



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



ANA DANIELA SPÍNOLA DA SILVA ANTUNES

**Avaliação das motivações para o consumo de tabaco em
pacientes com câncer de cabeça e pescoço em diferentes
fases do tratamento oncológico.**

Araçatuba – SP
2018

Ana Daniela Spínola da Silva Antunes

**Avaliação das motivações para o consumo de tabaco em
pacientes com câncer de cabeça e pescoço em diferentes
fases do tratamento oncológico.**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos
requisitos para obtenção do título de Graduação em
Odontologia da Faculdade de Odontologia de
Araçatuba – Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho” - UNESP.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Galera Bernabé
Coorientação: Prof. Dr. Glauco Issamu Miyahara

Araçatuba – SP
2018

Dedico este trabalho de conclusão de curso àquela que me fez acreditar que eu seria capaz de entrar, cursar e concluir qualquer curso que eu quisesse. Àquela que sempre me deu apoio e suporte de todas as formas para que isso acontecesse. A minha amada mãezinha, Elzimar Ferreira Spínola que acompanhou, do céu, toda minha luta para a realização deste último trabalho na graduação e me deu forças para seguir. Minha força vem de você, e a vitória é nossa! “Aqueles que nos amam nunca nos deixam realmente. “Podemos sempre encontrá-los, aqui [em nosso coração]!” (Sirius Black – J.K.Rolling)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, Nossa Senhora Aparecida, a todos os mentores espirituais que sempre me acompanham e aos demais seres de luz que me guiam e dão força, tornando possível que eu chegasse até aqui! A todos os irmãos da casa de oração a qual pertenço pelo balsamo de cada semana, em especial **Sandra Anselmo e Vinícius Pinez**.

Agradeço a família **Spínola**, por todo apoio incentivo, alicerce emocional e financeiro, por todas as vezes que compreenderam o fato de eu não poder estar presente em alguma comemoração, ou meus estranhos pedidos de presente como jaleco cirúrgico, calça e sapato brancos, ou instrumentais. Ao meu amado irmão **André Alexander Spínola**, que aguentou o peso dos boletos de materiais com a gente e me proporcionou ir a cursos e congressos. A minha tia e madrinha **Idamar Ferreira Spínola**, por me incentivar a crescer, e me permitir diminuir a carga de trabalho para me dedicar mais a faculdade. As minhas amadas irmãs de alma **Daniela Batista, Ana Paula Tiemi, Juliana Spínola Corassa, Larissa Spínola Fernandes, Bruna Cicerelli Salemme** sem palavras, mas vocês sabem! A amiga amada **Jéssica Blanco**, por absolutamente tudo, todas as madrugadas me ajudando da micro ao tcc, por todo amor, carinho, dedicação, paciência, colo, força, incentivo, apoio emocional e financeiro, por não me deixar desistir indiferente do meu argumento e saber que eu chegaria aqui (esse sonho também é teu, e agradeço por nos duas!). A **Priscila de Paula Silva e o David Gabriel de Paula Segal**, que acabaram de chegar e já fazem diferença, vocês são uma parte que eu nem sabia que me faltava! A minha Sogra **Marilena Milani Rodrigues Antunes**, por me receber em teu lar e me tratar como uma filha. E aos meus pequenos amores **Maria Julia Spínola Fernandes Fossa e Danilo Spínola**, por me ajudarem mais que imaginam, por serem luz e força em mim, hoje, vocês são meu maior motivo para seguir!

A melhor companheira que Deus poderia me dar, **Cláudia Rodrigues Antunes Spínola**, eu agradeço por todo companheirismo, paciência, cuidado, colo, fê, amor, amizade, atenção e compreensão a cada noite mal dormida, por cada compromisso cancelado, pela minha falta de tempo e disponibilidade. Agradeço ainda todo teu sacrifício para me dar a oportunidade de apenas estudar por 2 anos, podendo assim me dedicar a qualificar meu currículo, executar este trabalho entre outros projetos. Obrigada por não só me permitir viver esse sonho, mas por torná-lo teu e vivê-lo ao meu lado. Amo-te de sempre e pra sempre.

A minha família de coração **Juliana Rodrigues de Souza, Daniele Cristina de Oliveira, Tomiko Moronaga, Ana Maria Galdino, César Galdino, Cibele Garcia,**

Danielle Cicerelli Salemme, Pauline Raimundo, Isabela Surita, Ana Carolina Cavazzana, Rosane e Laércio Nardim, Família Teodoro, Karen Isabelle, Jessica Lucas, Raísa Rodrigues, Renata Pereira, Daniele Reis, Mônica Dib, Vanessa Cavalaro, Michele Laurenzano, Wanessa Hellen, Gisamara Barboza, Rafaela Giomo, Mariana Revoredo, Renata Consolaro, Marcelo Marreira, aos afilhados Lorenzo e Kal, e as queridas Maria Angélica e Perfétua Luii, e a Adriana Mazetto (terapeuta e anjo de guarda) por toda ajuda nesta caminhada terrena e por serem abrigo e paz sempre que precisei.

Aos amores de quatro patas: **Pudim, Neguinha, Dara, Pretinha, os filhos: Scott, Thor, Fabrício, Junior, Alina, Luna, Mel, Lisa, Hades e Ares**, e em especial a melhor herança que mamãe poderia deixar, ao meu companheiro **Rei**, por comer meus materiais de estudo e livros, me fazendo rir as 4 da manhã em meio a nomes de nervos, fármaco, lesões ou tabelas de resultados (já é quase um dentista), por secar as lágrimas que ninguém via cair, por ser meu refúgio, a Tatinha te ama. São Francisco seja com vocês sempre!

A todos os professores que passaram pela minha vida nesses longos anos de estudo, em especial: **Maria Aparecida, Lucelena, Ana Maria, Gláucia, Maria Julieta, Junior, Julio, Márcia, Fernando, Beatriz** vocês são parte da base que tenho hoje, e co-responsáveis por cada vitória!

Agradeço a **Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Julio de Mesquita Filho**, em especial ao campus de Presidente Prudente e Araçatuba, por esses 15 anos matriculada (já tenho direito a placa de patrimônio) em uma das melhores instituições de ensino superior do mundo.

Aos professores de outras graduações **José Caetano** (pedagogia) e **Márcia Canhoto** (Educação física), a amizade, o exemplo de profissionalismo e integridade de vocês foram fundamentais e minha vida.

A professora doutora **Cristhiane Amaral**, que me enxergou como dentista quando eu era auxiliar. És um espelho profissional para mim.

A família FOA: aos amigos das **turma XIV e XV**, em especial **Andrea Alves, Cesar Diogo, Gabriela Mioto, Anderson Tero, Ingrid Bragatto, Barbara Curi, Isadora Victorino, Sthaelle Albuquerque, Laísa Chades, Thayane Queioz** e aos amigos **Maryelisa Vicente, Débora Migliorucci, Guilherme Biagi, Laura Fumagalli, Bruna Tatibana, Felipe Yudi, Jessica Figueira, e Saygo Tomo** por todo companheirismo e apoio; As minhas queridas amigas **Tamires Francati, Jéssica Bugiga, Karla Pereira, Paula Bazani** e minha filhote **Daniella Cantiere**, por tornarem o fardo mais leve aqui em “Lost”. Aos irmãos caçulas que a FOA me deu: **Rodrigo Capalbo, Jéssica Enita de Paiva e Karen Rawen e**

suas famílias incríveis, por absolutamente tudo que vivemos, por serem meu porto seguro nesta faculdade, aguentarem meus surtos e me acalmarem (ou surtarem comigo), e por todo acolhimento no meu pior momento. A todos vocês sim, pois sem a amizade de vocês, esses setes anos seriam insuportáveis! Obrigado por poder dividir com vocês todo desespero e conquista, todas as lágrimas e risadas. Da FOA para a vida.

A todos da **Missão Univas 2018**, com quem compartilhei a maior experiência da minha vida, em especial a todos aqueles que ali confiaram a sua saúde ou de seus filhos em minhas mãos. Agradeço aquela turma (que ficou conhecida como a melhor turma da FOA na história da missão) onde encontrei pessoas incríveis e de uma humanidade ímpar, aos amigos **Mayara Rodrigues, Jaqueline Barboza, Verônica Mantovani, Paulo Penitente, Lia Kobayashi, Roberta Kanda, Clara Possarle, Giovani Fernandes, Gleice Ramirez, Wesley Telles, Jessica Paiva, Diego Mardegan, Leonardo Faverani, Cassio Figueiredo e Igor Zen**, obrigado pela parceria e aprendizado, foi tarde nosso “encontro”, mas o mais doce possível, vocês com certeza são de Dourados para a vida! Agradeço ainda ao Padre **Eduardo Lima** e ao diretor Prof. **Wilson Roberto Poi** por nos proporcionarem esta oportunidade.

Agradeço ao professor **Daniel Galera Bernabée Vitor Bonetti Valente** pelo convite para acompanhar as atividades clínicas junto à disciplina de estomatologia, mostrando assim a credibilidade na minha capacidade profissional.

As **turmas 61, 62 e 63** de odontologia da FOA, as quais eu tive a honra de ser monitora, agradeço a oportunidade de crescer e aprender com vocês, a confiança e paciência, junto a vocês eu me descobri como profissional, e sempre os vereis como meus.

Aos queridos mestres **Paulo Roberto Botacin, Marcelle Danelon, Sandra Helena Penha de Oliveira, Doris Hissako Sumida, Cristiane Furuse, Daniel Galera Bernabé, Eder Ricardo Biasoli, Cléa Adas Saliba Garbin, Tânia Adas Saliba, Fernando Chiba, André Pinheiro de Magalhães Bertoz, Ana Paula Farnezzi Bassi, Leonardo Perez Faverani, Letícia Helena Theodoro, Ricardo Coelho Okida, Rogerio de Castilho Jacinto, Aimee Maria Guiotti, Fellippo Ramos Verri, Maria Cristina Rosifini Alves Rezende**, aos Servidores técnicos **Ilídio Teodoro Filho, Adriana de Paula, Jânder de Carvalho Inácio, Dulcinéia Aparecida Teodoro, Gustavo Henrique de Campos, João Rafael Amadeu, Sueli Yamada, Léia Janaína Spínola Santos, Patrick Santos Nogueira da Silva**, e aos pós graduandos **Ingrid Silva, Vitor Bonetti Valente, Daniela Bastos, Jessica Figueira, Saygo Tomo, Luciane Castro, Karina Caiaffa, Emily Silva, e Joana Teodorominha** eterna gratidão, vocês foram exemplos ímpares, fundamentais para o meu desenvolvimento e fizeram total diferença na minha formação profissional e humana. Aos Professores **Maria Cristina**

Rosifini Alves Rezende, Daniel Galera Bernabé, Rogério de Castilho Jacinto, Tânia Adas Saliba e Letícia Helena Theodoro por toda compreensão, preocupação, carinho, afeto e cuidado quando mais precisei vocês souberam ver mais que a aluna, souberam entender e acalentara dor da alma humana.

