

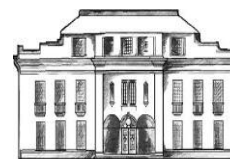


Universidade Federal do Rio de Janeiro

Centro de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem Anna Nery

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem

LUANA VALENTIM MONTEIRO

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO HOMEM COM HISTÓRICO DE
TABAGISMO E RISCO DE CÂNCER**

Rio de Janeiro

2016

LUANA VALENTIM MONTEIRO

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO HOMEM COM HISTÓRICO DE
TABAGISMO E RISCO DE CÂNCER**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa Dra Marcelle Miranda da Silva

Rio de Janeiro

2016

Luana Valentim Monteiro.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO HOMEM COM HISTÓRICO DE
TABAGISMO E RISCO DE CÂNCER

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Profa Dra Marcelle Miranda da Silva. Presidente

Prof Dr. Ronald Teixeira Peçanha Fernandes, Universidade Estácio de Sá - 1º
Examinador

Profa Dra Maria Manuela Vila Nova Cardoso - 2º Examinadora

Prof Dr. Roberto Carlos Lyra, EEAP /UNIRIO - Suplente externo

Profa Dra Marléa Chagas Moreira - Suplente interno

Rio de Janeiro

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

M778c Monteiro, Luana Valentim.

Cuidado de Enfermagem ao homem com histórico de tabagismo e risco de câncer. Luana Valentim Monteiro. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2016.

XIV,164f.: IL., 31 cm

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcelle Miranda da Silva.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2016. Referências: f.127-136

1.Enfermagem. 2.Saúde do homem. 3.Neoplasias. 4. Hábito de fumar.
I. Silva, Marcelle Miranda. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
III. Título.

CDD: 610.73

DEDICATÓRIA

Ao único que é digno de receber a honra e a glória, a força e o poder. Meu Glorioso e único Deus.

AGRADECIMENTO

Ao Deus todo poderoso, que me deu forças para resistir e persistir mesmo em meio a tantas dificuldades. Que me levantou quando eu não conseguia mais ficar de pé, acreditou em mim quando ninguém mais acreditava, a Ele todo louvor e toda a glória.

A minha mãe Rita Maria, que foi a minha fortaleza, sempre presente em todos os momentos e que sempre acreditou na minha capacidade de poder ir além. Ao meu Pai que sempre me deu suporte para alcançar meus objetivos.

Meu esposo, Paulo Vitor, que me incentivou incondicionalmente a alcançar todos os meus sonhos.

A minha avó Jacira, que mesmo no silêncio me ensinou que vale a pena viver intensamente e acreditar nos meus objetivos, mesmo em meio a tantos problemas de saúde que enfrento.

A minha amiga Amanda Guedes que além de uma inspiração é um exemplo de profissional a ser seguido.

A todos os meus colegas da turma de mestrado 2014.02 encontrei abraços calorosos e amizades duradouras. As quais sempre me motivam a seguir em frente.

A Professora Dra Maria José Coelho que, sem ela nada seria possível, pois através da oportunidade que me ofereceu, ingressei na pesquisa há sete anos. Muito obrigada, professora!

E por último e sem dúvidas mais importante. Queria poder encontrar palavras, sem que caíam lágrimas dos meus olhos, para expressar minha eterna gratidão à minha orientadora Marcelle, que me acolheu, me ensinou e me mostrou que ser forte é uma

escolha. Me ajudou a me erguer, mesmo eu achando impossível. Obrigada por acreditar em mim, obrigada por ser o exemplo de docente que eu quero ser. Já dizia Isaac Newton: *"Se vi mais longe foi por estar de pé sobre ombros de gigantes."* Aprendi o que é ser uma mestrandia com você. Mais uma vez Obrigada!

RESUMO

MONTEIRO, Luana Valentim. Cuidados de Enfermagem ao Homem com Histórico de Tabagismo e Risco de Câncer. Rio de Janeiro, 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Introdução: Esta dissertação de mestrado objetivou identificar as necessidades de cuidado do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer; elaborar estratégias de cuidado de enfermagem a partir das suas necessidades; e discutí-las no contexto da atenção básica. **Método:** Estudo descritivo, exploratório, qualitativo. Os dados foram coletados no Instituto de Atenção à Saúde São Francisco, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Foram entrevistados vinte e quatro homens fumantes e ex-fumantes. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (parecer 1.310.464). **Resultados:** Emergiram quatro categorias, a saber: o significado do tabagismo na vida do homem; o tabagismo e suas relações com o processo saúde doença; necessidades de cuidado do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer; o tabagismo e sua relação com outras drogas. **Conclusão:** reconhecem-se os malefícios deste hábito e sua relação com o desenvolvimento de doenças. E apesar da contínua queda da sua predominância em resposta às políticas públicas, destaca-se a necessidade de novas e contínuas intervenções.

Descritores: Hábito de Fumar; Saúde do Homem; Enfermagem; Neoplasias.

ABSTRACT

MONTEIRO, Luana Valentim. Nursing care for men with history of smoking and cancer risk. Rio de Janeiro, 2016. Thesis (Master's in Nursing) – Anna Nery Nursing School, Rio de Janeiro Federal University, Rio de Janeiro, 2016.

This master's thesis aimed to identify the care needs for men with history of smoking and cancer risk, develop nursing care strategies based on their needs and discuss them in a framework of basic attention. This is a descriptive exploratory qualitative study. Data were collected from the São Francisco Institute for Health, which belongs to Rio de Janeiro Federal University (UFRJ). Twenty-four men, among smokers and former smokers, had been interviewed. The project received approval from the Research Ethics Committee of Anna Nery Nursing School (resolution 1.310.464). **Results:** Four categories were established: the role of smoking in men's lives; smoking and its relations to the health-disease process; care needs for men with history of smoking and cancer risk; smoking and its relations to other drugs. **Conclusion:** The detriments of smoking and its relation to disease development are identified and, despite the continuous decrease of its predominance as a response to public policies, it is highlighted the necessity of new and continuous interventions.

Keywords: Smoking; Men's Health; Nursing; Neoplasms.

RESUMEN

La disertación de este maestro tuvo como objetivo identificar las necesidades de atención de los hombres con antecedentes de tabaquismo y los riesgos de cáncer, el desarrollo de estrategias de cuidados de enfermería en base a sus necesidades y discutirlos en el marco de la atención básica. Se trata de un estudio cualitativo exploratorio descriptivo. Los datos fueron recogidos por el Instituto para la Salud de San Francisco que pertenece a Río de Janeiro Universidad Federal (UFRJ). Veinte y cuatro hombres, entre los fumadores y ex fumadores, habían sido entrevistados. El proyecto recibió la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Escuela Anna Nery de Enfermería (resolución 1310464). Resultados: Cuatro categorías se establecieron: el papel de fumar en la vida de los hombres; fumar y sus relaciones con el proceso salud-enfermedad; las necesidades de atención para los hombres con antecedentes de tabaquismo y los riesgos de cáncer; tabaquismo y sus relaciones con otras drogas. Conclusión: Se identifican las pérdidas de fumar y su relación con el desarrollo de la enfermedad y, a pesar de la disminución continua de su predominio como respuesta a las políticas públicas, que se pone de relieve la necesidad de intervenciones nuevas y continuas.

Palabras clave: Hábito de Fumar; Salud del hombre; Enfermería; Neoplasias.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de artigos encontrados e selecionados na BVS com descritor de assunto “saúde do homem”.....	23
Tabela 02. Distribuição dos artigos selecionados nas bases de dados LILACS e BDENF com o descritor de assunto “saúde do homem”.....	24
Tabela 3. Número de artigos encontrados, elegíveis e selecionados no CINAHL e MEDLINE com o modo de pesquisa frase booleana.....	26
Tabela 4. Referente aos 09 artigos selecionados em CINAHL e MEDLINE.....	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação da faixa etária dos participantes da pesquisa.....	48
Quadro 2. Relação idade /nível de escolaridade/ uso do cigarro dos 24 homens entrevistados.....	49
Quadro 3. Relação entre as fases de Peplau e o Processo de Enfermagem.....	84
Quadro 4. Relacionamento entre o processo de enfermagem /Fases de Peplau e as estratégias de cuidado ao homem tabagista.....	87

SUMÁRIO

Apresentação	13
Capítulo I: Considerações iniciais	14
1.1- Contextualização do estudo	14
1.2- Justificativa do estudo	21
1.3- Contribuições do estudo	29
Capítulo II: Bases conceituais	30
Capítulo III: Referencial Teórico	37
Capítulo IV: Método	42
Capítulo IV – Apresentação dos dados	48
Capítulo V – Discussão e Análise dos dados	65
Capítulo VI - Considerações Finais	88
Referências	90
Apêndices A	102
Apêndice B	104
Anexo A	110

APRESENTAÇÃO

A principal motivação para realização desta pesquisa decorreu de uma experiência pessoal, e na qualidade de enfermeira pude investir no âmbito da pesquisa científica para aprofundamento no tema de impacto significativo em minha vida.

