

O acompanhante também apresentou em seu perfil pessoal (**Tabela 8**) o histórico de tabagismo ativo, tendo fumado por tempo similar ao parente entrevistado (28,5 anos) uma quantidade de cigarros por dia intermediária entre a fumada pelo paciente e o parente entrevistado (15 cigarros/dia) e também parou de fumar por motivos relacionados à saúde, sem auxílio de qualquer recurso extra para isso (**Tabelas 4, 6 e 8**).

A comparação entre o perfil destes três personagens da pesquisa não nos leva a assumir quaisquer conclusões específicas no que tange ao objetivo proposto, a não ser pelo fato de que as principais diferenças encontradas entre o perfil do paciente e do parente entrevistado se devem muito possivelmente às diferenças de gênero, onde mulheres tendem a fumar menos do que os homens, pelo menos na faixa geracional englobada pela amostragem obtida.

5.2 COMPARAÇÃO ENTRE OS PERFIS OBTIDOS NA AMOSTRA TOTAL E NA AMOSTRA DE 13 FAMÍLIAS EM QUE ALGUÉM PAROU DE FUMAR

No presente estudo o perfil geral do paciente com câncer de pulmão, conforme descrito anteriormente, praticamente se manteve nas mesmas proporções após a separação do grupo em que alguém parou de fumar na família e não mostrou ser estatisticamente significativo em nenhuma destas variáveis (**Tabelas 9, 10 e 11**).

Dados como se o paciente foi operado para a retirada do tumor, se fez quimioterapia ou radioterapia, curiosamente não se mostraram significativos para a confecção do perfil do paciente estudado (**Tabela 3**), nem mesmo na comparação

entre os dois diferentes grupos de famílias (**Tabela 10**) apresentando uma distribuição bastante homogênea e estável entre as variáveis. O fato sugere que a modalidade de tratamento não apresenta influência significativa sobre a formação de opinião dos envolvidos quanto ao comportamento de risco associado ao câncer de pulmão, pois o tratamento é algo esperado e desejado quando se tem a doença.

Apenas duas características do paciente merecem destaque apesar de também não serem estatisticamente significativas na comparação com o grupo total: o estadiamento clínico ($p=0,07$) e a ocorrência de óbito do paciente ($p=0,08$) (**Tabela 10**). Dos 41 casos com estadiamento, 28 (68,3%) não apresentavam metástase e 13 (31,7%) apresentavam metástase. Dos pacientes sem metástase apenas 17,8% pertencem ao grupo em que algum familiar parou de fumar, contra 46,2% dos pacientes com metástase, o que sugere um impacto que a doença em estágio mais avançado teria no sentido de influenciar a cessação do tabagismo de algum parente. O mesmo pode ser dito em relação aos casos em que ocorreu o óbito do paciente. Na ausência do óbito do paciente, 18,8% dos entrevistados tiveram algum familiar que parou de fumar pelo seu diagnóstico, contra 46,7% nos casos em que o óbito ocorreu.

Estes resultados reforçam a hipótese de que a maior gravidade do caso com todas as consequências que isso traz, tende a produzir um efeito mais consistente na opinião dos fumantes mais próximos no sentido da cessação do tabagismo. Tendência esta que não necessariamente irá se refletir na mesma proporção na população geral, uma vez que o estudo focou-se apenas no ambiente familiar do paciente com câncer de pulmão.

A única variável estatisticamente significativa ($p=0,01$) nesta comparação, foi o tempo de abandono do tabagismo do parente entrevistado, apesar de contar com

uma amostragem muito reduzida (9 casos) (**Tabela 13**). Este resultado representa uma consistência estatística sem maior relevância diante do objetivo do presente estudo.

Por fim, não é demais repetir que a amostragem obtida resultou muito pequena para que se pudessem fazer inferências e identificar variáveis de impacto para a cessação do tabagismo.

5.3 PERFIL FAMILIAR

O fato da maioria (80,9%) das famílias não ocultar a informação da presença do diagnóstico de câncer de pulmão (**Tabela 7**) é de fundamental importância, uma vez que não é possível se verificar o efeito desta informação em outras pessoas da família, se esta mesma família está presa em segredos e mitos como de que o câncer é assunto que deve ser ocultado. Ainda mais em se tratando de um comportamento de risco, como a inalação de fumaça no tabagismo ativo ou passivo, que pode ser determinante para o desenvolvimento de uma série de tipos de câncer, mais especificamente o câncer de pulmão.