A todos pacientes que confiaram sua saúde e expectativa a mim nesses 5 anos de clínica na graduação.

Aos membros do Núcleo de pesquisa em psicossomática do qual tenho a honra de fazer parte, aos pacientes, professores e funcionários do Centro de Oncologia Bucal (COB), em especial **Jane Fátima Mendes Fernandes da Silva, Daniene Tesoni Cavassara Ribeiro, Gabrielle Dias Duarte e Regiane Mazzarioli Pereira Nogueira**, não só por me auxiliarem na execução das pesquisas junto ao núcleo, como pela acolhida, amizade, carinho, prestatividade e paciência.

À **Bruna Amélia Sarafim** pela realização deste trabalho, sem teu norte essa pesquisa seria muito mais difícil, mas mais que isso, agradeço pela amizade, confiança, paciência, cuidado, prestatividade e compreensão. Por sempre ter a palavra certa na hora certa. Esta obra é muito tua!

Agradeço a banca examinadora, **Profº Daniel Galera Bernabé, Profª Ana Paula Farnezz Bassi, e a doutoranda Daniela Bastos**, por aceitarem compor a mesa avaliadora contribuindo assim para a melhora deste estudo, e fazendo parte de um momento tão importante em minha vida.

Ao professor **Daniel Galera Bernabé**, por ser o maior orientador que eu poderia ter. Por saber o momento de cobrar, o momento de acalmar, e o momento de falar, e o momento de ouvir. Por toda paciência, compreensão e dedicação. Obrigado por me chamar para fazer estágio quando eu não era da sua ala, sem perguntar de notas ou currículo. Obrigado por me aceitar de volta após meu afastamento, e pela confiança em me oferecer um projeto de extensão “sozinha”, pelo incentivo para todos os trabalhos apresentados, e por acreditar que eu seria capaz de fazer este trabalho tão complicado e lindo. O senhor me fez apaixonar-me por esta área na primeira aula, sua paixão pela estomatologia e por ensiná-la é algo contagiante, e como ouvi de uma amiga um dia, o senhor é inspirador. Que essa chama em lecionar, rara hoje em dia, se mantenha acessa sempre.

E por fim, a eles. Agradeço ao melhor pai, **Durvalino Medrado da Silva**, que eu poderia ter tido, foram apenas quatro anos juntos, mas isso foi o suficiente para eu saber o que era ser amada, cuidada e muito mimada. Obrigado por me olhar daí esse tempo todo, e mais, por ter escolhido a melhor mãe do universo para mim. E àquela a quem mais sou grata em

toda minha vida, minha amada mãezinha **Elzimar Ferreira Spínola**, que quando eu cheguei chorando, aos seis anos de idade, após ouvir de alguém da família que eu não poderia cursar uma universidade coma a UNESP, me olhou nos olhos e disse que eu poderia qualquer coisa que eu quisesse (e acho que as 4 aprovações na UNESP provou isso). Aquela que não teve como pagar um ensino de qualidade, mas me auxiliou e cobrou para que eu fosse a melhor onde eu estava que me apoiou todas as (muitas) vezes que quis mudar de curso, exigindo apenas que eu me mantivesse em uma universidade pública. Obrigada por todos os sacrifícios e por nunca desistir da vida, por mais difícil que ela fosse. Por me incentivar, e acompanhar a cada vestibular e ficar sentadinha do lado de fora, rezando por horas, me esperando acabar a prova (fizesse chuva ou sol). Por vibrar comigo a cada aprovação, e ainda me recepcionar com lindos bilhetes espalhados pela casa dizendo “eu já sabia!”. Por me dar forças a cada prova, a cada trabalho, enxugar minhas lágrimas, e me dizer que eu seria capaz de passar por mais esse obstáculo. Obrigada por acreditar em mim quando ninguém, nem mesmo eu, acreditava, e mais, por me ensinar a acreditar em mim, e nunca desisti. Por me preparar para seguir sem você ao meu alcance. Por ser o maior e mais lindo exemplo de ser humano. Hoje nosso sonho se torna um pouco mais real, e devo isso e tudo que sou, sei, tenho e acredito a senhora. Amo- lhes.

“... A felicidade pode ser encontrada mesmo nas horas mais difíceis, se você lembrar de acender a luz.” (Alvo Dumbledore – J. K. Rowling)

"... Ao ser amado de uma forma tão profunda, mesmo que a pessoa que nos amou já tenha partido, dar-nos-á proteção para sempre."

Alvo Dumbledore (J K Rowling)

SPÍNOLA, A.D.S. Avaliação das motivações para o consumo de tabaco em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em diferentes fases do tratamento oncológico. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

RESUMO

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para o câncer de cabeça e pescoço. Cerca de 90% dos pacientes com carcinoma Espinocelular (CEC) de cabeça e pescoço são tabagistas no momento do diagnóstico da doença. Parte dos pacientes com a doença não abandonam o vício mesmo com o diagnóstico e o tratamento do câncer, o que pode aumentar o risco de recorrência do tumor e influenciar negativamente o tratamento. O objetivo deste estudo foi avaliar as alterações no consumo de tabaco e suas motivações em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP) em diferentes fases do diagnóstico e tratamento oncológico. A amostra do estudo foi composta por 70 pacientes tabagistas com diagnóstico definitivo de CEC de cabeça e pescoço tratados no Centro de Oncologia Bucal (COB) da FOA/UNESP. Todos os pacientes foram submetidos a uma entrevista com um semi-estruturado contendo questões abertas sobre o perfil de início e manutenção do tabagismo, bem como suas motivações. Os dados demográficos e clínico-patológicos foram obtidos dos prontuários clínicos. Os dados descritivos oriundos das perguntas abertas, incluindo as motivações para as alterações no consumo de tabaco foram avaliados por meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os resultados mostraram que 37% dos pacientes com CCP continuaram fumando mesmo após o final do tratamento oncológico. A dependência do tabaco e a necessidade de se acalmar foram os principais fatores relatados pelo paciente como motivação para manter o vício mesmo após diagnóstico e tratamento do câncer. Dentre os pacientes que cessaram ou diminuíram o consumo de tabaco em alguma das fases do diagnóstico ou tratamento oncológico, o medo da recorrência da doença foi o fator determinante para o abandono do vício. Os resultados do presente estudo denotam a necessidade do estabelecimento de estratégias para diagnóstico e suporte à dependência do tabaco durante as diferentes fases do tratamento do câncer de cabeça e pescoço.

Palavras-chave: Carcinoma Espinocelular. Câncer de cabeça e pescoço. Abandono do uso de tabaco. Tabagismo. Motivação.

SPÍNOLA, A.D.S.A **Evaluation of the motivations for smoking in patients with head and neck cancer at different stages of cancer treatment.**2018. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

ABSTRACT

Smoking is the main risk factor for head and neck cancer. Around 90% of patients with head and neck squamous cell carcinoma (SCC) are smokers at the moment of diagnosis. Part of these patients do not abandon the addiction, even with cancer diagnosis and treatment, which might increase the risk of tumor recurrence and influence the treatment negatively. The objective of this study was to evaluate tobacco consumption changes and its motivations in head and neck SCC patients in different phases of diagnosis and oncological treatment. The research included 70 smoker patients with definite diagnosis of head and neck SCC treated at the Centro de Oncologia Bucal – COB (Mouth Oncology Center) at FOA/UNESP. All the patients were submitted to an interview using a semi-structured questionnaire with open questions about their profile and smoking, as well as their motivations. The demographic, clinical, and pathological data was obtained through their clinical charts. The descriptive data from the open questions, including motivation to change tobacco consumption, were evaluated through the Discourse of the Collective Subject Methodology. The results showed that 37% of patients with head and neck SCC continued smoking even after the end of oncological treatment. Tobacco dependence and the need to calm down were the main factors reported by patients as motivation keep addicted after the cancer diagnosis and treatment. Among the patients who stopped or decreased tobacco consumption during any phase of the diagnosis or treatment, the fear of cancer recurrence was paramount to abandon the addiction. The present results show the need to establish diagnosis strategies and support to tobacco dependence during the different stages of head and neck cancer treatment.

Keywords:Carcinoma, squamous cell. Head and neck cancer. Tobacco use cessation. Smoking. Motivation.