O tema a que me refiro compreende a saúde do homem, considerando particularidades do tabagismo e sua relação como fator etiológico para o desenvolvimento do câncer.

A minha experiência foi com meu avô, que fora diagnosticado com câncer de laringe e faringe, e durante todo o tratamento manteve hábitos nocivos, como o tabagismo e o alcoolismo. Ele veio a falecer pouco tempo depois de ser diagnosticado com esta doença, e mesmo durante o período de internação hospitalar obteve meios para manutenção do tabagismo. Sua imagem alterada pela presença de sonda nasogástrica e de traqueostomia, bem como pela manifestação da própria doença intensificaram a minha percepção desta realidade com grande sofrimento, em especial ao vê-lo fumar nesta condição.

Assim, a trajetória de pesquisa iniciou-se na graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), quando participei do grupo de pesquisa em saúde do homem, como bolsista de iniciação científica do CNPq. Nesta ocasião desenvolvi meu Trabalho de Conclusão de Curso com enfoque temático na saúde do homem com câncer.

No decorrer da prática profissional, mantive contato com realidades similares, instigando meu interesse em pesquisar, quando ingressei no curso de mestrado em enfermagem também pela UFRJ, me propondo a prosseguir com a presente pesquisa.

CAPÍTULO I:

1.1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O desenfreado consumo do tabaco durante a Revolução Industrial no Brasil, no século XX, tornou o tabagismo um hábito de predominância da população, com destaque para a masculina (WUNSCH FILHO et al., 2010)

Apesar da contínua queda dessa predominância em resposta às políticas públicas, como no caso do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), de 1986, tem sido observada uma retomada no aumento deste hábito nocivo, indicando a necessidade de novas e contínuas intervenções (CAMPOS & GOMIDE, 2015).

O tabagismo é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, apresentando relação direta com o desenvolvimento de muitas doenças, como no caso do câncer. Dados estatísticos são alarmantes no que tange à taxa de mortalidade; aproximadamente 1,3 bilhões de usuários de tabaco e mais de seis milhões de pessoas morrem por ano em decorrência desse hábito. Este número tenderá a aumentar, com uma perspectiva de oito milhões de mortes ao ano em 2030 (WHO, 2011).

Estima-se que quase a metade dos usuários do tabaco morrerá de alguma doença relacionada ao seu uso. Atualmente o cigarro é considerado o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de câncer e de outros 50 tipos de doenças (WHO, 2012). Esta relação etiológica é mencionada nas ações para controle do tabagismo na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que tem por objetivos reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pela doença e possibilitar a diminuição da incidência de alguns tipos de câncer (BRASIL, 2013). Nesta perspectiva,

ações são direcionadas para o controle do tabagismo, das quais se destacam as de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Ressalta-se que o tabagismo é uma doença neurocomportamental de contágio social, sendo classificado internacionalmente como CID 10 – F17, e pertence ao grupo das dependências, sendo caracterizado pelo consumo de cigarros e/ou outras formas de tabaco, gerando estado de envenenamento crônico do indivíduo (WHO, 1992). O tabagismo é a principal causa de doença, incapacidade e morte prematura, com a característica de que é evitável.

Em geral, a nicotina não respeita a vontade do fumante, ela domina o cérebro e o faz dependente. Sendo assim, a tragada em vez de ser apenas para aliviar o estresse de um problema momentâneo, se torna a tragada de todas as manhãs, junto com o café fresco, serve para relaxar e para iniciar mais um dia de trabalho. No meio da manhã serve para dar uma escapada do trabalho, e após o almoço, novamente para relaxar, e assim continua durante todo o dia.

Segundo Vásques e Fonseca (2012), ao se considerar o caráter social e as atitudes frente ao início deste hábito, é afirmativo que ser homem aumenta esta probabilidade, especialmente quando jovem, em fase de desenvolvimento da autonomia, do autoconhecimento e de autoafirmação. Contudo, uma menor probabilidade de início do tabagismo associa-se ao conhecimento dos seus malefícios. Tais dados reforçam a necessidade de orientação e apoio, e atenção específica para esta problemática no campo da saúde do homem.

Apesar da PNCT revelar que a prevalência do tabagismo e de doenças provenientes do tabaco sofreram uma significativa redução, ainda revela que o Brasil ocupa o 3º lugar em maior produtor de fumo.

Considerando ser a educação em saúde um forte componente das atribuições das equipes de saúde que atuam no contexto da atenção básica, incluindo o enfermeiro, destacam-se as oportunidades geradas em seus espaços, de forma a direcionar as estratégias para a promoção da saúde e desenvolvimento de ações educativas a favor da qualidade de vida. Tais ações objetivam construir e reconstruir conhecimento e devem ser estruturadas com base no processo dialógico, de forma participativa, criativa e pautada nas particularidades das pessoas, grupos ou comunidades (GAZZINELLI, et al, 2015).

Dessa forma, podem ser intencionalmente direcionadas para homens com histórico de tabagismo, seja orientando e apoiando o ex-tabagista para que mantenha a firmeza da decisão, ou criando estratégias capazes de despertar o interesse do homem tabagista em parar de fumar, por exemplo. Mas, considerando a necessidade de controle social e alcance dos objetivos no compartilhamento de conhecimento, é fundamental ter a consciência da postura dialógica e compreender a concepção do próprio processo de educação, de conhecimento e de sujeito. Assim, é preciso discernir se a necessidade é de quem orienta, ao buscar garantir a assimilação de informações que os profissionais consideram importantes, ou se a necessidade é de fato de quem recebe a informação, especialmente no caso do homem tabagista, que precisa entender o vício e a necessidade de buscar ajuda.

Ao citar a condição de precisar ser ajudado, tem-se um histórico de que homens buscam menos as unidades de saúde comparados às mulheres. Questões de gênero como papel de provedor do lar, medo de descobrir uma doença grave e o pensamento mágico de que são invulneráveis ainda são conflitos que muitos homens da sociedade atual vivem. Desta forma o cuidado de si não é priorizado.

Contudo, os homens são vulneráveis; trata-se do grupo em que o consumo de cigarros mais avança, especialmente nos países em desenvolvimento. E para reforçar a necessidade de direcionar ações para este grupo, estima-se que a prevalência do tabagismo entre os homens seja de cerca de dez vezes maior do que entre as mulheres. Dados do “The Tabacco Atlas” apontam que mesmo com a redução das taxas de mortalidade pelo tabaco no Brasil, 1.691 homens morrem no país por esta causa por semana; e 16,6% da população masculina representam fumantes (PAES, 2016; ERIKSEN, MACKAY & ROSS, 2012).

Com base nesta lógica, o Ministério da Saúde lançou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que tem como objetivo geral facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, com horários flexíveis de funcionamento dos mesmos, contribuindo para a redução das causas de morbimortalidade (BRASIL, 2009).

Esta Política busca promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Tem-se como desafio promover mudanças nos hábitos de vida e no modo como o homem percebe e reconhece suas necessidades, assumindo sua condição humana que é passível de adoecimento.

Conseqüentemente, umas das estratégias no desenvolvimento das ações educativas contra o tabagismo refere-se ao alerta sobre o risco de doenças, com destaque para o risco de câncer. A demora em procurar o serviço de saúde está diretamente relacionada a um prognóstico ruim nos casos oncológicos.

Influências sociais e culturais são responsáveis pelo aumento do consumo do cigarro. As “amarras” culturais podem aprisionar o homem, que sendo viril e invulnerável, não adota práticas para o cuidado de si, e neste caso, procurar o serviço de

saúde pode associá-lo à uma fraqueza, aproximando-o do universo feminino (GOMES, NASCIMENTO & ARAÚJO, 2007).

Contudo, o pressuposto da PNAISH sobre a demanda de atendimento nos serviços de saúde por parte dos homens pode ser interpretado, de antemão, por um indicador de cuidado. Aumentar as possibilidades de o homem ter acesso aos serviços no âmbito da atenção básica pode contribuir para a mudança dos fatores motivacionais, pois, na maioria dos casos, o homem busca atendimento em urgências e emergências, o que dificulta abordagens preventivas, diante da necessária abordagem curativa imediata (MACHIN et al., 2011).

Desse modo, ao receber o homem no contexto da atenção básica, o enfermeiro precisa atentar para suas necessidades, com enfoque nas ações de orientação e educação em saúde, contribuindo para o cuidado de si.

As equipes multidisciplinares das unidades básicas de saúde devem estar integradas a fim de favorecer uma maior interação com o usuário, fortalecendo laços de confiança que o ajudem na superação do vício de fumar e na manutenção da abstinência. Portanto, com o objetivo de corroborar para uma melhor assistência ao usuário, a relação entre a equipe multiprofissional deve ser harmoniosa, pois as práticas assistenciais que são direcionadas ao usuário do sistema de saúde requerem uma interação entre os profissionais de integração, comunicação e capacidade para colocar-se no lugar do outro, entendendo as diferentes formas de conhecimento de cada área específica do saber (DUARTE, 2015).