A informação ainda é na atualidade a maior das ferramentas de prevenção, principalmente deste tipo de câncer fortemente influenciado por fatores ambientais. A informação além de sabidamente influenciar na busca de diagnóstico, na decisão e na adesão ao tratamento, é também ferramenta na prevenção de uma série de doenças, onde seguramente se inclui o câncer de pulmão.

No entanto, o fato de o caso de câncer de pulmão ter sido tratado abertamente na família não implicou em maior porcentagem de famílias em que ocorreu a

cessação do tabagismo (**Tabela 14**). A cessação ocorreu em pouco mais de um quarto (28,9%) das famílias em que se tratou abertamente sobre o assunto do câncer, valor este muito próximo do valor geral em que alguém parou na amostra toda (27,7%).

Outro dado que não mostrou relevância estatística ($p= 0,08$) foi o número de pessoas que moram ou moravam com o paciente por ocasião de seu tratamento para o câncer de pulmão (**Tabela 14**). No grupo das famílias em que alguém parou de fumar, o número de moradores da mesma casa que o paciente é quase o dobro (4 pessoas ao invés de 2 ou 3). No entanto, este fato poderá ser mais estudado em amostras de maior tamanho, uma vez que parece lógico supor que quanto maior a proximidade física entre os envolvidos, mais vigoroso será o nível de influência recíproca. Quanto mais próximo for o familiar fumante do paciente, mais de perto terá podido vivenciar o leque de sintomas e padecimentos do paciente, o que aumentará as chances de sensibilização deste frente à necessidade de cessar o tabagismo ele também, nem que seja para auxiliar o paciente, como alguns entrevistados referenciaram em suas respostas (**Tabela 6**).

A presença de fumantes dentro da mesma casa (**Tabela 14**) também parece exercer influência na cessação do tabagismo de algum familiar, apesar de não ser estatisticamente significativo ($p= 0,51$). No grupo de famílias em que alguém parou de fumar, a presença de outro fumante dentro da mesma casa representa cerca de metade dos casos (53,8%) contra pouco mais de um terço nas demais famílias (38,2%). Mais frequentemente, quem fuma dentro de casa são filhos ou cônjuges, até porque estes são os parentes mais comumente encontrados em co-moradia. A prevalência destes no grupo em que alguém parou de fumar (85,7%) é quase o dobro

do outro grupo (46,2%), mas ainda assim também não mostrou relevância estatística ($p=0,16$).

Ainda analisando a presença de outros fumantes na família, agora fora da mesma moradia (**Tabela 14**), temos que as proporções entre os dois grupos se mantêm praticamente estáveis, sendo que em ambos a porcentagem de prevalência de fumantes é superior a 90%. Este valor elevado se justifica por estar diretamente relacionado a um dos critérios de exclusão, descrito no capítulo 3 (**CASUÍSTICA E MÉTODOS**), da necessidade de se haver outros fumantes na família extensa. Como o maior número das pessoas de uma mesma família tende a ser encontrada fora da mesma moradia, se justificam os números apresentados acima, no entanto, sem qualquer relevância estatística ($p=0,99$). Em ambos os casos os filhos representam cerca de 20% das pessoas que fumam na família extensa, e o restante está dividindo entre uma ou mais pessoas. O parentesco de quem parou de fumar não mostrou ser um dado relevante.

A presença de outra pessoa que tem ou teve câncer de pulmão na mesma família ocorreu em 24 dos 47 casos estudados (51,1%) (**Tabela 14**). Destas 24, apenas 6 (25%) são do grupo de famílias em que alguém parou de fumar devido ao diagnóstico de câncer de pulmão do paciente atual. A proporção se mantém semelhante se comparada com o grupo em que não havia histórico de outro paciente com câncer de pulmão e alguém da família parou de fumar pelo diagnóstico do paciente atual (30,4%).