LISTA DE ABREVIATURAS

CCP – Câncer de cabeça e pescoço

CEC – Carcinoma Espinocelular

COB – Centro de Oncologia Bucal

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

SCC- Squamous Cell Carcinoma

HNC- Head and neck cancer

Et al. – E outros

FOA- Faculdade de Odontologia de Araçatuba

INCA - Instituto Nacional de Câncer “José Alencar Gomes da Silva”

OMS – Organização Mundial da Saúde

UNESP - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

Lista de tabela

Tabela 1 - Dados demográficos, comportamentais e clinicopatológicos dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço	23
Tabela 2 - Características relacionadas ao início do tabagismo e histórico familiar em pacientes com câncer de cabeça e pescoço	25
Tabela 3 - Respostas dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço quando perguntados “o que buscava sentir ao fumar cigarro? ”	25
Tabela 4 - Alterações do consumo de cigarro durante as diferentes fases do diagnóstico e tratamento oncológico e suas motivações de acordo com a percepção do paciente	34
Tabela 5 - Características dos pacientes após no mínimo 12 meses do final do tratamento	36
Tabela 6 - Motivações reportadas pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço para continuar a fumar	37
Tabela 7 - Motivações reportadas pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço para cessar o tabagismo	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 CAUSUÍSTICA	19
2.01 Comitê de ética	19
2.02 Pacientes	19
2.03 Variáveis do estudo	19
2.04 Avaliação do consumo de cigarros em diferentes fases do tratamento oncológico e suas motivações de acordo com a percepção do paciente	20
2.05 Análise pelo Discurso do sujeito Coletivo	21
3 RESULTADOS	22
3.01 Dados demográficos, comportamentais e clinicopatológicos dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço	24
3.02 Aspectos relacionados ao início e manutenção do tabagismo nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço	23
3.03 Alterações no consumo de cigarro durante as diferentes fases do tratamento oncológico e suas motivações	26
3.3.1. Fase 1. Entre a percepção do primeiro sinal ou sintoma do tumor e a ciência do diagnóstico	26
3.3.2. Fase 2. Entre a ciência do diagnóstico e antes do início do tratamento oncológico.	28
3.3.3. Fase 3. Durante o tratamento oncológico	29
3.3.4. Fase 4. Logo após o final do tratamento oncológico	32
3.3.5. Fase 5. Após 12 meses do final do tratamento oncológico	
3.04 Características dos pacientes que cessaram ou não o consumo de tabaco mesmo após 12 meses do final do tratamento	36
3.05 Motivações dos pacientes que cessaram ou não o consumo de tabaco mesmo após 12 meses do final do tratamento	38
4 DISCUSSÃO	39
5 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
ANEXO A	49

1 INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado ao processo de proliferação descontrolada de células transformadas geneticamente, que desenvolvem a capacidade de invadir órgãos e tecidos, próximos ou à distância (Almeida et al. 2005). Essas neoplasias malignas podem ser originadas por causas internas como fatores genéticos, ou ainda por agentes agressores externos ligados ao meio ambiente ou hábitos de um ambiente social e cultural (INCA 1996). A ocorrência do câncer depende de outros fatores como a incapacidade do organismo de se defender das agressões externas e da intensidade e do tempo de exposição a agentes agressores (INCA 1996). Uma a cada seis mortes no mundo tem como *causa mortis* o câncer, sendo a doença considerada a segunda principal causa de óbito evitável no Brasil e no mundo (Almeida et al. 2005, OMS 2018), e tendo como estimativas nacionais 600 mil novos casos entre 2018 e 2019 (INCA 2018). Cerca de 30% de todos os tipos de câncer são relacionados com o consumo crônico de tabaco. Esta taxa chega a 90% em casos de câncer de pulmão e câncer de cabeça e pescoço (INCA 2016).

O câncer de cabeça e pescoço é o quarto mais frequente no Brasil dentre os tumores que podem acometer ambos os sexos (INCA 2018). O principal tipo histológico do câncer de cabeça e pescoço é o Carcinoma Espinocelular (CEC), que representa cerca de 90% dos casos (Alvarenga et al. 2008, Casati et al. 2012). Visto que os tumores de cabeça e pescoço na maioria das vezes surgem como lesões assintomáticas, que podem inicialmente ser confundidas com lesões benignas, e localizadas em regiões anatômicas de difícil visualização, esse tipo de câncer costuma ter um diagnóstico tardio. Quando a doença é diagnosticada com estadiamento clínico avançado, a resposta ao tratamento é prejudicada e as taxas de sobrevida em cinco anos são de apenas 40% a 50%. (Zender e Petruzzelli 2005).

Os dois principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço são o tabagismo e o alcoolismo (OMS 2008). Embora normalmente o consumo crônico de tabaco seja atrelado ao consumo de álcool, o tabagismo é visto como o principal agente associado ao risco do câncer de cabeça e pescoço. Comparativamente ao consumo de tabaco, o consumo isolado de álcool não apresenta alto poder carcinogênico, exceto em casos de câncer de laringe, em que o alcoolismo em alta intensidade é um fator etiológico relevante quando isolado (Talamini et al. 1998, La Vecchia et al. 1999).

O tabagismo é classificado como uma doença que faz parte do grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (INCA 2006), e é a principal causa evitável de óbito no mundo (OMS 2005). Os fumantes têm maior tendência a portar doenças como isquemia cardíaca, aterosclerose, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisemas, e neoplasias malignas, em relação à população não fumante (Borges et al. 2009). Dollet al. (2004) observaram que o hábito de fumar reduz a expectativa de vida em aproximadamente 10 anos. A dificuldade em abandonar o tabagismo está associada às dificuldades causadas pelos sintomas da abstinência do tabaco, tais como aumento de apetite, ganho de peso, tremores, sudorese, alterações no sono (insônia ou hipersônia) e dificuldade de concentração. Além disso, fatores emocionais e sociais como dificuldade em se relacionar e comunicar, irritabilidade, nervosismo, crises de ansiedade, apatia e depressão são condições que podem estar associadas à manutenção da dependência do tabaco. Apenas 5% a 10% da população tabagista obtêm êxito ao tentar parar de fumar sem auxílio profissional (Cox et al. 2003, Humphris e Rogers 2004, Hortense et al. 2008, Sarafim-Silva et al. 2018).

Estudos mostram que parte dos pacientes oncológicos que são tabagistas não cessam o vício após com a ciência do diagnóstico de câncer (Schnoli et al. 2004, Little et al. 2018). A literatura mostra que continuar fumando aumenta os efeitos colaterais de tratamentos oncológico (Cox 2003) e pode influenciar uma resposta reduzida ao tratamento radioterápico (Browan, 1993). Em contra partida, estudos apontam que abandonar o cigarro proporciona menor risco de progressão ou recidiva da doença, diminui o risco de um segundo tumor primário e pode causar redução na taxa de mortalidade da doença (Browman et al. 1993, Shopland 1995, Adair et al. 2011). Por essas razões, tornam-se imprescindíveis pesquisas que avaliem o perfil de consumo de tabaco durante e após o tratamento do câncer cuja etiologia esteja relacionada a esta dependência química.

O objetivo do presente estudo foi avaliar as alterações no consumo de tabaco e suas motivações em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP) em diferentes fases do diagnóstico e tratamento oncológico

2 CASUÍSTICA

2.01 Comitê de ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA/UNESP (2011-01314). O consentimento informado foi obtido de todos os pacientes. Os participantes não foram pagos pela participação no estudo e todas as informações pessoais de identificação foram removidas do conjunto de dados antes da análise.

2.02 Pacientes

A amostra do estudo foi composta por 70 pacientes matriculados no Centro de Oncologia Bucal (COB) da FOA/UNESP no período de 01/02/2016 a 04/06/2018. Os critérios de inclusão do estudo foram: diagnóstico definitivo de CEC, ser fumante ativo ao perceber o primeiro sinal ou sintoma da doença, ter sido tratado no COB da FOA/UNESP, e ter concluído o tratamento oncológico há no mínimo 12 meses. Foram excluídos da amostra pacientes que apresentavam algum déficit cognitivo que poderia interferir no entendimento e respostas da entrevista.

2.03 Variáveis do estudo

Os dados demográficos, clinicopatológicos e biocomportamentais foram obtidos dos prontuários clínicos arquivados no COB da FOA/UNESP e através da realização de uma entrevista com o paciente. Em relação às variáveis demográficas foram avaliadas: sexo, faixa etária e estado civil. As seguintes variáveis clinicopatológicas foram registradas: sítio do tumor primário, estadiamento clínico, tipo de tratamento oncológico realizado e ocorrência de comorbidades. Os pacientes também foram avaliados quanto ao histórico de consumo de álcool e cigarro. Em

relação ao histórico de consumo de cigarros foram avaliados os seguintes dados: idade, motivo e tipo de cigarro que fumou pela primeira vez, e a presença de familiares com histórico de tabagismo, e o número e o tipo de cigarros consumidos antes, durante e depois do tratamento oncológico. Também foi investigado o que o paciente buscava no cigarro, e a motivação para alterações na intensidade do consumo de tabaco.

2.04 Avaliação do consumo de cigarros em diferentes fases do tratamento oncológico e suas motivações de acordo com a percepção do paciente

Todos os participantes do estudo foram submetidos a uma entrevista com auxílio de um questionário semi-estruturado (anexo A) contendo questões abertas que avaliavam o tipo, a intensidade e a frequência de consumo de cigarros, assim como as motivações para este consumo durante as diferentes fases do tratamento oncológico, de acordo com a percepção do próprio paciente. O questionário foi aplicado de forma individual, em uma sala reservada, onde o participante era estimulado pelo entrevistador a recordar de momentos anteriores ao da entrevista. Durante as entrevistas, as respostas de cada pacientes eram anotadas a caneta no questionário impresso, sendo posteriormente digitadas em uma planilha do *Microsoft Office Excel* 2007 para tabulação. Os 70 questionários encontram-se arquivados junto aos materiais de pesquisas do Núcleo de Pesquisa em Psicossomática vinculado ao COB. Para analisarmos o consumo de cigarro e suas motivações durante e após o tratamento oncológico foram consideradas as seguintes fases: Fase 0 - aquela antes do paciente perceber qualquer sinal ou sintoma da doença; Fase 1 – após o paciente ter percebido o primeiro sinal ou sintoma da doença e antes da ciência do diagnóstico de câncer; Fase 2 - após o paciente ser informado do diagnóstico de câncer e antes de iniciar o tratamento oncológico; Fase 3 –

durante o período de tratamento oncológico; Fase 4 - logo após o final do tratamento oncológico; Fase 5 – após 12 meses o final do tratamento oncológico. De acordo com as alterações no consumo de tabaco os pacientes foram classificados para cada fase avaliada nos seguintes comportamentos: manutenção do número de cigarros consumidos, diminuição ou aumento do consumo diário e cessar totalmente o vício. Os pacientes também foram avaliados em relação à recorrência do consumo de cigarros. As motivações para o início do comportamento tabagista, para se alterar o consumo de tabaco durante as diferentes fases do tratamento oncológico e para a decisão de cessar o vício foram avaliadas por meio de perguntas abertas contidas no questionário semi-estruturado (Anexo A). As respostas referentes às perguntas abertas como “Alguém te influenciou a fumar? Como influenciou?”, “O que você buscava sentir quando estava fumando?”, e “Qual o motivo? (Para alterações na intensidade do consumo de tabaco)” foram avaliadas de acordo com o método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefevre et al. 2009).