É preciso identificar, analisar e discutir junto com o usuário quais são suas necessidades em saúde. Sendo assim, um plano de cuidados deve ser traçado de forma que atenda as perspectivas tanto do ser que está sendo cuidado quanto do cuidador. Traçar metas que sejam atingíveis talvez seja uma melhor forma de começar um

tratamento; por exemplo, iniciá-lo diminuindo o número de cigarros fumados por dia ao invés de sugerir ao fumante uma parada brusca.

A decisão de parar de fumar deve ser apoiada por meio de ações de educação em saúde e suporte aos possíveis transtornos biopsicoemocionais desencadeados pela privação deste hábito. Pinafo et al (2011) destacam a importância da estruturação dos profissionais no que tange à educação em saúde:

“Analisar as concepções de educação em saúde dos trabalhadores nos permite conhecer como esses profissionais se relacionam com os seus instrumentos de trabalho, possibilitando nos revelar o seu pensamento sobre a produção do cuidado com base no processo educativo em saúde. Em contrapartida, a análise de como se dá o processo educativo em saúde na sua prática cotidiana revela como as ações em saúde influenciam e modificam as concepções e percepções dos trabalhadores sobre a educação em saúde no contexto de sua prática” (p.203).

Também é importante mencionar a significância do trabalho de enfermagem em uma unidade de atenção básica. O enfermeiro, além de desempenhar o papel de cuidador, vivencia muitos dilemas no ato de cuidar e está constantemente utilizando tecnologias leves que o ajudem a executar seu trabalho de melhor maneira; formas de escuta, acolhimento e responsabilização fazem parte do dia a dia do trabalho de enfermagem (MATUMOTO et al., 2011)

Promover um cuidado integral, individualizado, que respeite conceitos e relações sociais e as questões de gênero, e que compreenda o sujeito em sua totalidade de ser físico, biológico, social e psicológico é o desafio da enfermagem atual.

Face ao exposto, a presente pesquisa tem por *objeto*: os cuidados de enfermagem ao homem com histórico de tabagismo e risco de câncer no contexto da atenção básica.

Foram **questões norteadoras** do estudo:

- Quais as necessidades de cuidado do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer?

- Que estratégias podem direcionar os cuidados de enfermagem para atendimento de tais necessidades?

Com o intuito de responder a tais questões, foram objetivos da pesquisa:

- Identificar as necessidades de cuidado do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer;
- Elaborar estratégias de cuidado a partir de tais necessidades de modo a buscá-las, com base no referencial teórico Hildegard Peplau.
- Discutir as estratégias de cuidado de enfermagem ao homem com histórico de tabagismo e risco de câncer no contexto da atenção básica.

Ressalta-se que o objetivo que encaminha a pesquisa ao tipo exploratório, ou seja, que se compromete com a elaboração de estratégias a partir da realidade empírica investigada, foi discutido e embasado no referencial teórico de enfermagem de Hildegard Peplau, que será detalhado no capítulo III.

1.2- JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A justificativa deste estudo se dá, dentre outros aspectos, pelos altos índices de fumantes no Brasil, que impactam nos gastos públicos e no direcionamento da prestação de serviços nas instituições de saúde, bem como das políticas públicas.

Diversos dados estatísticos comprovam que o tabagismo é considerado um dos maiores problemas de saúde pública no âmbito das doenças não transmissíveis (DCNT). No Brasil as doenças enquadradas como DCNT foram responsáveis, em 2011, por um total de 72,7% de mortes, com destaque para patologias do aparelho circulatório (30,4%), as neoplasias (16,4), o diabetes (5,3) e as doenças respiratórias (6,0%) (MALTA et al., 2015). E diante da gravidade do tema, sabe-se que todas essas doenças se relacionam com o tabagismo como forte fator de risco.

Levando em consideração questões históricas do uso do tabaco, o Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), do DATASUS, realizado em 2014, revela que os homens ainda fumam mais que as mulheres (BRASIL, 2014).

Assim, Nepomuceno e Romano (2014) são enfáticos no discurso sobre os males do tabagismo e as dimensões que esse hábito de vida pode alcançar, caso não seja tratado como prioridade pelos sistemas de saúde:

“Essa epidemia tabagística, consequência de um capitalismo que pouco valoriza a vida, está se reduzindo nos países desenvolvidos, com as ações educacionais e programas de controle do tabagismo, e, simultaneamente, se expandindo nos países subdesenvolvidos, ocasionando, assim, aumento no consumo total de tabaco no mundo. Só esta constatação nos remete à dimensão da complexidade que é lidar com os movimentos do capital que preserva a vida de uns e extermina a de outros”. (p.705)

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008, mostra a condição de uso de tabaco fumado, segundo a percepção do tabaco como causador de doenças graves, derrame, ataque cardíaco e câncer de pulmão (IBGE, 2008). Embora as observações antitabagistas presentes nas embalagens dos

cigarros sejam ilustrações impactantes, estas não demonstram apresentar resultado que propicie a redução deste vício na população, uma vez que, neste inquérito realizado pela IBGE, 87% dos entrevistados relataram ter observado tais ilustrações nas embalagens dos produtos do tabaco nos últimos 30 dias anteriores à data da entrevista. Embora possa ser considerada uma estratégia de comunicação de menor custo, a ser atendida pela indústria do tabaco, poucas campanhas sobre o tabagismo na grande mídia tem sido realizadas.

O universo do tabagismo é extremamente complexo. As ações que são dirigidas a esse problema de saúde pública devem ter como foco as questões sociais, políticas e econômicas que se relacionam diretamente com o hábito de fumar, além de conhecer a dimensão da dependência que o indivíduo tem à nicotina e à motivação para o abandono do cigarro (LUCCHESI et al., 2013).

Para fortalecer a justificativa desta pesquisa, foi realizada uma busca da produção científica na Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e BDENF – Base de Dados de Enfermagem) e no periódico CAPES (CINAHL e MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde), a fim de sintetizar o estado do conhecimento sobre a temática estudada.

Dentre as etapas para realização desta revisão destacou-se a formulação da seguinte pergunta: **como tem sido produzido o conhecimento na área da enfermagem no que diz respeito à atenção à saúde do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer?**

Seguindo as etapas, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados no período entre 2011 a 2015; na íntegra e gratuitos; que atendam a questão de pesquisa; nos idiomas português, espanhol e inglês; e que sejam artigos originais e de

revisão. Os critérios de exclusão foram: editoriais, relatos de experiência, monografias, teses, dissertações e artigos repetidos entre as bases de dados.

Foram utilizados os seguintes descritores DECS/MESH: saúde do homem; neoplasias; tabagismo/hábito de fumar; enfermagem (men's health; neoplasms; smoking; nursing).

Foi realizado o cruzamento com as seguintes frases booleanas, sendo obtido resultado nulo nas bases de dados LILACS e BDENF:

- “SAUDE DO HOMEM” [Descritor de assunto] and (“TABAGISMO”) or “habito de fumar” [Descritor de assunto] and “ENFERMAGEM” [Descritor de assunto]
- “SAUDE DO HOMEM” [Descritor de assunto] and “NEOPLASIAS” [Descritor de assunto] and “ENFERMAGEM” [Descritor de assunto]

Assim, a busca foi ampliada utilizando-se apenas “saúde do homem” como descritor de assunto.

Tabela 1. Número de artigos encontrados e selecionados na BVS com descritor de assunto “saúde do homem”

Base de dados	Artigos Encontrados	Artigos Elegíveis	Artigos Selecionados
LILACS	187	44	12
BDENF	42	01	01
TOTAL	229	45	13

A seguir são listados os 13 artigos selecionados.

Tabela 02. Distribuição dos artigos selecionados nas bases de dados LILACS e BDENF com o descritor de assunto “saúde do homem”.