A ocorrência de outro tipo de câncer no histórico familiar e assim como da morte de alguém da família por alguma outra moléstia causada ou potencializada pelo tabagismo (**Tabela 14**) também não foram estatisticamente significativas ($p=0,44$ e

$p= 0,75$ respectivamente). Curiosamente os resultados foram no sentido oposto ao esperado, uma vez que, no grupo das famílias em que alguém parou de fumar, em dois terços delas (66,7%) havia outros casos de câncer, contra mais de três quartos (79,4%) nas famílias em que ninguém parou de fumar. A expectativa inicial era de que o resultado fosse invertido pela presença, pelo menos do receio, de uma tendência genética ao problema.

No caso de mortes em decorrência de outras doenças relacionadas ao tabagismo, as porcentagens se aproximam entre os dois grupos, a saber, em 61,5% alguém parou e em 54,5% ninguém parou de fumar pelo diagnóstico de câncer de pulmão.

Outro dado do perfil familiar a não mostrar relevância estatística ($p= 0,96$) foi a organização de uma mobilização contra o fumo na família do paciente com câncer de pulmão (**Tabela 14**). Em ambos os casos a proporção apresentada é de cerca de meio a meio, o que nos parece muito baixa no sentido de a doença constituir por si só um agente de mobilização contra o fumo dentro da família.

5.4 OUTROS DADOS QUE APRESENTAM INTERESSE PARA A DISCUSSÃO

Nem todos os pacientes pararam de fumar por ocasião do seu diagnóstico de câncer de pulmão. Apenas 16 (43,3% dos 37 ex-fumantes) o fizeram. Os outros 21 pacientes pararam por outros motivos ou em outro momento anterior ao diagnóstico.

O mesmo pode ser dito sobre os parentes que foram entrevistados e os acompanhantes dos pacientes em seu tratamento. Dos 10 parentes entrevistados que

eram ex-fumantes por ocasião da entrevista, apenas 2 (20%) pararam de fumar motivados pelo diagnóstico de câncer de pulmão de seu parente. No caso dos acompanhantes este número sobe para 5 (50%) dos 10 ex-fumantes.

A persistência no tabagismo ativo ocorreu em 25% (8 em 32) dos parentes entrevistados e em 8,5% (4 em 47) dos pacientes com câncer de pulmão.

Outra questão que nos chama a atenção é o fato de as perguntas da pesquisa se referirem ao tempo presente e passado da história pessoal e familiar dos entrevistados. No entanto, uma única pergunta sobre um aspecto presente que sugere uma perspectiva futura é aquela direcionada ao parente entrevistado, quando se lhe questiona se ele ou ela tem medo de vir a ter câncer de pulmão (**Tabela 6**). Interessante observar que dos 32 parentes entrevistados apenas 2 (6,2%) não sabem responder a esta questão. O mesmo montante não soube informar se cigarro causa câncer de pulmão (questão imediatamente anterior). Nenhum dos pacientes ou dos parentes entrevistados disse achar que o cigarro é bom (**Tabelas 4 e 6**). Das 47 entrevistas realizadas, apenas em uma (2,1%), respondida por um parente, houve uma resposta dissonante, que foi incluída posteriormente como alternativa: nenhum dos dois. Ou seja, apenas uma pessoa achou que o cigarro não é bom nem ruim.

Então temos que mais da metade (56,3%) dos parentes entrevistados têm histórico de tabagismo ativo, 96,9% acham que o cigarro é ruim, 93,7% acham que o cigarro causa câncer de pulmão, no entanto menos da metade (40,6%) têm medo de vir a ter câncer de pulmão (**Tabela 6**). Estes dados são importantes para entendermos que há algo mais ali do que falta de informação. É preciso entender que nem todas as atitudes que tomamos são motivadas exclusivamente pelo nosso conhecimento

racional a cerca dos fatos. Muitas decisões podem vir a ser mais influenciadas por nossas crenças e mitos e pelo nosso estado emocional do que o oposto.

Esta afirmação é de capital importância do ponto de vista da construção de estratégias para o combate ao tabagismo, uma vez que a maciça maioria das pessoas, mesmo aquelas que são ou foram fumantes, têm a noção clara de que o cigarro é algo ruim e que causa câncer de pulmão. Então as abordagens preventivas ou terapêuticas deverão também se valer de outras estratégias para alcançar os resultados almejados e também para não cair na redundância de fornecer informações já conhecidas pela população, o que, além de não produzir o efeito imediato esperado, ainda podem minar o interesse, fazendo as pessoas acreditarem que não há nada mais que possa ser dito que elas não saibam.