2.05 Análise pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

O DSC é um método utilizado para a avaliação de respostas subjetivas. Este método reúne dados qualitativos que são obtidos de depoimentos. O DSC seleciona de cada discurso, ou seja, da manifestação verbal do indivíduo, as ideias centrais, que são trechos mais significativos do depoimento. Após esta seleção o DSC categoriza as ideias centrais em discursos/sínteses que são escritos em primeira pessoa do singular. O principal objetivo deste método é expor o pensamento de uma coletividade. Os dados subjetivos das perguntas da entrevista serão categorizados de acordo com a similaridade das respostas dos pacientes. Ao final, as categorias serão apresentadas em primeira pessoa, bem como a porcentagem obtida destas categorias.

3 RESULTADOS

3.01 Dados demográficos, comportamentais e clinicopatológicos dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço

A amostra foi composta por 70 pacientes com diagnóstico definitivo de Carcinoma Espinocelular (CEC) de cabeça e pescoço (Tabela 1). A maioria dos pacientes eram homens (93%), de meia idade (68,5%) e casados (57%). Quarenta e três pacientes (61,5%) apresentaram estadiamento clínico inicial, ou seja, estadiamentos I e II. Já 38,5% dos pacientes tinham estadiamento clínico avançado (III e IV)(Tabela 1). Em relação ao consumo de bebida alcoólica, 66% dos pacientes eram alcoolistas, 20% eram ex-alcoolistas e 14% eram abstêmios. Dentre os setenta pacientes pertencentes à amostra, quarenta e cinco pacientes (64%) negaram portar qualquer tipo de doença ou alteração sistêmica, enquanto que 26% dos pacientes reportaram hipertensão arterial, 8,5% dos pacientes tinham diabetes mellitus, 6% dos pacientes tinham diagnóstico de desordem psiquiátrica e 8,5% dos pacientes informaram outras doenças (Tabela 1). Em relação à localização do tumor primário, a maioria dos pacientes tinha o tumor em boca (57%), seguido de laringe (21,5%), orofaringe (16%) e faringe (5,5%) (Tabela 1). A cirurgia exclusiva foi o tipo de tratamento proposto para 39% dos pacientes, seguido por cirurgia e radioterapia (30%). Dez pacientes (14%) foram submetidos ao tratamento combinado de cirurgia, quimioterapia e radioterapia, 8,5% dos pacientes foram submetidos à radioterapia exclusiva e 8,5% foram submetidos à quimioterapia e radioterapia concomitantemente (Tabela 1).

Tabela 1. Dados demográficos, comportamentais e clinicopatológicos dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	65 (93,0)
Feminino	5 (7,0)
Faixa Etária	
Jovem (até 45 anos)	1(15,0)
Meia idade (de 45 a 65 anos)	48(68,5)
Idoso (acima de 65 anos)	21(30,0)
Estado Civil	
Casado	40 (57,0)
Solteiro	13 (18,5)
Divorciado	11 (16,0)
Viúvo	6 (8,5)
Sítio do tumor primário	
Boca	40 (57,0)
Laringe	15 (21,5)
Orofaringe	11 (16,0)
Faringe	4 (5,5)
Estadiamento clínico	
Inicial (I/II)	43 (61,5)
Avançado (III/IV)	27 (38,5)
Consumo de álcool	
Sim	46 (66,0)
Não	10 (14,0)
Ex alcoolista	14 (20,0)
Comorbidades	
Sem comorbidades	45 (64,0)
Hipertensão arterial	18 (26,0)
Diabetes Mellitus	6 (8,5)
Ansiedade/depressão	4 (6,0)
Outras doenças	6 (8,5)
Tratamento oncológico	
Cirurgia	27 (39,0)
Cirurgia + radioterapia	21 (30,0)
Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	10 (14,0)
Radioterapia	6 (8,5)
Radioterapia + quimioterapia	6 (8,5)

3.02 Aspectos relacionados ao início e manutenção do tabagismo nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Em relação ao início do tabagismo nos pacientes com câncer, dezenove pacientes (27%) haviam iniciado o consumo na infância, ou seja, na faixa etária entre zero e 12 anos (Tabela 2). Trinta e cinco pacientes (50%) iniciaram o vício na

adolescência (faixa etária dos 13 aos 18 anos) e 23% dos pacientes começaram a fumar na fase adulta (acima dos 18 anos). No primeiro dia que o paciente consumiu o tabaco em sua história de vida a média de cigarros fumados foi 2,7 cigarros. A maioria dos pacientes experimentou pela primeira vez cigarro de papel (67%), enquanto 33% experimentaram cigarro de palha (Tabela 2). As motivações para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço iniciarem o consumo de cigarros foram avaliadas de acordo com o discurso do sujeito coletivo (DSC). De acordo com a análise do DSC, a maioria dos pacientes (67%) iniciou o tabagismo por influência de alguém (amigo ou algum familiar), 27% iniciaram o vício por curiosidade, 4,5% para se acalmar, ou seja, aliviar a ansiedade naquele momento e 1,5 % não soube dizer o motivo de iniciar o vício (Tabela 2). Dos pacientes entrevistados, a maioria (80%) tinha o pai tabagista, trinta pacientes (43%) possuíam tios que consumiam tabaco, vinte e cinco pacientes (36%) relataram que o (a) companheiro (a) era fumante, e vinte e quatro pacientes (34%) que os avós eram tabagistas (Tabela 2). Dentre os pacientes da amostra, dez pacientes (29%) possuíam os filhos tabagistas, dez (14%) reportaram que a mãe era fumante, enquanto cinco (7%) possuíam os netos consumidores de tabaco e apenas um dos pacientes (1,5%) tinha algum primo tabagista. Por fim, seis pacientes (9%) afirmaram que nenhum de seus familiares fez uso de tabaco (Tabela 2).

Tabela 2. Características relacionadas ao início do tabagismo e histórico familiar em pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Variáveis	n (%)
Faixa Etária	
Infância (até 12 anos)	19 (27,0)
Adolescência (de 13 a 18 anos)	35 (50,0)
Adulto (acima de 18 anos)	16 (23,0)
Média de cigarros consumidos no primeiro dia	2,7
Tipo de tabaco consumido	
Cigarro de papel com filtro	47 (67,0)
Cigarro de palha	23 (33,0)
Motivações para o início do tabagismo	
Influência de alguém	47 (67,0)
Curiosidade	19 (27,0)
Acalmar	3 (4,5)
Não soube dizer	1 (1,5)
Familiares tabagistas	
Pai	56 (80,0)
Tios	30 (43,0)
Companheiro (a)	25 (36,0)
Avós	24 (34,0)
Filhos	10 (14,0)
Irmãos	17 (24,0)
Mãe	10 (14,0)
Neto	5 (7,0)
Primos	1 (1,5)
Nenhum	6 (9,0)

Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço também foram perguntados em relação ao que buscavam no cigarro. Os resultados mostraram que trinta e três pacientes (47%) afirmaram buscar alívio, enquanto dezoito pacientes (26%) relataram a busca por prazer (Tabela 3). Nove dos pacientes (13%) não souberam dizer o que buscavam no cigarro, enquanto seis pacientes (8%) reportaram buscar uma distração. Por fim, quatro pacientes (6%) relataram que buscavam no cigarro uma companhia (Tabela 3).

Tabela 3. Respostas dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço quando perguntados “o que busca sentir ao fumar no cigarro?”

Variáveis	n (%)
Alívio	33 (47,0)
Prazer	18 (26,0)
Não soube dizer	9 (13,0)
Distração	6 (8,0)
Companhia	4 (6,0)

3.03 Alterações no consumo de cigarro durante as diferentes fases do tratamento oncológico e suas motivações

Para avaliar a alteração de consumo de cigarros em diferentes momentos do tratamento oncológico, a avaliação foi realizada de acordo com as seguintes fases: Antes da percepção do primeiro sinal ou sintoma (fase 0); Após a percepção do primeiro sinal ou sintoma e antes da ciência do diagnóstico (fase 1); Após o diagnóstico e antes do início do tratamento (fase 2); Durante o tratamento oncológico (fase 3); Logo ao final do tratamento oncológico (fase 4), e no momento atual (passado no mínimo 12 meses do final do tratamento oncológico).

Vale ressaltar que antes da percepção do primeiro sinal ou sintoma do tumor (Fase 0) todos os pacientes eram fumantes e a média de consumo diário era de 29 cigarros (Tabela 4).

3.3.1. Fase 1. Entre a percepção do primeiro sinal ou sintoma do tumor e a ciência do diagnóstico

Após a percepção do primeiro sinal ou sintoma do tumor e antes da ciência do diagnóstico três pacientes (4%) pararam de fumar, enquanto que sessenta e sete pacientes (96%) ainda faziam o uso do cigarro. A média de consumo diário durante esta fase era de 25 cigarros (Tabela 4). Em relação à variação do consumo de cigarros em comparação com a fase 0, um paciente aumentou o consumo tendo como motivação para este aumento o sentimento de raiva em relação ao sinal da doença, de acordo com a análise do DSC. *“Estava ficando rouco e isto me incomodava muito, sentia muita raiva quando tinha que conversar com alguém”*. Nesta fase, treze pacientes (19%) diminuíram o consumo de cigarros. As motivações para a diminuição do consumo foram as seguintes: oito pacientes que diminuíram o

número de cigarros (61%) relataram como motivação a sensação de dor. *“Eu tive que diminuir o consumo de cigarros porque estava sentindo muita dor na boca, quando eu fumava a dor aumentava de intensidade, por isso passei a fumar menos”*. Quatro pacientes (31%) reportaram ter diminuído o consumo por sentir medo. *“Eu passei a fumar menos porque estava com medo do que poderia ser aquilo na minha boca, como não sei o que tenho então achei melhor diminuir o consumo de cigarros, estou com medo disso”*. Por fim, um paciente (8%) reportou que a diminuição do consumo de cigarros foi devido à influência de alguém. *“Me disseram que o que eu tenho na boca pode ser causado pelo cigarro, então achei melhor fumar menos”*. Após perceber o primeiro sinal ou sintoma da doença e antes da ciência do diagnóstico, a maioria dos pacientes (76%) mantiveram a mesma intensidade de consumo de cigarro, ou seja, não alteraram o consumo diário. Destes pacientes, vinte e seis (49%) relataram que não alteraram o consumo de cigarro porque não tinham consciência das consequências do cigarro. *“Eu continuei a fumar como sempre fumei porque não sabia que ele fazia mal, não sabia que o cigarro poderia causar a ferida na boca, para mim não tinha problema continuar fumando”*. Dos três pacientes que haviam parado de fumar (4%) após perceber o primeiro sintoma e antes da ciência do diagnóstico, a motivação para a cessação do tabagismo foi principalmente o medo, reportado por dois pacientes. *“Eu estava com medo daquela ferida na minha boca, além disso, já estava rouco, então achei melhor parar de fumar, porque estava com medo de o cigarro ser o responsável por isso”*. E por fim, um paciente parou de fumar por sentir dor. *“Aquele lesão na minha boca estava doendo muito e quando eu fumava sentia ainda mais dor, então tive que parar de fumar”*.