BASE DE DADOS	TÍTULO	ANO	REVISTA
LILACS	Câncer e Masculinidades: sentidos atribuídos ao Adoecimento e ao tratamento oncológico	2014	Temas em Psicologia – <i>on-line</i>
LILACS	Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família	2013	Ciência e Saúde Coletiva
LILACS	A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?	2010	Revista Psicologia Política
LILACS	O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde	2012	Ciência e Saúde Coletiva
LILACS	Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	2013	Saúde e Sociedade
LILACS	Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica	2013	Saúde e Sociedade
LILACS	A Produção científica brasileira sobre o câncer masculino: estado da arte	2013	Revista Brasileira de Cancerologia
BDENF	Gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer	2015	Cuidado é Fundamental (Online)

LILACS	A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero	2011	Ciência e Saúde Coletiva
LILACS	Mudanças no cotidiano de homens com câncer: apresentando uma das interfaces do adoecer	2013	Cuidado é Fundamental (Online)
LILACS	A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde	2012	Revista Escola de Enfermagem Anna Nery
LILACS	Concepções de Enfermeiros sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	2014	Revista Trabalho, Educação e Saúde
LILACS	Concepções e Práticas de Cuidado na visão de homens	2013	Texto e Contexto - Enfermagem

No periódico CAPES, por meio da base EBSCOhost, foram consultadas simultaneamente as bases CINAHL with full text e MEDLINE Complete, com as seguintes frases booleanas:

- **men's health AND neoplasms AND nursing**
- **men's health AND smoking AND nursing**
- **men's health AND smoking AND neoplasms**

Tabela 3. Número de artigos encontrados, elegíveis e selecionados no CINAHL e MEDLINE com o modo de pesquisa frase booleana

Frases Booleanas	Artigos Encontrados	Artigos Elegíveis	Artigos Seleccionados
men's health AND neoplasms AND nursing	93	23	06
men's health AND smoking AND nursing	15	01	-
men's health AND smoking AND neoplasms	75	16	03
Total	183	40	09

Tabela 4. Referente aos 09 artigos seleccionados em CINAHL e MEDLINE

TÍTULO	ANO	REVISTA
Duration of cigarette smoking is a risk factor for oropharyngeal cancer mortality among Japanese men and women: the Ibaraki Prefectural Health Study (IPHS)	2013	Annals of Epidemiology
Projected cancer mortality among Japanese males under different smoking prevalence scenarios: evidence for tobacco control goal setting	2011	Japanese Journal Of Clinical Oncology
Smoking cessation improves mortality in Japanese men: the Hisayama study	2012	Tobacco Control
The community nurse, cancer and men	2013	British Journal of Community Nursing

Engaging men with penile cancer in qualitative research: reflections from an interview-based study	2014	Nurse Researcher
Men and cancer: the gender dimension	2011	British Journal Of Nursing
Men's decision-making for prostate cancer	2012	Australian Nursing Journal
Nurse-led online service helps prostate worries	2013	Annals of Epidemiology
Virtual patients: Development in cancer nursing education	2015	Nurse Education Today

Assim, esta revisão de literatura contribui para evidenciar a lacuna no conhecimento, justificando a importância da realização da presente pesquisa.

Contudo, a justificativa também é reforçada pela emergência da temática, atrelada às políticas públicas de saúde e prioridades de pesquisa em saúde.

De acordo com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, publicada pelo Ministério da Saúde em 2011, as duas doenças destacadas neste estudo estão contempladas em suas subagendas. Destaca-se que o tabagismo, inserido no item prioridades comuns ao conjunto das doenças não transmissíveis relevantes para a saúde pública, está contemplado considerando seu impacto no desenvolvimento de tais doenças. Além disso, também são contempladas as neoplasias, como subagenda única, abrangendo variadas abordagens (BRASIL, 2011).

O tabagismo e o câncer são problemas de saúde pública, alvo de variadas intervenções multidisciplinares, respectivamente, para mudança de hábito de vida e diagnóstico precoce da doença, ao considerar a relação entre ambas as doenças no que se refere ao fator de risco etiológico.

E sobre o recorte dado à saúde do homem, a justificativa perpassa pelo fato de que este vício ainda prevalece na população masculina, estando mais vulneráveis os

homens com menor escolaridade, conseqüentemente, com menor acesso à informação, e mais velhos (MALTA et al., 2015).

1.3- CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Com a pesquisa buscou-se contribuir para a produção científica de enfermagem no que se refere à saúde do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer, de modo a gerar subsídios para a prática com qualidade.

Assim, buscou-se elevar o conhecimento técnico-científico que subsidia os campos do ensino, da pesquisa e da assistência, preenchendo parte da lacuna de conhecimento da temática, e contribuindo, conseqüentemente, para a construção de novas pesquisas na área.

Dessa forma, a pesquisa, vinculada ao Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem (GESPEen), contribuirá para que os enfermeiros, alunos e professores tenham base teórica para discutir e agir adequadamente diante da assistência ao homem. E por meio da difusão do conhecimento produzido, será possível o alcance de outros grupos, profissionais e demais interessados no tema.

CAPÍTULO II – BASES CONCEITUAIS

2.1- O tabagismo como fator de risco etiológico para o câncer

Colocando em foco as questões de saúde do homem vinculadas ao uso do cigarro e o risco de adoecimento por câncer, sobre esta relação, estudos sobre o tabagismo revelam que o hábito de fumar é uma das principais causas de morte evitável. Das doenças recorrentes em homens, os tipos de câncer considerados mais frequentes são cânceres de próstata, traqueia, brônquio, pulmão, cólon, reto e estômago (BRASIL, 2014).

Segundo Pinto (2015), o tabagismo no ano de 2011 foi responsável por mais de 147.072 óbitos que poderiam ter sido evitados, o que equivale a 403 mortes por dia. As mortes por câncer de pulmão correspondem a 81% e as por acidente vascular cerebral a 18%, ambas comprovadamente associadas ao hábito de fumar como fator de risco etiológico.

Relacionar o tabagismo ao desenvolvimento de doenças graves, como no caso do câncer, é uma estratégia que pode motivar a cessação do vício. Entretanto, o tratamento intensivo do tabagismo ainda não é realizado rotineiramente (ALMEIDA, BANDEIRA, GONÇALVES & ARAÚJO, 2014).

Considerando o tabagismo como fator de risco etiológico para o desenvolvimento do câncer, ressalta-se que esta doença ocupa a segunda causa de morte por doença no Brasil, superada apenas pelas doenças cardiovasculares – que diante da magnitude do problema do tabagismo, não se pode deixar de dizer que também é forte fator de risco para o desenvolvimento destas – e que seu desenvolvimento lento e assintomático no início de grande parte dos casos, resulta em diagnóstico tardio e sobrevida curta (SILVA et al., 2015).

Desta forma, revela-se a importância de ações de promoção da saúde e prevenção tendo como foco a cessação do tabagismo de modo a evitar agravos.

Nas situações de maiores agravos, como no caso do câncer, os homens já adoecidos enfrentam a difícil realidade deste diagnóstico e defrontam-se, na maioria das vezes, com suas fragilidades, limitações e necessidades de cuidados, até então, negligenciadas e comumente associadas ao âmbito do feminino (MODENA et al., 2014).

Quando o homem vivencia a doença, recai sobre ele a ideia de subtração ou perda da sua masculinidade, uma vez que conceitos e padrões ditados pela sociedade sobre o que seria ser homem são quebrados. Nesse sentido, o diagnóstico de câncer coloca os homens em uma nova condição que se contrapõe aos modos como estes cotidianamente exercitam e vivenciam suas masculinidades.

A PNAISH objetiva desmistificar conceitos de que o homem é invulnerável. O pensamento mágico de que ‘ser homem’ significa a ausência de doenças e fraqueza vem sido combatido pela política, que acredita que o homem deve assumir suas necessidades em saúde e buscar atendimento preventivo.

Para haver efetividade na implantação desta política é necessário que os profissionais se engajem e procurem uma aproximação com a população masculina, estabelecendo vínculos e, de maneira geral, facilitando o acesso aos serviços por essa parcela da população (TEIXEIRA et al, 2014).

2.2- A questão do gênero influenciando na saúde do homem

O gênero é um grande fator de importância na caracterização da morbimortalidade masculina, isto porque na sua construção muitos homens assumem riscos que interferem em sua saúde e também impedem uma qualidade de vida eficaz, a fim de que os mesmos possam continuar a realizar suas atividades cotidianas sem ser acometidos por doença (FIGUEIREDO & SCHRAIBER, 2011).

O conceito de gênero foi criado para distinguir a dimensão biológica da dimensão social, baseando-se no raciocínio de que há machos e fêmeas na espécie humana, no entanto, a maneira de ser homem e de ser mulher é influenciada pela cultura. Assim, gênero significa que homens e mulheres são produtos da realidade social e não decorrência da anatomia de seus corpos. Por exemplo, o fato de as mulheres, em razão da reprodução, serem tidas como mais próximas da natureza, tem sido apropriado por diferentes culturas como símbolo de sua fragilidade ou de sujeição à ordem natural, que as destinaria sempre à maternidade (CARRARA, 2009).

Valores construídos com o passar dos anos, e afirmados por meio de estudos da literatura, apontam que o sentimento de invulnerabilidade a comportamentos que colocam em risco a saúde é comum no gênero em questão. O modelo hegemônico de masculinidade está ligado a uma posição de autoridade cultural e liderança (GOMES, 2008).

Segundo Lyra, Barreto e Azevedo (2012), não há uma única masculinidade, apesar de existirem formas hegemônicas e subordinadas a ela. Os estudos que vem discutindo a saúde masculina visam as diferentes causas para os perfis de morbimortalidade e apontam como referência a perspectiva de gênero para entender o homem e seu processo saúde-doença e os comportamentos que podem predispor a riscos de doenças e mortes (SCHRAIBER, et al., 2010; FIGUEIREDO & SCHRAIBER, 2011).

Gomes (2003) relaciona a influência da masculinidade sobre a condição de saúde masculina:

“Aspectos relacionados à percepção ou não da crise da masculinidade, em específico, e aos sentidos atribuídos à sexualidade masculina, em geral, produzem reflexos no campo da saúde, revelando dificuldades, principalmente, no que se refere à promoção de medidas preventivas” (p.828).