5.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O formato assumido para o presente estudo resultou em algumas limitações que merecem ser destacadas:

- Um número reduzido de amostras válidas, o que influenciou diretamente na possibilidade de se fazerem inferências sobre os resultados obtidos.
- Apenas uma pessoa foi entrevistada por grupo familiar, o que restringiu as respostas à opinião de apenas um elemento daquele sistema, o que pode ter comprometido a fidelidade do resultado obtido.

- O questionário utilizado não proporcionou uma explicitação da identidade do acompanhante do paciente em seu tratamento, o que resultou na sobreposição de algumas informações entre este e o parente entrevistado.
- Quanto ao uso do tabaco, não foram avaliados: o nível de dependência à nicotina (Teste de Fagerström) nos ainda fumantes, as possíveis variações na quantidade de cigarros fumada ao longo dos anos, a presença de tentativas anteriores de cessação do tabagismo, a presença de recaídas após a cessação e a presença de co-dependências (álcool e outras drogas).
- Quanto às características da amostra não foram avaliados: a presença de comorbidades psiquiátricas como depressão ou ansiedade, a etnia dos entrevistados e das famílias como parâmetro de referência cultural, assim como o seu nível sócio-econômico.
- Escassez de informações na literatura científica especificamente sobre o tema focado pelo objetivo da presente pesquisa para dar sustentação aos resultados encontrados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa não tem a pretensão de chegar a uma ou mais conclusões a partir do material estudado, até porque o tamanho da amostra não o permitiria. No entanto, é possível levantarem-se dados e relacionar algumas informações com o intuito único de clarear as questões levantadas e possivelmente nortear estudos posteriores de aprofundamento sobre o mesmo tema.

Dos dados gerais extraídos do contexto global do estudo é possível se dizer que:

- As pessoas que pararam de fumar no presente estudo o fizeram por motivos relacionados à saúde e não utilizaram nenhum recurso médico para isso. Os únicos que fizeram uso destes foram os pacientes, por orientação dos seus médicos. O que nos leva a pensar que muitos podem não considerar o tabagismo como um assunto de ordem médica e acreditam que devam administrá-lo sozinhos. É como se fosse apenas uma questão de hábito e não de saúde.
- As características individuais das pessoas envolvidas no processo não se revelaram significativas no sentido de se promover a cessação do tabagismo em alguém da família. Elas não são promotoras de mudanças, o que por si só não é negativo, pois não limita a intervenção neste sentido, fazendo-a ser alcançável por todos indistintamente.

- Mesmo pessoas fumantes ativas tendem a achar o cigarro ruim e sabem que causa câncer de pulmão. No entanto, estas informações não são suficientes para modificar seu comportamento diante do hábito do tabagismo. É como se elas não gostassem do cigarro, mas gostassem de fumá-lo. Então os parâmetros utilizados para promover a mudança de comportamento não podem se ater exclusivamente ao fornecimento de informações. Há que haver algum tipo de mobilização emocional ou motivacional que se aproxime daquela produzida por situações como o medo de ficar doente ou de morrer.
- Mesmo com diagnóstico de câncer de pulmão, algumas pessoas persistem no hábito do tabagismo o que nos leva a considerar que seu alto poder de produzir dependência química é superior à motivação de buscar a melhoria dos sintomas que doenças relacionadas ao tabagismo podem lhe proporcionar. E, além da dependência química, há que se pesquisar quais outros motivos de ordem emocional podem ser os responsáveis por tamanha aderência ao cigarro mesmo num contexto tão explicitamente adverso como é o caso de um diagnóstico comprovado de câncer de pulmão em si ou em algum familiar próximo.
- Os pacientes com câncer de pulmão ou seus familiares que abandonaram o tabagismo o fizeram, na sua grande maioria, de uma única vez, sem recaídas e sem o auxílio de recursos extras como medicamentos, psicoterapia, terapias de reposição de nicotina ou terapias alternativas.
- A motivação religiosa para parar de fumar foi referida por algumas pessoas em número maior do que daqueles que fizeram uso de algum paliativo para os sintomas da abstinência de nicotina. Isso nos faz pensar que ou a população

desconhece ou não tem acesso a estes recursos que podem custar caro como medicamentos, adesivos, gomas de mascar e psicoterapia; ou ainda que estas pessoas atribuem valor superior a comandos de origem moral ou social, como os provenientes de suas igrejas ou contextos culturais. Isso deve ser considerado como dado para maior aprofundamento.