3.3.2. Fase 2. Entre a ciência do diagnóstico e antes do início do tratamento oncológico.

Após a ciência do diagnóstico e antes do início do tratamento oncológico (fase 2), 75% dos pacientes ainda faziam uso do cigarro, enquanto 25% não fumavam mais. Nesta fase, três dos pacientes da amostra inicial (3,5%) já não fumavam desde a fase anterior. A média de consumo nesse período foi de 18 cigarros por dia (Tabela 4). Após serem informados do diagnóstico de câncer vinte e quatro pacientes (36%) diminuíram o número de cigarros consumidos diariamente. A principal motivação apontada para essa diminuição foi o medo, reportado por 17 pacientes (71%). *“Eu diminui o consumo do cigarro depois que me falaram que eu estava doente, fiquei com medo de fumar muito e isto piorar a doença”*. Quatro pacientes (17%) disseram terem diminuído o consumo de tabaco por orientações médicas. *“Eu diminui o consumo de cigarros porque o médico falou que eu deveria parar de fumar o quanto antes”*. Enquanto dois pacientes (8%) diminuíram a quantidade de cigarros diária por sentir alívio. *“Estava fumando menos porque me sentia mais aliviado, pois agora sabia o que era aquela lesão que tinha na boca”*. Apenas um paciente (4%) não soube dizer por que passou a fumar menos. *“Não sei dizer por que estava fumando menos, não tinha nenhum motivo claro para mim”*. Vinte e dois (33%) dos pacientes mantiveram o consumo de tabaco diário inalterados nesta fase. Os motivos alegados para essa inalteração do consumo diário foram: a dependência do vício, reportada por oito pacientes (36,5%). *“Eu continuava fumando porque era dependente do cigarro, era vício, não conseguia parar”*; e o fato de já estarem portando um câncer (36,5%). *“Eu estava fumando quando me falaram que o câncer podia ser causado pelo cigarro, então já que estava com a doença pensei vou manter meu vício”*. Seis pacientes (27%) não

souberam dizer o porquê não alteraram o consumo de tabaco. *“Não sei dizer por que continuei fumando, não sei”*. Dentre os dezessete pacientes (25%) que cessaram o consumo de tabaco nesta fase, onze pacientes (65%) afirmaram ter parado de fumar por medo. *“Eu deixei o cigarro porque estava com um câncer, eu tinha medo de continuar fumando e a doença piorar”*. Enquanto seis (35%) alegaram ter cessado o consumo por orientação médica. *“Não estava mais fumando porque os médicos me disseram que deveria parar por causa do câncer”*. Quatro pacientes (6%) aumentaram o consumo de tabaco após a ciência do diagnóstico. Para estes pacientes, os principais fatores para aumentarem a intensidade do tabagismo após terem ciência do diagnóstico da doença foram o nervosismo (50%). *“Estava fumando mais ainda, pois me sentia muito nervoso com a espera do tratamento, estava muito nervoso”*; e a preocupação (50%) *“Estava fumando mais, pois me sentia muito preocupado em como seria o tratamento, estava muito preocupado”*.

3.3.3. Fase 3. Durante o tratamento oncológico

Ao iniciar o tratamento oncológico, 50 pacientes (71,5%) ainda fumavam. Entre os que consumiam tabaco a média de cigarros consumidos era de 8 cigarros (Tabela 4). Durante o tratamento oncológico vinte e cinco pacientes (50%) pararam de fumar. Doze pacientes (48%) afirmaram que pararam de fumar por medo. *“Eu deixei de fumar porque estava com medo, estava fazendo um tratamento de uma doença séria, achei melhor não fumar mais”*. Enquanto cinco (20%) cessaram o consumo de tabaco por consequências da cirurgia. *“Eu deixei de fumar por causa das consequências da minha cirurgia, mesmo que quisesse não conseguia mais fumar, não tinha como”*. Quatro pacientes (16%) deixaram o vício por vontade própria *“Eu parei de fumar por opinião, por vontade minha”*; três dos pacientes (12%) pararam de fumar por orientação médica *“Deixei de fumar por causa das orientações*

de meu médico, ele me disse que o cigarro era ruim para o meu tratamento”; e apenas um paciente (4%) relatou ter cessado o uso de tabaco durante o tratamento oncológico por sentir dor. *“Não estava mais conseguindo fumar, todas as vezes que tentava sentia muita dor, então tive que parar”*. Dezenove pacientes com câncer de cabeça e pescoço diminuíram, mas não cessaram o consumo de tabaco durante o tratamento da doença. A maioria destes pacientes (58%) afirmou que diminuíram o consumo diário do tabaco durante o tratamento oncológico por medo. *“Enquanto estava fazendo meu tratamento eu tentei diminuir o consumo do cigarro porque estava com muito medo, medo do tratamento não dar certo, medo de morrer, medo de perder a língua”*. Quatro pacientes (21%) diminuíram o consumo de cigarros nesta fase por dependência. *“Eu busquei diminuir a quantidade de cigarros que costumava fumar, mas por ser dependente dele, ainda fumava, era o vício”*. Enquanto três pacientes reportaram que diminuíram o consumo por estarem em tratamento. *“Eu fumei menos nesta fase porque estava fazendo um tratamento”*. Um paciente (5%) diminuiu o número de cigarros fumados por dia por sentir dor. *“Eu estava sentindo muita dor nessa fase do tratamento e quando fumava a dor era maior, então passei a fumar menos cigarros”*. Durante o tratamento oncológico cinco pacientes (10%) não alteraram o consumo de tabaco sendo que três desses pacientes não souberam dizer o motivo para manter o consumo inalterado. *“Durante o tratamento eu continuei fumando normal, não sei te dizer o porquê disso, não sei”*. Enquanto dois pacientes justificaram que o principal motivo por continuarem a fumar na mesma intensidade foi o estado de ansiedade. *“Durante o tratamento do câncer eu estava muito agitado e ansioso então não consegui parar de fumar, mas também não aumentei, estava fumando a mesma quantidade que fumava antes”*. Apenas um paciente aumentou o consumo de tabaco durante o tratamento oncológico, e

motivação alegada por ele também foi o alto nível de ansiedade. *“Eu passei a fumar mais durante meu tratamento porque estava muito ansioso, precisava fumar”*.

3.3.4. Fase 4. Logo após o final do tratamento oncológico

Logo ao final do tratamento oncológico (fase 4), trinta e um (44%) ainda fumavam. A média de cigarros consumidos por dia logo após o final do tratamento era de 8 cigarros (Tabela 4). Dentre os pacientes que ainda fumavam logo após o tratamento oncológico, oito pacientes (26%) mantiveram o consumo inalterado. A dependência do cigarro foi o motivo apontado por cinco pacientes (62,5%) por não alterarem o consumo. *“Depois que meu tratamento acabou eu continuei fumando a mesma quantidade de antes, era vício, dependência do cigarro”*. Dois pacientes (25%) relataram não alterar o consumo de tabaco por medo. *“Depois que meu tratamento finalizou eu ainda fumava, mas estava com medo da doença voltar então não aumentei o consumo, mantive o mesmo”*. Apenas um (12,5%) não soube dizer o porquê manteve o consumo de tabaco diário sem alteração. *“Não sei te dizer o porquê continuei fumando a mesma quantidade que fumava antes”*. Dos pacientes que ainda fumavam, oito pacientes (26%) diminuíram o consumo de tabaco logo após o final do tratamento oncológico. Entre eles, três pacientes (37,5%) relataram que reduziram o consumo diário por medo. *“Depois que meu tratamento acabou eu ainda estava fumando, porém passei a fumar menos porque tinha medo da doença voltar, estava com medo e por isso estava fumando menos”*. Três pacientes (37,5%) relataram que devido à dependência diminuíram o consumo. *“Nessa fase eu diminuí o consumo de cigarro, mas por causa do vício, da dependência dele não deixei de fumar, mas estava fumando bem menos do que antes”*. Enquanto dois pacientes (25%) afirmaram que foi a vontade própria que os fizeram reduzir a quantidade de cigarros fumados por dia. *“Não teve nenhum motivo aparente para eu ter diminuído*

o consumo, foi por vontade própria, por meu querer que fui diminuindo". Sete pacientes (22%) dos que ainda fumavam aumentaram o consumo de tabaco logo após o final do tratamento oncológico. Cinco destes pacientes (71,5%) reportaram a dependência como motivação para aumentarem o consumo de tabaco. *"Eu aumentei o consumo de cigarro porque estava muito dependente dele, era um viciado em cigarro, depois que meu tratamento acabou eu passei a fumar mais por causa do vício mesmo"*. Enquanto dois pacientes (28,5%) relataram que aumentaram o consumo por nervosismo. *"Passei a fumar mais depois que meu tratamento acabou, pois foi uma fase de muito nervosismo em pensar se a doença iria voltar, a questão financeira estava difícil, estava muito nervoso, então fumei mais"*. Os três pacientes oncológicos que cessaram completamente o consumo de tabaco logo após finalizarem o tratamento oncológico afirmaram que o medo da recorrência do tumor foi a principal motivação para terem parado de fumar. *"Assim que meu tratamento acabou eu deixei de fumar por que estava com muito medo de ter outro câncer, tinha medo de continuar fumando e isso causar outra doença como a que tive"*. Os resultados também mostraram que após finalizarem o tratamento oncológico, cinco pacientes (16%) retornaram a consumir tabaco, sendo que todos eles reportaram a dependência do vício como a principal motivação para a recorrência do consumo de tabaco. *"Depois que meu tratamento acabou eu voltei a fumar porque é meu vício, não consigo ficar sem não. Até tentei, mas a dependência dele não me deixou ficar sem"*.