Os homens parecem buscar serviços mais rápidos, que necessitem menos disponibilidade de horário e que resolvam os seus problemas, sem, contudo, investir no conhecimento da causa dos mesmos. Com o problema agudo resolvido eles não mais precisam voltar ao serviço de saúde. Este fato exemplifica a dificuldade e evasão masculina nos tratamentos que exigem acompanhamento contínuo (GOMES, et al., 2011).

É importante reconhecer que a implantação de políticas de equidade de gênero no campo da saúde é o caminho correto e é interessante identificar diferenças entre homens e mulheres afim de que as oportunidades sejam ofertadas de forma igualitária, no âmbito da saúde (COUTO & GOMES, 2012).

Os homens tem suas especificidades de cuidados e geralmente não são a classe mais assistidas nos serviços de atenção básica, devido às características dos problemas que os levam aos serviços de saúde, sendo em geral secundários ou terciários. Logo, os homens buscam a unidade de saúde apenas em momentos de urgência, o que difere das mulheres que buscam atendimento mais frequentemente, sem ser em situações de emergência, geralmente no contexto ambulatorial (MOURA, et al., 2014).

2.3- Cuidados de enfermagem ao homem com histórico de tabagismo e risco de câncer no contexto da atenção básica

O cuidado de enfermagem é elementar à prática profissional do enfermeiro. Nas diferentes áreas e contextos de atuação, o enfermeiro tem como essência o cuidar do próximo, o que acontece, por exemplo, no âmbito da atenção básica, que deve funcionar como porta de entrada de toda a população aos níveis de atenção do sistema de saúde (RODRIGUES et al., 2014). Assim, na atenção básica, mediante mudanças decorrentes de políticas públicas, o homem tem acesso ampliado, como no caso do horário de funcionamento das unidades, e é atendido de acordo com sua área programática de moradia. Neste contexto, a atuação do enfermeiro concentra-se não apenas em questões de resolutividade de problemas de saúde, mas principalmente na promoção em saúde e prevenção de agravos.

Sendo assim, o enfermeiro tem participação ativa na atenção básica, como por exemplo, nos cenários das clínicas da família, realizando consultas de enfermagem e atuando diretamente como agente promotor de saúde e bem estar social, o que inclui ações para controle do tabagismo e diagnóstico precoce do câncer. E, quando assume seu papel de cuidador faz prevalecer a característica de educador. Segundo Borges e Porto (2014):

“O profissional-educador em saúde evita estereótipos das diferentes formas do cuidado de si e do binarismo adesão/não-adesão. Assim, o educador compromete-se com o ato educativo como alguém também disposto a aprender, convicto de que a mudança é possível; sem a esperança nos usuários e em suas potencialidades não há educação transformadora, impossibilitando os espaços de diálogo entre educador-educando e educando-educado” (p.342).

Portanto, cabe salientar a importância da comunicação, que segundo Silva et al (2015).

“É o processo de transmitir e receber informações nas relações que ocorrem durante inúmeras fases e situações da vida. A qualidade das relações influencia, significativamente, pensamentos e ações, bem como leva ao entendimento acerca de conceitos, princípios e habilidades que compõem a existência humana” (p.155).

Maria Júlia Paes da Silva em seu livro: *“Comunicação tem remédio”*, publicado em 2005, elucida que:

“A tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades. Para tanto, é preciso estar atento aos sinais e comunicação verbal e não verbal emitidos por ele e por você durante a internação” (p.13-14)

O enfermeiro, ao implementar ações de cuidado, em especial no contexto da atenção básica, com enfoque na educação e no apoio, busca contribuir na identificação e acolhimento dos homens que apresentam o tabagismo em seu cotidiano. Assim, como membro da equipe de saúde, participa do apoio terapêutico necessário para o abandono deste hábito nocivo à saúde, o que favorece a implementação de estratégias na construção de um plano assistencial, em conjunto com o homem, de modo a aumentar a sua capacidade de cuidar de si.

O aconselhamento pode criar um vínculo entre paciente e enfermeiro que através desta oportunidade de aproximação, cria ferramentas para atuação. O profissional não deve ver a presença do homem na unidade de saúde como um evento esporádico. O homem deve receber atendimento com a mesma qualidade que os outros grupos, tais como crianças, idosos e mulheres grávidas (SMITH, SPADONI & PROPER, 2014).

A inclusão dos homens nos serviços de saúde é de extrema importância, para que os mesmos se sintam confortáveis e acolhidos e entendam que também fazem parte de um sistema de saúde, que além de ter sido criado também para eles, tem ênfase em ações preventivas e de promoção à saúde.

O não reconhecimento dos homens como sujeitos de cuidado pelas equipes de saúde tem contribuído para dificuldades na construção de vínculos entre eles e os profissionais e para os baixos índices de adesão às ações e tratamentos propostos (MARCHIN, 2011).

Logo, os profissionais de saúde que recebem esses homens devem deter conhecimento e habilidades práticas para ouvir suas necessidades, de forma a acolhê-los e orientá-los adequadamente, estimulando a corresponsabilização dos mesmos para o cuidado de si. O homem precisa ser encorajado a assumir suas necessidades de saúde, visto que a resistência masculina no cuidado à saúde aumenta a sobrecarga financeira da sociedade, uma vez que podem ser acometidos por condições crônicas em plena fase produtiva, além do sofrimento físico e emocional deles próprios e de suas famílias (MESQUITA et al, 2015).

É importante que o enfermeiro implemente ações de cuidado que proporcionem uma melhor assistência ao homem, por meio de medidas preventivas é possível reduzir a morbimortalidade associada ao hábito de fumar, por exemplo, e conseqüentemente, o desenvolvimento do câncer. Ressalta-se que a população masculina fica mais exposta ao adoecimento por câncer quando prioriza outras atividades que não o cuidado de sua saúde e a cessação do hábito de fumar.

CAPÍTULO III- REFERENCIAL TEÓRICO

A fim de auxiliar na discussão dos dados, evidenciou-se a possibilidade de aplicação do referencial teórico de Hildegard Peplau, as considerações deste referencial teórico reforçam a importância do processo interpessoal, bem como a interação para que a meta comum ao paciente e ao enfermeiro seja traçada. Diante dessa premissa, é fundamental saber o que o homem deseja, uma vez que o tabagismo pode não ser considerado problema, e não ter sido a causa que o levou à unidade de saúde.

À título de conhecimento desta teórica e de importante marcos em sua carreira, destaca-se o seguinte: nascida em 1º de setembro de 1909 em Reading, na Pensilvânia. Iniciou na Enfermagem em 1931 em um programa de enfermagem em Pottstown, Pensilvânia. Graduou-se em Psicologia Interpessoal em 1943. Compôs o grupo de enfermeiras do Exército dos Estados Unidos no período de 1943 a 1945. Obteve o título de Mestre e Doutora no “Teachers College” da Universidade de Columbia, onde dirigiu e instruiu um programa de enfermagem psiquiátrica entre 1947 e 1953, em cujo período criou sua teoria. O livro que anuncia seu estudo chama-se “Interpersonal Relations in Nursing” e foi publicado em 1949. Importante citar que o livro não foi publicado logo após sua conclusão, mas sim quatro anos após, por ser considerado revolucionário por não ter um médico, como, no mínimo, co-autor. De 1954 a 1974 trabalhou como docente na Faculdade de Enfermagem de Rutgers e lá criou o primeiro programa de Pós-Graduação em Enfermagem psiquiátrica. Foi presidente da Associação de Enfermeiras Americanas (ANA). Faleceu em 17 de março de 1999, aos 89 anos (DE ALMEIDA, 2005; GEORGE, 2000)

Em sua obra, Peplau discute as relações interpessoais e os papéis da enfermagem. Segundo Peplau, a enfermagem pode ser considerada interpessoal, pois sempre envolve a

relação ente um ou mais indivíduos. Para a teórica, a interação enfermeiro – paciente no plano terapêutico se desenvolve por meio do crescimento e aprendizagem mútuos. O indivíduo adquire a capacidade de aprendizado quando tem uma meta e segue alguns objetivos para que ela seja alcançada (GEORGE, 2000). Os encontros terapêuticos são importantes pois influenciam no desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro e do paciente, caracterizando um processo em etapas.

A teoria propõe uma melhor construção da relação entre paciente e enfermeiro, afim de que ambos possam crescer juntos com o resultado construtivo dessa interação, e que ao final do relacionamento terapêutico, ambos possam estar mais fortalecidos e amadurecidos (PEPLAU, 1990).

Para o estabelecimento de metas são seguidos passos, a saber: é preciso identificar o problema; desenvolver um curso de ações para resolvê-lo; reconhecer o indivíduo como único, considerando, então, que cada pessoa tem suas ideias pré-concebidas; e aceitar o senso comum, mas reconhecer que o enfermeiro detém conhecimento específico para atuar como instrumento educativo.