Por fim, chegamos à conclusão de que, do ponto de vista estatístico, nenhuma das variáveis estudadas apresentou impacto significativo na cessação do tabagismo em algum membro da família dos pacientes com diagnóstico de câncer. Entretanto, o fato do paciente ter diagnóstico de câncer em fase avançada ou mesmo ter morrido em consequência da doença parece exercer influência na cessação do tabagismo em algum familiar.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asbridge M, Tanner J, Wortley S. Ethno-specific patterns of adolescent tobacco use and the mediating role of acculturation, peer smoking, and sibling smoking. **Addiction** 2005; 100:1340-51.

Avenevoli S, Merikangas KR. Familial influences on adolescent smoking. **Addiction** 2003; 98(Suppl 1):1-20.

Bricker JB, Leroux BG, Peterson-JR AV, et al. Nine-year prospective relationship between parental smoking cessation and children's daily smoking. **Addiction** 2003; 98:585-93.

Bricker JB, Rajan KB, Andersen MR, Peterson-JR AV. Does parental smoking cessation encourage their young adult children to quit smoking? A prospective study. **Addiction** 2005; 100:379-86.

Breslau N, Johnson E, Hiripi E, Kessler R. **Dependência de nicotina nos Estados Unidos: prevalência, variações e tendências entre diferentes grupos e persistência de uso.** Disponível em: <URL:http://72.21.62.210/alcooledrogas/atualizacoes/as_221.htm> [2006 jun 28].

Bromen K, Pohlabein H, Jahn I, Ahrens W, Jöckel KH. Aggregation of lung cancer in families: results from population-based case-control study in Germany. **Am J Epidemiol** 2000; 152:497-505.

Brown LM, Gridley G, Diehl SR, et al. Family cancer history and susceptibility to oral carcinoma in Puerto Rico. **Am Cancer Soc** 2001; 92:2102-8.

Campello R. Tabagismo é doença. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2005 jul 28, Suplemento FolhaEquilíbrio, p.3-4.

Chapple A, Ziebland S, Mcpherson A. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. **BMJ** 2004; 328(7454): 1470.

Costa CL, Lourenço MTC, Younes RN. A Cessação do fumo: uma revisão. **Acta Oncol Bras** 2002; 22:285-91.

Doherty W, Whitehead D'A. The social dynamics of cigarette smoking: a family systems perspective. **Family Process** 1986; 25:453-9.

Drobes DJ. **Dependência concomitante de álcool e tabaco: mecanismos e tratamento**. Disponível em: <URL: http://72.21.62.210/alcooledrogas/atualizacoes/ac_117.htm> [2006 fev 02].

Engels RCME, Vitaro F, Blokland EDE, de Kemp R, Scholte RHJ. Influence and selection processes in friendships and adolescent smoking behavior: the role of parent smoking. **J Adolescence** 2004; 531-44.

Etter JF, Prokhorov AV, Perneger TV. Gender differences in the psychological determinants of cigarette smoking. **Addiction** 2002; 97:733-43.

Etzel CJ, Amos CI, Spitz MR. Risk for smoking-related cancer among relatives of lung cancer patients. **Cancer Res** 2003; 63:8531-5.

Fals-Stewart W. Substance abuse and intimate relationships. Alexandria: American Association for Marriage and Family Therapy; 2002. [AAMFT Consumer Update., item #1088]. Available from: <URL:http://www.aamft.org/families/consumer_updates/substanceabuseandintimaterelationships.asp> [2006 march 12].

Figlie NB. **O tratamento da família na dependência química**. Disponível em: <URL:<http://200.152.193.254/novosite/atualizacoes/ac.htm>> [2004 agosto 20].

Fishman AP. **Pulmonary diseases and disorders**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1976. Epidemiology of cancer of the lung; p.1905-12.

Harakeh Z, Scholte RH, Vermulst AA, de Vries H, Engels RCME. Parental factors and adolescents' smoking behavior: an extension of the theory of planned behavior. **Prev Med** 2004; 39:951-61.