3.3.5. Fase 5. Após 12 meses do final do tratamento oncológico

Passado no mínimo 12 meses do final do tratamento oncológico, vinte e seis pacientes (37%) fumavam, e quarenta e quatro pacientes (63%) haviam cessado completamente o consumo de cigarros. Os pacientes que ainda eram tabagistas no

momento da entrevista consumiam uma média de 10 cigarros por dia (Tabela 4). Dos pacientes que fumavam no momento da entrevista, quinze (58%) mantiveram o consumo de tabaco inalterado. As principais motivações alegadas pelos pacientes para não terem alterado o consumo de tabaco foram a dependência do cigarro para 40% dos pacientes. *“Depois de um bom tempo que meu tratamento acabou eu ainda fumava a mesma quantidade de cigarro, era meu vício, dependência, não conseguia ficar sem”*. Outro motivo para manter o consumo foi a necessidade de se acalmar, sendo reportada por 40% dos tabagistas. *“Estava fumando porque precisava me acalmar, estava acontecendo tantas coisas na minha vida, estava fumando como fumava antes”*. Três pacientes (20%) não souberam dizer por que não alteraram o consumo de cigarros. *“Não sei te dizer por que estava fumando, não consigo pensar em nada, não sei”*. Dos pacientes que ainda fumavam após pelo menos 12 meses do final do tratamento, oito deles (31%) haviam aumentado o consumo de tabaco. Dos pacientes que aumentaram o consumo de tabaco nesta fase, seis (75%) afirmaram como motivação a dependência do cigarro. *“Nesta fase eu estava fumando mais ainda, aumentei a quantidade, e esse aumento foi por vício e dependência do cigarro”*. Um paciente (12,5%) relatou ter aumentado a quantidade de cigarros para se acalmar. *“Estava fumando mais ainda para tentar me acalmar, precisa me acalmar e o cigarro me ajudava”*. Enquanto outro paciente (12,5%) não soube dizer o motivo do aumento do consumo de tabaco. *“Não sei te dizer não”*. No momento da entrevista, três pacientes (11%) haviam diminuído o consumo de tabaco em relação à fase anterior. Dentre eles, dois pacientes relataram ter diminuído o consumo para se acalmar. *“Eu estava fumando menos e sentia que aquela pouca quantidade me acalma”*. Enquanto um paciente (33%) afirmou ter diminuído a quantidade de cigarros consumidos devido o sentimento de

medo. “Mesmo depois de um tempo que meu tratamento acabou ainda sentia medo da doença voltar, então passei a fumar menos”. Dos pacientes que ainda fumavam logo após o final do tratamento oncológico, dois pacientes pararam de fumar depois de transcorridos no mínimos 12 meses. Ambos pacientes apontaram o medo de recorrência da doença como a motivação para terem cessado o vício. “Eu parei de fumar porque estava com medo da doença retornar, então decidi não fumar mais”. No momento da entrevista, o tempo médio de follow-up dos pacientes era de 3 anos e 8 meses. Já o tempo médio de abstinência do consumo de cigarro pelos pacientes ex-tabagistas foi de 4 anos e 3 meses.

Tabela 4. Alterações do consumo de cigarro durante as diferentes fases do diagnóstico e tratamento oncológico e suas motivações de acordo com a percepção do paciente

Variáveis	n (%)
Antes de o paciente perceber o primeiro sinal ou sintoma do tumor	
Fumante ativo	
Sim	70 (100)
Não	0 (0,0)
Média de consumo por dia	29
Após a percepção do primeiro sinal ou sintoma do tumor e antes da ciência do diagnóstico (fase 1)	
Fumante ativo	
Sim	67 (96,0)
Não	3 (4,0)
Média de consumo por dia	25
Varição do consumo de tabaco com relação à fase anterior	
Manteve inalterado	53 (76,0)
Diminuiu	13 (19,0)
Cessou	3 (4,0)
Aumentou	1 (1,0)
Após a ciência do diagnóstico de câncer e antes do início do tratamento (fase 2)	
Fumante ativo	
Sim	50 (75,0)
Não	17 (25,0)
Média de consumo por dia	18
Varição do consumo de tabaco com relação a fase anterior	
Diminuiu	24 (36,0)
Manteve inalterado	22 (33,0)
Cessou	17 (25,0)

Aumentou	4 (6,0)
Durante o tratamento oncológico (fase 3)	
Fumante ativo	
Sim	50 (71,5)
Não	20 (28,5)
Média de consumo por dia	8
Variação do consumo de tabaco com relação a fase anterior	
Cessou	25 (50,0)
Diminuiu	19 (38,0)
Manteve inalterado	5 (10,0)
Aumentou	1 (2,0)
Logo após o tratamento (fase 4)	
Fumante ativo	
Sim	31 (44,0)
Não	39 (56,0)
Média de consumo por dia	8
Variação do consumo de tabaco com relação a fase anterior	
Manteve inalterado	8 (26,0)
Diminuiu	8 (26,0)
Aumentou	7 (22,0)
Retornou a fumar	5 (16,0)
Cessou	3 (10,0)
Atualmente (no mínimo um ano do final do tratamento oncológico) (fase 5)	
Fumante ativo	
Sim	26 (37,0)
Não	44 (63,0)
Média de consumo por dia	10
Variação do consumo de tabaco com relação a fase anterior	
Manteve inalterado	15 (58,0)
Aumentou	8 (31,0)
Diminuiu	3 (11,0)

3.04 Características dos pacientes que cessaram ou não o consumo de tabaco mesmo após 12 meses do final do tratamento

As características demográficas e clinicopatológicas foram avaliadas nos pacientes que haviam cessado o consumo de tabaco após 12 meses do final do tratamento oncológico (n=44) e nos pacientes que continuaram a fumar após este período (n=26). Os resultados mostram que em ambos os grupos houve um predomínio de pacientes do sexo masculino, casados, que possuíam familiares tabagistas, negavam comorbidades, possuíam a localização inicial do tumor em

boca e o estadiamento clínico inicial (Tabela 5). Dentre os pacientes que ainda mantinham o consumo de tabaco, 70% eram ex-alcoolistas antes de perceber qualquer sinal ou sintoma da doença, quatro pacientes (15%) consumiam álcool e quatro pacientes (15%) não consumiam. Entre os pacientes que haviam cessado o consumo de tabaco no momento da entrevista, 64% eram alcoolistas antes de perceber qualquer sinal ou sintoma da doença, dez pacientes (23%) eram ex-alcoolistas e seis pacientes (13%) não eram consumidores de álcool (Tabela 5). Entre os pacientes que mantiveram o vício mesmo após 12 meses do final do tratamento, a média de cigarros consumidos por dia antes de perceber qualquer sinal ou sintoma da doença, era de 28 cigarros por dia, e a média dos que não fumavam no momento da entrevista era de 30,3 cigarros por dia antes de perceber qual sinal ou sintoma da doença. O início do tabagismo para a maioria dos pacientes em ambos os grupos se deu durante a adolescência, motivados por influência de alguém (Tabela 5).

Tabela 5. Características dos pacientes após no mínimo 12 meses do final do tratamento

Variáveis	Fumavam n (%)	Não Fumavam n (%)
Sexo	24 (92,0)	41 (93,0)
Masculino	2 (8,0)	3 (7,0)
Feminino		
Estado civil		
Casado	17 (65,5)	23 (52,0)
Divorciado	6 (23,0)	5 (11,0)
Solteiro	3 (11,5)	10 (23,0)
Viúvo	0 (0,0)	6 (14,0)
Familiar tabagista		
Sim	25 (96,0)	39 (89,0)
Não	1 (4,0)	5 (11,0)
Alcoolismo		
Sim	4 (15,0)	28 (64,0)
Não	4 (15,0)	6 (13,0)
Ex-alcoolista	18 (70,0)	10 (23,0)
Comorbidades		
Sem comorbidades	18 (70,0)	28 (64,0)
Hipertensão arterial	8 (31,0)	12 (27,0)
Diabetes Mellitus	3 (12,0)	3 (7,0)
Ansiedade/depressão	1 (4,0)	2 (4,5)

Outras comorbidades	0 (0,0)	4 (9,0)
Sítio do tumor primário		
Boca	22 (85,0)	19 (43,0)
Orofaringe	3 (11,0)	11 (25,0)
Laringe	1 (4,0)	10 (23,0)
Faringe	0 (0,0)	4 (9,0)
Estadiamento clínico		
Inicial (I e II)	17 (65,0)	26 (59,0)
Avançado (III e IV)	9 (35,0)	18 (41,0)
Média de cigarros consumidos antes do primeiro sinal ou sintoma	28,0	30,3
Faixa Etária de início de tabagismo		
Infância (até 12 anos)	8 (31,0)	11 (25,0)
Adolescência (de 12 a 18 anos)	14 (54,0)	21 (48,0)
Adulto (acima de 18 anos)	4 (15,0)	12 (27,0)
Motivação para o início do tabagismo		
Influência	19 (43,0)	13 (50,0)
Curiosidade	12 (27,0)	7 (27,0)
Socializar	10 (23,0)	5 (19,2)
Não soube dizer	0 (0,0)	1 (3,8)
Acalmar	3 (3,0)	0 (0,0)

3.05 Motivações dos pacientes que cessaram ou não o consumo de tabaco mesmo após 12 meses do final do tratamento

Dos vinte e seis pacientes que fumavam mesmo transcorridos 12 meses do final do tratamento, doze deles (46%) alegaram que ainda fumavam por dependência do vício. *“Ainda estava fumando porque era dependente do cigarro, era um vício”*. Enquanto os outros nove pacientes (35%) reportaram como principal motivação para continuarem a fumar o fato de precisarem se acalmar (Tabela 6). *“Precisa fumar, o cigarro me acalmava”*. Cinco pacientes (19%) não souberam dizer o porquê ainda fumavam. *“Não sei te dizer, não sei”*.