As metas devem ser elaboradas em pensamento conjunto, participando enfermeiro e paciente, e este precisa ser esclarecido sobre o papel do enfermeiro, considerando que o profissional pode, no estabelecimento da relação terapêutica, fazer por ele ou fazer com ele.

As fases do relacionamento interpessoal são descritas da seguinte forma:

1. **Orientação:** nesta fase o paciente revela um problema ou uma necessidade. Nesta primeira etapa é importante reconhecer, esclarecer e definir o problema existente (GEORGE, 2000, p.47). A família e o paciente devem participar ativamente dessa e das outras etapas. Nesta fase ambos se conhecem, identificam o

problema e sentem-se à vontade um com outro, sendo fundamental a criação de vínculo. Após a definição do problema, é necessário destacar quais serão os serviços necessários. Atenta-se que o tabagismo pode não ser “necessidade percebida”, exigindo que o enfermeiro utilize diversos recursos para que isso ocorra, e que assuma uma postura de busca ativa, principalmente quando o tabagismo não é a causa que levou este homem ao serviço de saúde, sendo, portanto, preciso compreender a responsabilidade do enfermeiro ao se aproximar e realizar esta abordagem inicial de maneira intencional.

2. **Identificação:** segundo Peplau (1952-1988), o paciente nesta fase pode ter alguns tipos de resposta ao tratamento iniciado: pode atuar junto com o enfermeiro, mas ser independente; pode ser autônomo e independente do enfermeiro ou pode ser passivo e dependente do enfermeiro (GEORGE, 2000). Nesta fase, o paciente começa a se sentir capaz de lidar com o problema e o enfermeiro deve prestar as orientações necessárias para a resolutividade deste, podendo ocorrer encaminhamentos para os demais profissionais da equipe de saúde. Assim, o enfermeiro como uma fonte de recursos, pode atender a necessidade do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer, ou encaminhá-lo para outro profissional. Mas, diante da magnitude e das dimensões envolvidas no caso do tabagismo, parecem ser mais eficazes as ações multiprofissionais, pautadas na comunicação e na interdisciplinaridade.

3. **Exploração:** o paciente passa a atuar ativamente na resolução do problema, e a tirar vantagens de todos os serviços disponíveis, o que vai depender do seu próprio interesse e da sua necessidade. É importante o enfermeiro permitir que o paciente expresse seus sentimentos sobre o problema e também sobre o tratamento, afim de propiciar um clima emocional que seja terapêutico (GEORGE, 2000). Nesta fase o paciente pode ter recaídas no que diz respeito à superação do problema, o que deve ser minuciosamente observado no caso do tabagismo.

4. **Resolução:** esta é a última fase do processo interpessoal. Entende-se que as necessidades do paciente foram sanadas. Nesta fase devem ser desvinculados os laços terapêuticos. Um resultado positivo apenas pode ser alcançado quando as outras fases também foram bem-sucedidas.

O cuidado de enfermagem envolve uma série de questões que são importantes para que seja eficaz, fazendo o paciente se sentir mais confiante. Conhecer as condições clínicas do doente, o histórico familiar e como o mesmo se sente em relação a sua saúde são questões muitas vezes negligenciadas, tornando, desta forma, o cuidado de enfermagem ineficiente (GEORGE, 2000).

Nas fases do relacionamento interpessoal, ao buscar combater o tabagismo, o enfermeiro desenvolve diferentes papéis, com enfoque para o de conselheiro, ao ajudar o homem a reconhecer seu vício e enfrentar, aceitar e resolver essa questão na sua vida. Mas para isso, o enfermeiro também exerce o papel de educador e provedor de recursos, como no caso de proporcionar informações necessárias para auxiliar na compreensão do problema, bem como de líder, ao buscar esse homem, realizar a intervenção / iniciação e proposição de metas, de especialista técnico, e de substituto, ao se colocar no lugar do outro.

É importante salientar que “as pessoas que estão conscientes de seus próprios sentimentos, percepções e ações tem mais probabilidade de estar conscientes das reações individuais dos outros” (p.46). Este recorte leva à reflexão dos enfermeiros que possam estar ali na linha de frente do cuidado a essa clientela, mas serem fumantes. Por isso, no escopo desta teoria, considerando que os encontros terapêuticos também influenciam o desenvolvimento pessoal, além do profissional, que o enfermeiro consiga experienciar o mesmo processo que o orientado ao homem, para cessação do fumo.

CAPÍTULO IV – MÉTODO

4.1- Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa expõe o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2004, p.22).

As pesquisas descritivas, por sua vez, tem por objetivo descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado (TRIVIÑOS, 2008).

O processo exploratório busca conhecer a variável do estudo, como se apresenta, revelando seu significado e contexto inserido. Sendo assim a pesquisa exploratória ajuda a elucidar que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre (QUEIRÓZ, 1992).

4.2- Cenário do estudo

Os dados foram coletados no Instituto de Atenção à Saúde São Francisco (HESFA), da Universidade Federal do Rio de Janeiro, localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil. Os cenários para recrutamento dos participantes do estudo foram a Unidade de Cuidados Básicos (UCB) e a Unidade de Atenção aos Problemas Relacionados ao Álcool e Outras Drogas (UNIPRAD).

A escolha do HESFA decorre da delimitação do objeto no que se refere ao contexto da atenção básica. Ressalta-se que, de acordo com a Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013, do Ministério da Saúde, a atenção às pessoas tabagistas deve ser realizada prioritariamente nos serviços de atenção básica.

O HESFA tem o compromisso com a qualidade da assistência prestada e com a formação de profissionais para a Atenção Primária em Saúde. Trata-se de um centro de referência no ensino da atenção primária e no cuidado continuado em saúde. A UCB atende homens nas diferentes etapas do ciclo da vida, dentre outras clientelas, e tem o modelo de serviço voltado para promoção do cuidado de si, por meio de programas específicos e ações educativas individualizada e coletivas. A UNIPRAD atua no campo

de álcool, drogas e outros transtornos do impulso que tanto afligem a sociedade, também recebendo a população masculina.

Quanto aos serviços oferecidos nas unidades citadas acima, a UNIPRAD compreende consultórios com especialistas como enfermeiro, médico psiquiatra, assistente social, psicólogo e também grupos de terapia. O atendimento é realizado de segunda a sexta-feira em horário comercial e os pacientes são previamente agendados com cada profissional.

Na UCB os serviços oferecidos são: sala de curativo, consultório médico com especialidades de pediatria, cardiologia e clínica médica. No consultório de atendimento a pacientes com DST/AIDS, as consultas desta modalidade são realizadas por um enfermeiro especialista na área, que é responsável por consultas de pacientes do sexo masculino. As consultas de pacientes do sexo feminino são realizadas por enfermeiras da unidade ou residentes de enfermagem da saúde da mulher.

Também há consulta de enfermagem realizada prioritariamente por professores e alunos da Escola de Enfermagem Anna Nery, que atendem pacientes ambulatoriais que aguardam atendimento médico.

Profissionais da área de psicologia e serviço social também são atuantes na UCB.

Considerando a singularidade do homem tabagista, a atenção básica foi o campo de pesquisa escolhido devido à complexidade e integralidade dos cuidados oferecidos à comunidade.

4.3- Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 24 homens que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: homens na faixa etária de 20 a 70 anos de idade, tabagistas ou ex-tabagistas e com risco de câncer, que possuíam matrícula no HESFA em atendimento nos serviços da UCB e/ou da UNIPRAD.

Como critério de exclusão foram considerados: homens com distúrbio da capacidade cognitiva, e aqueles que não estavam comparecendo aos serviços.

A captação dos participantes do estudo, atendendo a tais critérios, foi realizada por meio da consulta das agendas de atendimento dos serviços, do acesso aos prontuários e das informações obtidas com os próprios profissionais que realizam os atendimentos.

4.4- Produção e Coleta de dados

Para produção e coleta dos dados foi utilizada a entrevista semiestruturada.

Triviños (2008) enfatiza que o tipo de entrevista mais adequada para a pesquisa qualitativa seria a menos estruturada, em que não há imposição de uma ordem de questões e o participante pode se expressar.

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes. A primeira contendo questões fechadas sobre dados de caracterização do perfil sociodemográfico dos homens participantes da pesquisa; e a segunda composta por questões que norteiam os objetivos da pesquisa, compondo o roteiro de entrevista semiestruturada propriamente dito (apêndice A).

As entrevistas foram realizadas individualmente, no próprio cenário de pesquisa, em ambiente silencioso e tranquilo, garantindo privacidade e conforto para que os participantes pudessem expressar livremente seus pontos de vista acerca do tema. As

entrevistas foram gravadas em dispositivo de áudio (MP4) e posteriormente transcritas na íntegra, respeitando-se a coloquialidade do discurso.