Harakeh ZMA, Scholte RHJ, de Vries H, Engels RCME. Parental rules and communication: their association with adolescent smoking. **Addiction** 2005; 100:862-70.

Hochgraf PB, Brasiliano S. **Mulheres farmacodependentes: uma experiência brasileira**. Disponível em: <URL: http://72.21.62.210/alcooledrogas/atualizacoes/ac_128.htm>. Acesso em: [2006 fev 08].

Issa JS. 40% fumam 1º cigarro 5 min após acordar. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 01 jun 2006. Caderno Cotidiano, p.C10.

Jarvis MJ, Feyerabend C, Bryant A, Hedges B, Primatesta P. Passive smoking in the home: plasma cotinine concentration in non-smokers with smoking partners. **Tob Control** 2001; 10: 368-374.

Johnson EO, Chase GA, Breslau N. Persistence of cigarette smoking: familial liability and the role of nicotine dependence. **Addiction** 2002; 97:1063-70.

Kendler KS, Thornton LM, Pedersen NL. Tobacco consumption in swedish twins reared apart and reared together. **Arch Gen Psych** 2000; 57:886-92.

Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, et al. **Investimento no controle do tabagismo entre adolescentes: uma revisão da prevenção e estratégias de controle.**

Disponível em: <URL:http://72.21.62.210/alcooledrogas/atualizacoes/ac_107.htm> [2006 fev 08].

Leshner AI. Nicotine addiction. Washington; National Institute on Drug Abuse; 2001. (Research Report Series NIDA, NIH Publication #01-4342). Available from: <URL:http://teens.drugabuse.gov/drnida/drnida_nic1.asp> [2006 mar 12].

Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, et al. Tabagismo e transtornos psiquiátricos: um estudo de comorbidades/smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. **Braz J Med Biol Res** 2002; 35:961-7.

Lyna P, McBride C, Samsa G, Pollak KI. Exploring the association between perceived risks of smoking and benefits to quitting. Who does not see the link? **Addictive Behaviors** 2002; 27:293-307.

Malbergier A. Tabagismo. **J Bras Dep Quim** 2001; 2(supl 1):47-51.

Mallin R. Smoking cessation: integration of behavioral and drug therapies. **Am Family Physic** 2002; 65:1107-14.

Melvin CL, Sheps CG, Mullen PD, Windsor RA, Whiteside-JR HP, Goldenberg RL. Recommended cessation counseling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. **Tobacco Control** 2000; 9(suppl III):iii80-4.

Mueller MD. Smoking any substance raises risk of lung infections. **NIDA**. [serial online] 2003; 12(1). [01 screens] Available from: <URL: http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol12N1/Smoking.html> [2006 jun 2006].

[NCCDPHP] National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. **Got a minute? Give it to your kid: Appendix B: report-Scientific Foundation for**

Parenting: preventing youth tobacco use and substance abuse. Available from: <URL:<http://www.cdc.gov/tobacco/parenting/appendixB.htm>> [2005 mar 31].

Norcross JC, Prochaska JO. Using the stages of change. **Harv Ment Health Lett** 2002; 18:5-7.

Parks GA, Marlatt GA. Relapse prevention therapy: a cognitive-behavioral approach. **National Psychologist.** [serial online]. 2000; 9(5). Available from: <URL: http://nationalpsychologist.com/articles/art_v9n5_3.htm> [2006 junh 2006]

Patel JD, Bach PB, Kris MG. Lung cancer in US women: a contemporary epidemic. **JAMA** 2004; 291:1763-8.

Pigozzi V. **Cigarro e câncer de pulmão: uma relação muito íntima. O estudo do impacto dos efeitos nocivos do cigarro no comportamento dos demais fumantes da família.** São Paulo; 2003. [Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação *Lato Sensu*-NUFAC/PUCSP].

Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **American Psychologist** 1992; 47:1102-14.

Schenker M, Minayo MCS. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica.** Disponível em: <URL: http://72.21.62.210/alcooledrogas/atualizacoes/as_152.htm> [2006 jun 2006].

Schilling A, Conaway MR, Wingate PJ, et al. Recruiting cancer patients to participate in motivating their relatives to quit smoking. A cancer control study of the cancer and leukemia group B. **Cancer** 1997; 79:152–60.