Tabela 6. Motivações reportadas pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço para continuar a fumar

Variáveis	n (%)
Dependência	12 (46,0)
Acalmar	9 (35,0)
Não soube dizer	5 (19,0)

Dos quarenta e quatro pacientes que não eram fumantes após 12 meses do final do tratamento, vinte e seis (59%) consideraram que o medo foi o principal fator motivador para terem interrompido definitivamente o consumo de cigarros (Tabela 7). *“Deixei de fumar por que sentia muito medo da doença retornar, sentia medo de ter outro câncer”*. Nove pacientes (20,5%) relataram ter deixado o tabagismo por consequência da cirurgia (Tabela 7). *“Só deixei de fumar porque não tinha mais como, por causa da minha cirurgia não conseguia mais fumar”*. Cinco pacientes (11,5%) apontaram a motivação para ter cessado o tabagismo ao fato de terem sido influenciados por alguém (Tabela 7), sendo três por orientação médica *“Parei de fumar porque meu médico me aconselhou”*; e um influenciado por pedido familiar. *“Acabei deixando de fumar por que minha família me pediu para não fumar mais, foi por causa deles que parei”*. Enquanto quatro pacientes (9,0%) afirmaram ter cessado o consumo por sentir nojo do cigarro (Tabela 7). *“Deixei de fumar porque estava sentindo nojo do cigarro, nojo do cheiro dele, não conseguia mais fumar”*.

Tabela7. Motivações reportadas pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço para cessar o tabagismo

Variáveis	n (%)
Medo	26 (59,0)
Consequência da cirurgia	9 (20,5)
Influência de alguém	5 (11,5)
Sentir nojo	4 (9,0)

4 DISCUSSÃO

Sabe-se que o uso de tabaco é um dos principais fatores de risco etiológico para o CCP. Neste estudo pode-se verificar que uma parcela importante dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço continuam fumando mesmo após o diagnóstico ou tratamento. Quando os pacientes foram avaliados quanto ao perfil de consumo de cigarros durante as diferentes fases do atendimento oncológico, 71,5% dos pacientes ainda fumavam quando iniciaram o primeiro tratamento para o câncer. Este mesmo comportamento de manutenção do vício em tabaco em pacientes oncológicos foi observado em uma pesquisa realizada com pacientes tratados em um centro oncológico norte americano, mostra que de um total de 631 pacientes oncológicos, 314 eram tabagistas. Dentre esses pacientes fumantes, 112 mantiveram o consumo de tabaco mesmo após receberem o diagnóstico de câncer (Little et al. 2018). Outro estudo feito em pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior (CCP), observou que um terço dos pacientes que fumavam antes do diagnóstico de câncer, continuavam a fumar mesmo após dois anos e meio do tratamento oncológico finalizado (Spitz et al. 1990).

Após finalização do tratamento oncológico 37% dos pacientes participantes deste estudo ainda fumavam e mesmo após 1 ano de follow-up da doença mais de um terço da amostra ainda consumia tabaco. O tabagismo aumenta a possibilidade de comorbidades cardiorrespiratórias o que pode atrasar e limitar a realização do tratamento cirúrgico (Yancik et al. 2001; Browman et al. 2002; Tammemagi et al. 2004). Browman et al. (2002) avaliaram a influência do tabagismo na eficácia da radioterapia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Os resultados mostram que fumar durante o tratamento radioterápico faz com que os pacientes tenham uma resposta reduzida à radioterapia.

A manutenção do tabagismo não acarreta apenas dificuldades no tratamento oncológico, mas também está diretamente relacionada com um aumento dos efeitos adversos do tratamento quimioterápico ou radioterápico, aumentando o risco de recidivas da doença. A manutenção do tabagismo após o diagnóstico ou tratamento do câncer pode também induzir o surgimento de segundo tumor primário, e ainda é relacionado com alta taxa de mortalidade de pacientes oncológicos (Browman et al 1993, Shopland 1995, Cox 2003, Adair et al. 2011).

Dos pacientes que mantiveram o consumo de tabaco neste estudo, 65% tinham estadiamento clínico inicial. Segundo Cox et al. (2003) pacientes com estadiamento clínico inicial tendem a minimizar a gravidade da própria doença e sentem-se menos motivados a cessar o tabagismo. Além disso, as taxas de abstinência do tabaco podem dobrar entre pacientes que passam por tratamentos cirúrgicos invasivos. O impacto psicológico, estético, e funcional causado por tratamentos cirúrgicos agressivos é fator determinante para o abandono do hábito de fumar por esses pacientes (Pinto et al. 2010). Em nossa casuística, por exemplo, cerca de 20% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço reportaram que abandonaram o tabagismo devido às consequências do tratamento cirúrgico do tumor.

Os fatores motivacionais relacionados à manutenção do tabagismo nos pacientes do presente estudo foram associados principalmente à dependência do tabaco, mas também a fatores emocionais como o medo e a necessidade de se acalmar. Hortense et al. (2008), avaliaram o significado do tabagismo para portadores com câncer de laringe. Os resultados mostraram que além da dependência da nicotina ser uma barreira para a abstenção do vício em tabaco, os fatores motivacionais ligados aos aspectos emocionais são fortemente relacionados

à continuidade do vício. Estudos também mostram que os fatores emocionais são potentes influenciadores do consumo de tabaco em pacientes tabagistas sem câncer. Em recente estudo, nós avaliamos as principais motivações para o vício em tabaco de acordo com a própria percepção do fumante. Os resultados mostraram que, tal como observados nos pacientes oncológicos do presente estudo, emoções e sentimentos negativos são fatores altamente relacionados com o tabagismo e sua intensidade (Sarafim-Silva et al. 2018).

Pesquisas com pacientes com câncer de cabeça e pescoço revelam que nem o impacto do diagnóstico e do tratamento da doença, e nem mesmo a ciência da correlação da doença com o tabagismo ou orientações médicas são suficientes para que o paciente consiga abandonar o vício (Cox et al. 2003; Browman et al. 2004; Marron et al. 2010). Contudo, a presença da doença deixa esses pacientes mais receptivos às orientações e tratamento anti-tabagista em relação à tabagistas que não passaram por essa experiência (Cox et al. 2003).

Apesar de parte dos pacientes do presente estudo mantiveram o hábito de fumar mesmo após o tratamento da doença, 63% não fumavam mais após este período. Cessar o tabagismo pode reduzir os efeitos colaterais das terapias oncológicas clínicas (Browman et al. 1993; Bluman et al. 1998, Cox et al. 2003 Tammemagi et al. 2004), diminuir o risco de progressão ou recidiva do tumor, reduzir o risco de um novo câncer (Cox et al. 2003, Sharp et al. 2008), diminuir a taxa de mortalidade da doença (Shopland 1995, Adair et al. 2011) e ainda melhorar saúde geral do paciente, proporcionando melhor qualidade de vida (Cox et al. 2003).

Neste estudo foi possível observar que a principal motivação para cessar o tabagismo entre os pacientes foi o medo. Humphris e Rogers (2004) também mostraram que o medo da recorrência do tumor é um dos principais fatores para o

abandono do tabaco pelos pacientes com câncer de boca e orofaringe. Quando os pacientes com câncer de cabeça e pescoço do presente estudo foram indagados sobre o que buscavam no cigarro, quase metade dos pacientes referiram sentir alívio ao fumar. Em geral, este alívio pode estar relacionado às respostas neurofisiológicas causadas pelas substâncias químicas do fumo na redução do estresse e ansiedade (Sarafim-Silva et al. 2018).

A coleta de dados desta pesquisa dependeu da memória do paciente para relembrar momentos retroativos de seu histórico de tabagismo, e isto pode levar à captura de dados incompletos. O fato do comportamento tabagista ter sido investigado apenas pelo relato do paciente não exclui a possibilidade de que pacientes que ainda são fumantes ativos terem omitido esta informação. Para um real diagnóstico do uso de substâncias químicas, análises laboratoriais bioquímicas em fluidos corporais têm sido utilizadas (Gritz et al. 1993, Humphris e Rogers 2004, Sharp et al. 2008). Além disso, pode ter ocorrido uma dificuldade natural dos pacientes em definir seus sentimentos em palavras, ou mesmo de relembrar momentos dolorosos de seu histórico emocional. Deve-se considerar que não foram realizadas intervenções para avaliar as desordens psiquiátricas desses pacientes, desordens estas como a depressão e a ansiedade que sabidamente estão relacionadas com a manutenção de vícios. Entretanto, este primeiro estudo investigou as motivações para o consumo de tabaco em diferentes fases do diagnóstico e tratamento oncológico, de acordo com a própria percepção do paciente com câncer de cabeça e pescoço.

Sendo assim, ressalta-se a necessidade de uma maior compreensão da relação entre os fatores psicológicos e comportamentais com a dependência química em pacientes oncológicos. Além disso, a equipe de saúde responsável pelo

tratamento oncológico deve contar com profissionais para diagnosticar o perfil de consumo de tabaco durante as diferentes fases do atendimento oncológico, bem como compreender os fatores motivadores para manutenção ou abandono do vício. Estudos futuros são essenciais para uma compreensão mais aprofundada dos sentimentos e emoções associados à dependência de álcool e tabaco em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Conhecer mais profundamente estes fatores dentro de uma perspectiva psicossomática pode auxiliar o paciente oncológico a lidar com a dependência e abstinência de tabaco, melhorando assim sua qualidade de vida durante e após o tratamento da doença.

5 CONCLUSÃO

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço continuam a fumar mesmo após o diagnóstico e tratamento oncológico, e fatores emocionais podem estar relacionados às alterações no consumo de tabaco nas diferentes fases do diagnóstico e tratamento da doença

REFERÊNCIAS

1. Adair T, Hoy D, Dettrick Z, Lopez AD. Trends in oral, pharyngeal and oesophageal cancer mortality in Australia: the comparative importance of tobacco, alcohol and other risk factors. *Aust N Z J Public Health*. 2011; 35(3): 212-9.
2. Almeida, V. D., Leitão, A., Reina, L. D. C. B., Montanari, C. A., Donnici, C. L., & Lopes, M. T. P. (2005). Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução. *Quim Nova*, 28(1), 118-29.
3. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008;74(1):68-73.
4. Bluman L.G., Mosca L., Newman N. & Simon D.G. (1998) Preoperative smoking habits and postoperative pulmonary complications. *Chest* 113, 883–889.
5. Borges, Margarida et al . Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Rev Port Pneumol*, Lisboa , v. 15, n. 6, p. 951-1004, nov. 2009 .
6. Browman G.P., Mohide E.A., Willan A., Hodson I., Wong G., Grimard L., MacKenzie R.G., El-Sayed S., Dunn E. & Farrell S. (2002) Association between smoking during radiotherapy and prognosis in head and neck cancer: a follow-up study. *Head & Neck* 24, 1031–1037.
7. Casati, M. F. M., Vasconcelos, J. A., Vergnhanini, G. S., Contreiro, P. F., Graça, T. B., Kanda, J. L. & Matos, L. L. (2012). Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*, 41(4), 186-91.
8. Cox LS, Africano NL, Tercyak KP, Taylor KL. Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Câncer* 2003;98:632-44
9. Fábio Roberto Pinto; Leandro Luongo de Matos; Wagner Gumz Segundo; Christiana Maria Ribeiro Salles Vanni; Denise Santos Rosa; Jossi Ledo Kanda; Tobacco and alcohol use after head and neck cancer treatment: influence of the type of oncological treatment employed, Revista da Associação Médica Brasileira Volume 57, Issue2, March–April 2011, Pages 171-176.