A coleta de dados aconteceu entre novembro de 2015 a abril de 2016. Ressalta-se que, no momento da abordagem dos possíveis participantes, quatro homens não aceitaram participar do estudo devido à necessidade de no TCLE terem que assinar o nome de forma legível, bem como três se negaram ao serem elucidados sobre o tema da pesquisa.

As entrevistas duraram em média dez minutos, o que foi considerado como uma das limitações, devido à dificuldade de os homens expressarem suas ideias e experiências sobre o tema, mesmo com recursos da pesquisadora para estabelecimento do diálogo e de uma relação que os deixasse à vontade.

4.5- Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir do emprego do método da análise de conteúdo com a técnica temática, de modo a contribuir para o destaque das percepções dos participantes e, comparativamente, evidenciar o que surgir de mais frequente nos discursos, para composição das categorias (BARDIN, 2009).

No método da análise temática, os dados brutos foram submetidos às seguintes etapas:

- Pré-análise: foi realizada a leitura do material, que consistiu no contato inicial com os registros da coleta de dados, para que a pesquisadora pudesse imergir nos dados, evidenciando mensagens, impressões e orientações.

- Exploração do material: nesta fase, já tendo assinalado os pontos que parecem relevantes para o estudo, foram feitos os recortes nos registros, de maneira que fosse possível promover uma transformação sistemática do material.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa, os dados foram classificados e categorizados, e foram dadas as inferências tendo em vista as questões propostas pelo estudo.

Assim, a organização da codificação foi direcionada pela escolha das unidades temáticas. Neste caso, a unidade de registro utilizada foi o tema. Bardin (2009, p. 131) lembra que: “[...] fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido [...]”.

4.6- Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/HESFA), respeitando a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas com seres humanos. O projeto obteve aprovação em 05 de novembro de 2015, com parecer número 1.310.464 (Anexo A).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B), que foi impresso em duas vias, ficando uma com estes e outra com a pesquisadora. Dessa forma, foi obtida a anuência dos participantes da pesquisa, havendo a preocupação com uma explicação completa sobre a natureza do estudo, objetivos e métodos, de forma que a sua participação na pesquisa fosse voluntária, podendo declinar a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

As informações das entrevistas foram utilizadas exclusivamente pela pesquisadora, com objetivo científico, e também poderão ser acessadas pelo CEP. As gravações serão apagadas após cinco anos.

Para manter o anonimato dos participantes, e sigilo das informações, os entrevistados foram identificados através de códigos alfanuméricos, como por exemplo: H1, H2, H3..., considerando a letra H da palavra homem.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

4.1- Caracterização do perfil sociodemográfico dos homens participantes da pesquisa

As informações referentes à faixa etária dos participantes no estudo podem ser observadas no quadro 01.

Quadro 1. Em relação a faixa etária dos participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa apresentaram profissões bem distintas, sendo, um eletricista, um copeiro, um guardador de veículos, um militar reformado, um pedreiro, um pintor, um ajudante de serviços gerais, um autônomo, um recepcionista de agência de viagens, um agente executivo, um ajudante de mecânica, um aposentado, um assistente comercial, um gráfico, um músico, um eletricista, um advogado, um microempresário, um comerciante, um estudante, dois cozinheiros e dois desempregados.

Com relação ao quantitativo de filhos, onze relataram não ter filhos, enquanto os outros treze relataram ter de dois a quatro filhos.

No

Faixa etária	Nº de participantes
20-30 anos	3
31-40 anos	5
41-50 anos	6
51-60 anos	7
61- 70 anos	3

que se refere à

estratificação escolar, onze homens informaram ter o nível médio completo, dez homens possuem o nível fundamental incompleto, dois o nível superior incompleto, e um o nível superior completo.

Em relação ao estado civil, dos 24 homens entrevistados treze são solteiros e onze são casados.

A relação do consumo diário de cigarro dos participantes do estudo, incluindo o a situação atual do vício, bem como o tempo de exposição ao mesmo ou tempo em que se encontra sem fumar, pode ser observada no quadro 02.

Quadro 2. Relação idade /nível de escolaridade/ uso do cigarro dos 24 homens entrevistados.

Homens	Idade /anos	Nível de Escolaridade	Tabagista Atual	Cigarros /dia	Tempo com o hábito de fumar	Tempo que deixou de fumar
H1	57	Nível Fundamental Incompleto	Não	20	18 anos	3 meses
H2	50	Nível Fundamental Incompleto	Não	40	25 anos	15 anos
H3	62	Nível Fundamental Incompleto	Sim	40	35 anos	-
H4	51	Nível Fundamental Incompleto	Sim	40	25 anos	-
H5	32	Nível Médio Completo	Sim	6	10 anos	-
H6	49	Nível Fundamental Incompleto	Sim	12	31 anos	-
H7	50	Nível Médio Completo	Sim	20	37 anos	-
H8	59	Nível Fundamental Incompleto	Não	20	25 anos	20 anos
H9	58	Nível Fundamental Incompleto	Sim	6	30 anos	-
H10	40	Nível Fundamental Incompleto	Sim	20	15 anos	-
H11	29	Nível Superior Incompleto	Sim	20	5 anos	-
H12	57	Nível médio completo	Não	30	30 anos	27 anos
H13	68	Nível médio Completo	Não	20	36 anos	18 anos
H14	47	Nível médio Completo	Sim	20	29 anos	-
H15	49	Nível Fundamental Incompleto	Não	20	29 anos	20 anos
H16	27	Nível Superior Incompleto	Sim	10	13 anos	-
H17	68	Nível Médio Completo	Não	10	40 anos	13 anos
H18	55	Nível Fundamental Incompleto	Sim	20	40 anos	-
H19	53	Nível Superior Completo	Sim	15	35 anos	-
H20	28	Nível Médio completo	Não	20	10 anos	4 anos
H21	50	Nível Médio completo	Sim	10	35 anos	-
H22	40	Nível Médio Completo	Sim	20	25 anos	-
H23	40	Nível Médio Completo	Não	20	20 anos	6 anos

H24	39	Nível Médio Completo	Não	40	17 anos	12 anos
-----	----	----------------------	-----	----	---------	---------

Tais informações do perfil sociodemográfico são importantes para contextualizar as falas dos participantes do estudo, de modo a contribuir para a análise e discussão das mesmas, com base na revisão de literatura.

4.2- Apresentação dos dados provenientes das entrevistas

Na aplicação do método da análise de conteúdo com a técnica temática, foram construídas quatro categorias, que serão apresentadas a seguir.

Categoria 01: O significado do tabagismo na vida do homem

Sobre o significado, destaca-se inicialmente, a importância do conhecimento do homem acerca do tabagismo, pois a falta de conhecimento foi relacionada à maior probabilidade de se iniciar este hábito. Em seus depoimentos, os homens declararam os aspectos negativos acerca deste hábito, apesar de estar relacionado também com a possibilidade de proporcionar prazer e diminuir ansiedade.

“Definitivamente o tabagismo nunca foi uma coisa boa, o cigarro dá uma falsa sensação de prazer ou de alívio”. (H15-UCB)

“Primeiramente eu sei que é horrível, é ruim, não faz bem, mas eu comecei com 15 anos e na época não tinha informação, eu era novo, era muita onda e eu continuei e aí fiquei viciado e dependente, mas me dá uma relaxada, quando eu estou muito tenso eu fumo mais. Por isso eu ainda não consegui parar. Eu sou muito ansioso. Eu dou uma descarregada no cigarro às vezes. Quando eu bebo também sinto muita vontade de fumar. Final de semana a tendência é fumar mais”. (H21-UCB)

Uma das formas de obtenção de informações acerca do tabagismo relatada pelos homens é através da mídia.

“Sei que é um troço ruim, mas a gente se torna dependente, e mata, está aí na televisão falando que sempre tem problema, traz problema para a saúde, só que a gente se torna dependente. Aí já viu, não é? Igual a mim, agora estou fumando muito, porque diminui muito a cocaína, e uma coisa supre a outra”. (H4 – UNIPRAD).

Sobre as informações e suas influências destaca-se que são obtidas no meio social, na informalidade, entre amigos. Assim, como forma de inclusão social, em um determinado meio, muitos homens são estimulados a iniciar o tabagismo. E fumar um cigarro, então, passa a significar fazer parte de, estar integrado com outras pessoas.

“Influência de amigos, que diziam, a isso é legal, não sei o que... e eu queria fazer parte do ciclo social e hoje em dia eu aprendi que não é tão simples assim, hoje eu aprendi que não precisa você fazer essas coisas para você ser alguém. A influência interferiu muito, não é todo mundo que tem uma instrução decente, então acaba que você vai fazer, para fazer parte de um ciclo você acha que tem que fazer aquilo, aí depois com o tempo eu aprendi que não, que não é assim. Agora já tenho o vício e fica mais difícil”. (H11-UNIPRAD)

Além da noção acerca do tabagismo estar relacionada aos malefícios à saúde, podendo desencadear doenças, destaca-se nos depoimentos a questão econômica, representando na vida do homem um desvio financeiro para sustentação do vício. Assim, o tabagismo significa gasto financeiro, que muitas vezes leva o homem a priorizá-lo em detrimento de outro importante recurso para manutenção da sua vida e bem estar.