Scivoletto S, Giusti JS. **Fatores protetores e de risco associados ao uso de drogas na adolescência.** Disponível em: <URL: <http://200.152.193.254/novosite/atualizacoes/ac.htm>> [2004 out 29].

Simons-Morton B, Chen R, Abroms L, Hayne DL. Latent growth curve analyses of peer and parent influences on smoking progression among early adolescents. **Health Psychol** 2004; 23:612-21.

Spigner C, Shigaki A, Tu SP. Perceptions of Asian American men about tobacco cigarette consumption: a social learning theory framework. **J Immigrant Health** 2005; 7:293-303.

Szapocznik J, Hervis O, Schwartz S. **Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse**. Clinical research supporting brief strategic family therapy; [Book online - NIDA NIH publication n° 03-4751]. 2003. Available from: <URL:<http://www.nida.nih.gov/TXManuals/bsft/BSFT7.html>> [2006 junh 2006].

Tiffany ST, Conklin CA, Shiffman S, Clayton RR. What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence? **Addiction** 2004; 99(Suppl 1):78-86.

Viganó R. Dá prazer, vicia e mata. **AB Câncer Rev Assoc Bras Câncer** 2005; 5:16-9.

Vink JM, Willemsen G, Boomsma DI. The association of current smoking behavior with the smoking behavior of parents, siblings, friends and spouses. **Addiction** 2003; 98:823-931.

Whitson HE, Heflin MT, Burchett BM. Patterns and predictors of smoking cessation in an elderly cohort. **J Am Geriatrics Society** 2006; 54:466-71.

Wilcox P. An ecological approach to understanding youth smoking trajectories: problems and prospects. **Addiction** 2003; 98(Suppl 1):57-77.

Williams JS. Women and smoking: sensory factors, attitudes about weight, phase of menstrual cycle all key to quitting. **NIDA**. [serial online] 2003; 17(4). [01 screens] Available from: <URL:http://www.nida.nih.gov/NIDA_notes/NNVol17N4/Women.html> [2006 junh 2006].

Yáñez AM, López R, Serra-Batlles J, Roger N, Arnau A, Roura P. Smoking among adolescents: population study on parental and school influences. **Arch Bronconeumol** 2006; 42:21-4.

Younes RN. **Câncer de pulmão, prevenção, diagnóstico e tratamento: experiência de tratamento 1990-2000 do Hospital do Câncer A.C. Camargo**. São Paulo: MBC; 2001.

Zamboni M. Epidemiologia do câncer de pulmão. **J Pneumol** 2002; 28:1-10.

Zickler P. Nicotine's multiple effects on the brain's reward system drive addiction. **NIDA**. [serial online] 2003; 17(6). [01 screens] Available from: <URL:http://www.nida.nih.gov/NIDA_notes/NNVol17N6/Nicotine.html> [2006 junh 2006].

Anexo 1 – Protocolo de Entrevista

ENTREVISTA Nº: _____

DATA: ____/____/____

Paciente: _____

Tel: _____

RGH: _____

Diagnóstico: _____

Estadiamento: _____

Entrevista respondida por: (1) o próprio paciente
(2) um familiar por impossibilidade do paciente
(3) um familiar por óbito do paciente

Dados sobre o PACIENTE:

Idade (atual ou por ocasião do óbito) _____

Sexo _____

Escolaridade _____

Religião _____

Ocupação _____

Natural de (estado) _____

Mora em (estado) _____

Ano do diagnóstico de câncer de pulmão _____

Foi operado para retirada do câncer? (0) não (1) sim (2) será (3) não sabe

Fez quimioterapia? (0) não (1) sim (2) fará (3) não sabe

Fez radioterapia? (0) não (1) sim (2) fará (3) não sabe

Fuma? (0) nunca fumou (1) foi fumante passivo
(2) sim, desde os ____ anos. Cigarros/dia: ____
(3) parou. Fumou dos ____ aos ____ anos. Cigarros/dia: ____
(4) não sabe