10. George P. Browman, Gene Wong, Ian Hodson, Jinka Sathya, Rosemary Russell, Lisa McAlpine, Peter Skingley, e Mark N. Levine, Influence of Cigarette Smoking on the Efficacy of Radiation Therapy in Head and Neck Câncer. January 21, 1993 N Engl J Med 1993; 328:159-163.
11. Gritz ER, Carr CR, Rapkin D, Abemayor E, Chang LJ, Wong WK, et al. Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. *Câncer Epidemiol Biomarkers Prev* 1993;2:261-70.
12. Hortense, Flávia Tatiana Pedrolo; CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; BRETAS, Ana Cristina Passarella. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 61, n. 1, p. 24-30, Feb. 2008.
13. Humphris, G. and Rogers, S. (2004), The association of cigarette smoking and anxiety, depression and fears of recurrence in patients following treatment of oral and oropharyngeal malignancy. *European Journal of Câncer Care*, 13: 328-335. doi:[10.1111/j.1365-2354.2004.00479.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00479.x) .
14. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 1996: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 1996.
15. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2006: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
16. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
17. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
18. La Vecchia C, Talamini R, Bosetti C, Negri E, Franceschi S. RESPONSE: re: cancer of the oral cavity and pharynx in nonsmokers who drink alcohol and in nondrinkers who smoke tobacco. *J Natl Câncer Inst.* 1999.91(15):1337-8.

19. Lefevre F, Lefevre AM, Marques MC (2009) Discourse of the collective subject, complexity and self-organization. *Cien Saude Colet* 14:1193–1204.
20. Little MA, Klesges RC, Bursac Z, Ebbert JO, Halbert JP, Dunkle AN, Colvin L, Goedecke PJ, , Weksler B. **Why Don't Câncer Survivors Quit Smoking? An Evaluation of Readiness for Smoking Cessation in Câncer Survivors.** *Journal of Câncer Prevention* 2018;23:44-50. <https://doi.org/10.15430/JCP.2018.23.1.44> .
21. Organização Mundial da Saúde. Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português; 2005.
22. Organização Mundial da Saúde. Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português; 2008.
23. Organização Mundial da Saúde. Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português; 2018.
24. Sarafim-Silva, B.A.M., Valente, V.B., Duarte, G.D. et al. *J Public Health (Berl.)* (2018). <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0968-7>.
25. Schnoll, R. A., Rothman, R. L., Newman, H. , Lerman, C. , Miller, S. M., Movsas, B. , Sherman, E. , Ridge, J. A., Unger, M. , Langer, C. , Goldberg, M. , Scott, W. and Cheng, J. (2004), Characteristics of cancer patients entering a smoking cessation program and correlates of quit motivation: implications for the development of tobacco control programs for cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13: 346-358. doi:[10.1002/pon.756](https://doi.org/10.1002/pon.756) .
26. SHARP L., JOHANSSON H., FAGERSTRÖM K. & RUTQVIST L.E. (2008) Smoking cessation among patients with head and neck cancer: cancer as a „teachable moment“ *European Journal of Câncer Care* 17, 114–11.
27. Shopland, D. R. (1995). Tobacco use and its contribution to early cancer mortality with a special emphasis on cigarette smoking. *Environmental Health Perspectives*, 103(8), 131–142.
28. Spitz MR, Fueger JJ, Goepfert H, Newell GR. Salivary gland cancer: a case-control investigation of risk factors. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116(10):1163-1196

29. Talamini R, La Vecchia C, Levi F, Conti E, Favero A, Franceschi S. Câncer of the oral cavity and pharynx in nonsmokers who drink alcohol and in nondrinkers who smoke tobacco. *J Natl Câncer Inst.* 1998;90(24):1901-3
30. Tammemagi C.M., Neslund-Dudas C., Simoff M. & Kvale P. (2004) In lung cancer patients, age, race-ethnicity, gender and smoking predict adverse comorbidity, which in turn predicts treatment and survival. *Journal of Clinical Epidemiology* 57, 597–609.
31. Yancik R., Wesley M.N., Ries L.A., Havlik R.J., Edwards B.K. & Yates J.W. (2001) Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. *Journal of the American Medical Association* 285, 885–892.
32. Zender CA, Petruzzelli GJ. Why do patients with head and neck squamous cell carcinoma experience distant metastases: can they be prevented? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;13:101-4.

ANEXO A – Questionário

HISTÓRICO DO USO DO TABACO

Nome: _____ Prontuário: _____
Data: ____/____/____ Idade: ____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: ____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ Religião: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____
Tipo e localização do tumor: _____ Data do Diagnóstico: _____
Status atual do tratamento de câncer(tempo após o diagnóstico ou final do tratamento):

1. Status Atual do tabagismo:

*Não Fuma () Fuma ()

1.1. Fuma(va) qual(is) tipo(s) de cigarro?

1.2. Fuma(va) quantos cigarros por dia?

1.3. Por quanto tempo fuma(ou) (tempo de tabagismo)?

1.4. *Há quanto tempo parou?

1.5. *Por que parou?

1.6. O que você busca sentir quando está fumando?

2. Início do tabagismo

2.1. Com quantos anos experimentou o cigarro pela primeira vez? _____

2.2. Porque? _____

2.3. Qual o tipo de cigarro? _____

2.4. Quantos no dia? _____

2.5. Alguém te influenciou a começar a fumar? Como o influenciou?

2.6. Você fumou escondido de alguém? De quem? Por que fumou escondido? Por quanto tempo fumou escondido?

2.7. Fumantes na família:

2.8. Você lembra se quando era criança teve dor de dente? O que os seus responsáveis faziam para aliviar a sua dor de dente?

3. Uso do tabaco durante as fases do tratamento oncológico

3.1. Antes de perceber o primeiro sinal ou sintoma da lesão:

3.1.1. Fuma(va) qual tipo de cigarro? _____ 3.1.2. Quantos por dia? _____

3.1.3. Fuma(va) qual tipo de cigarro? _____ 3.1.4. Quantos por dia? _____

3.1.5. () Aumentou, quantos: _____ () Diminuiu, quantos: _____ () Não alterou

Motivo: _____

3.2. Após perceber o primeiro sinal ou sintoma da lesão e antes do diagnóstico de câncer:

3.2.1. Fuma(va) qual tipo de cigarro? _____ 3.2.2. Quantos por dia? _____

3.2.3. Fuma(va) qual tipo de cigarro? _____ 3.2.4. Quantos por dia? _____

3.2.5. () Aumentou, quantos: _____ () Diminuiu, quantos: _____ () Não alterou

Motivo: _____

3.3. Depois do diagnóstico de câncer e antes do início do tratamento da doença:

3.3.1. Fuma(va) qual tipo de cigarro? _____ 3.3.2. Quantos por dia? _____

3.3.3. Fuma(va) qual tipo de cigarro? _____ 3.3.4. Quantos por dia? _____

3.3.5. () Aumentou, quantos: _____ () Diminuiu, quantos: _____ () Não alterou

Motivo: _____

3.4. Durante o tratamento do câncer:

3.4.1. Tratamento: CIRURGIA Data da cirurgia: _____

3.4.2. Quanto tempo antes do momento da cirurgia você fumou?

3.4.3. Quantos cigarros? _____

3.4.4. Quanto tempo depois do momento da cirurgia você fumou? _____

3.4.5. Quantos cigarros? _____

3.4.6. Tratamento: QUIMIOTERAPIA Nº de sessões: _____ Data Inicial: _____ Data Final: _____

3.4.7. Você fumava antes do início das sessões de quimioterapia? Não () Sim ()

3.4.8. Quanto tempo antes do início das sessões fumou?

3.4.9. Quantos cigarros? _____

3.4.10. Você fumava após as sessões de quimioterapia? Não () Sim ()

3.4.11. Quanto tempo depois das sessões fumou?

3.4.12. Quantos cigarros? _____

3.4.13. Durante o tratamento quimioterápico você teve feridas na boca ou boca seca? Não () Sim ()

3.4.14. Tratamento: RADIOTERAPIA

Dose por dia: _____ Nº de sessões: _____ Data Inicial: _____ Data Final: _____

3.4.15. Você fumava antes do início das sessões de radioterapia? Não () Sim ()

3.4.16. Quanto tempo antes do início fumou?

3.4.17. Quantos cigarros? _____

3.4.18. Você fumava após as sessões de radioterapia? Não () Sim ()

3.4.19. Quanto tempo depois fumou?

3.4.20. Quantos cigarros? _____

3.4.21. Durante o tratamento radioterápico você teve feridas na boca ou boca seca? Não () Sim ()

3.5. Após o TÉRMINO DO TRATAMENTO do câncer:

3.5.1. Tempo entre o final do último tratamento até o momento atual: _____

3.5.2. Você fumou após o fim do tratamento? Não () Sim ()

3.5.3. Quanto tempo depois do tratamento você voltou a fumar? _____

3.5.4. Quantos cigarros? _____

3.5.5. Do momento que voltou a fumar até hoje alterou a quantidade de cigarro?

3.5.6. () Aumentou, quantos: _____ () Diminuiu, quantos: _____ () Não alterou

Motivo:

3.5.7. No período do diagnóstico até agora, desenvolveu algum outro vício? Qual? Há quanto tempo?