Por que parou? (1) pelo diagnóstico
(2) por outro motivo: _____

Recurso que usou para parar: _____

Há quantos anos está sem fumar _____

O cigarro é (1) bom (2) ruim (3) _____

O câncer é (buscar responder poucas palavras) _____

Acredita que o cigarro causou o câncer de pulmão? (0) não (1) sim (2) não sabe

O que mudou na sua vida após o seu diagnóstico de câncer de pulmão? _____

Caso o paciente não possa responder - Dados sobre o ENTREVISTADO

Nome _____

Grau de parentesco _____

Idade _____

Sexo _____

Escolaridade _____

Religião _____

Ocupação _____

Fuma ? (0) nunca fumou (1) foi fumante passivo
(2) sim, desde os ____ anos. Cigarros/dia: ____
(3) parou. Fumou dos ____ aos ____ anos. Cigarros/dia: ____

Por que parou? (1) pelo diagnóstico
(2) por outro motivo: _____
Recurso que usou para parar: _____
Há quantos anos está sem fumar
O cigarro é (1) bom (2) ruim (3) _____
O câncer é (buscar responder em uma palavra) _____
Tem medo de ter câncer de pulmão? (0) não (1) sim (2) não sabe
Acha que o cigarro causa câncer de pulmão? (0) não (1) sim (2) não sabe
O que mudou na sua vida após o diagnóstico de câncer de pulmão na sua família?

Dados sobre a FAMÍLIA:

O assunto foi tratado abertamente na família? (0) não (1) sim (2) +/-
Quem acompanhou o paciente no tratamento?
Fuma ? (0) nunca fumou (1) foi fumante passivo
(2) sim, desde os ____ anos. Cigarros/dia: ____
(3) parou. Fumou dos ____ aos ____ anos. Cigarros/dia: ____
Por que parou? (1) pelo diagnóstico
(2) por outro motivo: _____
Recurso que usou para parar: _____
Quantas pessoas moram na casa do paciente? (inclusive o paciente)
Quantos destes fumam ou são passivos (especificar quem) (inclusive o paciente)
Há outros fumantes na família extensa?
Quantos e quem são os parentes que pararam de fumar pelo diagnóstico de ca de pulmão?
Outras pessoas com ca de pulmão na família? Quantas e quem são?
Outras pessoas com outros tipos de ca na família? Quantas, quem são e onde era o câncer?
Alguém morreu em decorrência do fumo na família? Quem?
O que mudou na família após o diagnóstico de câncer de pulmão?
Houve uma mobilização anti-fumo na família?

Endereço para envio do termo de consentimento:

Anexo 2 - Termo de consentimento pós-informado (enviado pelo correio)

O cigarro em família: uma aliança posta entre os dedos.

O estudo sobre o efeito do diagnóstico de câncer de pulmão sobre a cessação do tabagismo na família do paciente.

Este é um estudo realizado por Valentina Pigozzi, psicóloga clínica (CRP/SP 48.086-2) e pós-graduanda do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer da Fundação A.C. Camargo/SP e pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia (telefone: 3272-5119). Seu objetivo é estudar as variáveis que determinam a manutenção ou a extinção do tabagismo nas famílias dos pacientes com câncer de pulmão com histórico de tabagismo ativo ou passivo, em qualquer estadiamento clínico.

Todos os dados serão obtidos por coleta direta nos prontuários médicos e por entrevista aplicada pela pesquisadora via telefone ao paciente ou outro familiar que possa responder em seu lugar. A entrevista leva entre 20 e 40 minutos para ser efetuada e não afeta de qualquer maneira o tratamento do paciente. Todas as informações obtidas serão tratadas em confidencialidade (identidade preservada) e os resultados serão analisados e utilizados posteriormente para publicações especializadas do meio científico.

Estas informações possibilitarão um maior entendimento sobre o tabagismo e a sistematização dos esforços direcionados em campanhas para sua evitação e cessação, atuando na prevenção do câncer de pulmão e de outras doenças relacionadas ao fumo. Sua participação neste estudo é voluntária, tendo direito a retirar-se dele a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicar o seu tratamento.

Caso a pesquisadora não tenha fornecido as informações e esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o coordenador do Comitê de Ética do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer da Fundação A.C. Camargo/SP pelo telefone (11)3272-5000 ramais 1113 ou 1117.

Declaro que fui esclarecido sobre os procedimentos, riscos e benefícios deste estudo e que tenho a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízos ao meu tratamento. Estou ciente de que não haverá remuneração financeira e que a minha identidade e a de meus familiares será preservada. Assim, concordo em participar deste estudo.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Nome: _____ Idade: _____

RG nº: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Assinatura