“É você fumar cigarro propriamente dito, dizendo assim você está consumindo tabaco. O tabagismo representa uma grande perda de tempo, dinheiro jogado fora e faz muito mal à saúde”. (H20-UCB)

“É um vício que te domina, e às vezes você na hora do aborrecimento, do nervoso, a primeira coisa que você faz é procurar um cigarro. E

dependendo da forma de vício que você tenha, se você tiver dez reais no bolso você deixa de almoçar na rua para comprar cigarro”. (H3-UCB)

Para os homens o significado do tabagismo em suas vidas tem repercussões nas relações sociais, podendo interferir no convívio com as outras pessoas, especialmente com seus familiares. Tal problemática é difícil de ser gerenciada pelo homem uma vez que ele não tem domínio do vício, e por isso, não consegue se privar de fumar, independente do contexto onde se encontra.

“Interferia muito na minha família, eu sempre tinha que me afastar para fumar e incomodava muito, principalmente nos meus relacionamentos. Quando eu trabalhava tinha que dar uma descidinha na portaria para fumar, e já fui advertido uma vez no trabalho por causa disso, de ficar descendo toda hora para fumar”. (H20-UNIPRAD)

“É a pessoa que não domina o vício. Aquela pessoa que não se manca. Esse é o problema. Interferia na vida de todo mundo, que está perto e quem está longe. O cigarro atrapalhava minha vida demais, com a minha filha, minha mulher, porque é difícil, como eu vou ficar perto de você fumando se a fumaça te incomoda? O fumante não tem educação, ele não sabe. Quando ele percebe ele já está importunando a pessoa que está do seu lado. O fumante está do lado da pessoa que não fuma, ele não tem essa educação e se você reclamar o fumante ainda vai achar ruim. Eu falo isso porque eu era assim, sei muito bem como é”. (H12-UCB)

No que se refere aos avanços nas políticas e seus reflexos nas leis contra o tabagismo, destaca-se que a proibição de fumar em ambientes coletivos implica no homem se sentir errado, fora dos padrões, de modo que o tabagismo passa a significar um erro em sua vida.

“Ah, a sociedade exige, e você se sente até errado, você tem que sair para ter que fumar, não pode fumar em lugares fechados por causa da lei, entre aspas você é sempre uma pessoa que incomoda alguém, incomoda as pessoas que não fumam, e até mesmo eu como fumante não gosto do cheiro do cigarro, me incomoda, fica na roupa, até mesmo quando eu ia trabalhar com o cliente, fica aquele cheiro de cigarro e é realmente feio e não é legal”. (H11-UNIPRAD)

“O cigarro interfere na minha vida, as pessoas falavam sai com esse cigarro para lá, as pessoas sempre reclamam”. (H8-UCB)

Então, diante do peso negativo do tabagismo em suas vidas, muitos homens decidem parar de fumar de modo consciente, embasados nos malefícios deste vício, que repercutem em vários aspectos, seja no âmbito financeiro, bem como na saúde física, por exemplo.

“Ah, mas se eu soubesse eu nem teria fumado, foi a melhor coisa que eu fiz na minha vida foi deixar de fumar. Eu digo para você que eu ficava muito ofegante, não conseguia fazer nada, passava uma ladeira eu ficava cansado, hoje não, subo uma ladeira e fico tranquilo. A maior besteira que eu fiz na minha vida foi fumar, perdi dinheiro, só não fiquei doente, graças a Deus. Mas eu parei por mim mesmo, não precisou de simpatia, nem de remédio, foi tipo assim: amanhã não fumo mais”. (H13-UCB)

“Foi porque eu quis mesmo, ninguém me deu orientação de nada eu que quis. Todo mundo sabe que o cigarro faz mal, não para mesmo porque não quer, o meu irmão morreu, aí sim ele parou de fumar, Morreu! Eu pensei que eu nunca ia conseguir parar de fumar. Hoje em dia a pessoa até pode fumar perto de mim. O pessoal pode até fumar perto de mim, não me incomoda. Mas eu não aconselho ninguém a fumar. Pelo contrário”. (H13-UCB)

A estética, a apresentação do homem e o sentido do olfato, que é muito característico do fumante com cheiro de cigarro, também foram fatores negativos citados como um dos motivadores para cessação do vício.

“Deixava cheiro ruim, deixava indisposto, e também sentia falta de ar, essas coisas, e também se tornou uma coisa feia, uma coisa feia, a estética não servia, ficar com aquele cigarro na mão”. (H23-UCB)

O desejo de fumar, muitas vezes, relaciona-se com desequilíbrios emocionais, o que estende a dimensão deste vício para além do aspecto físico, integrando o contexto de vida do homem à dimensão que este problema ou “solução” passa a representar.

“É um afastamento da crise de nervo, você entra na depressão e logo vem aquela vontade do cigarro, aí você fuma um cigarrinho e fica mais tranquilo”. (H1-UCB)

As experiências de cada homem, que podem fragilizá-los, refletem na necessidade de fumar. Em seus depoimentos, alguns fumantes relataram não se sentirem preparados para parar de fumar, diante do importante significado deste vício para manutenção do seu equilíbrio emocional.

“Na fase que eu estou não tem como, eu tive uma perda muito grande na minha vida há um ano e a minha vida mudou 100%, minha vida foi de um jeito durante 50 anos e de repente tudo mudou. Eu até poderia ter tido esse momento de parar um tempo atrás, mas no momento eu estou em um momento muito complexo da minha vida para viver. Eu mesmo sei que se eu for tentar parar agora o que vai acontecer? Eu vou ficar muito nervoso, e será mais um problema. Você está me entendendo? Eu sei que me faria muito bem, só que psicologicamente eu não estou em um momento que eu consiga. Mas eu nunca tentei parar de fumar em todo esse tempo posterior ao ocorrido. Eu nunca tive sintoma nenhum do tabagismo. Eu fumei sempre muito”. (H21-UNIPRAD)

A relação do tabagismo com as questões de religiosidade e espiritualidade também foi mencionada pelos participantes, seja contribuindo para a cessação do vício, ou apresentada como influência sem representatividade, frente à força de vontade do próprio homem para parar de fumar.

“Porque é um vício e é difícil você largar, eu conheço pessoas que são evangélicas que não conseguiram parar de fumar. Até conseguiram parar de beber, mas parar de fumar definitivamente é uma coisa muito difícil. Fumar é um vício inexplicável. Eu acho que é uma coisa do organismo, algumas pessoas conseguem, outras simplesmente não conseguem”. (H15-UCB)

“O cigarro é um vício como outro qualquer, é um ser que é viciado mesmo. Para você deixar o vício é uma dificuldade imensa. Para mim a realidade foi quando eu falei que não ia mais fumar, vou parar e ainda há um ano eu senti falta dele. Mexia no meu cérebro e dava muita falta, mas eu resisti. Sem medicação, sem igreja, sem nada. Hoje eu caminho, faço muitas coisas, como qualquer pessoa nova”. (H17-UCB)

“Naquela época, não vou especificar muito, eu estava vivendo uma fase de espiritualidade muito forte que eu não vou entrar em detalhes. Aí decidi parar de fumar naquele momento. Antes eu fiz muitas tentativas, mas nunca conseguia”. (H24-UCB)

Entretanto, quando questionados acerca da dependência, muitos consideraram controlar a situação, afirmando poder parar quando desejarem; enquanto outros assumiram serem dependentes, sendo uma consciência que pode contribuir para cessação do vício ou vulnerabilizá-los ainda mais nas tentativas de parar de fumar.

“Não, não me considero (dependente). Nem de cigarro, nem de bebida nem de nada”. (H1-UCB)

“Uma coisa que está na cabeça já e no sangue, por isso me considero dependente do cigarro”. (H21-UCB)

“Representa para mim uma coisa ruim. É uma coisa que não é tão simples por causa das químicas que vem no nosso corpo, eu tenho um pouco de consciência disso, mas no caso a força de vontade não está tão simples assim comigo, no caso, eu sou dependente”. (H11-UNIPRAD)

Ainda sobre a relação do homem e a dependência do cigarro é frequente a afirmativa de que muitos tiveram tentativas frustradas de parar de fumar devido à grande dependência que a nicotina pode causar. As crises de abstinência também foram citadas como grande empecilho para vencer o vício.

“[...] sim, tanto que já tentei várias vezes parar de fumar e quando eu voltei foi muito pior”. (H7-UNIPRAD)

“Já sim, foi bem ruim eu conseguir ficar uma semana sem fumar, eu tremia constantemente”. (H6-UNIPRAD)

“Já tentei sim, umas três vezes. Aí eu peguei, joguei o maço fora, eu estava irritado, joguei o maço quase todo fora e aí depois, no dia seguinte, eu me estressei com problemas pessoais e voltei a fumar, e tipo assim, entre aspas, relaxa, mas eu sei que não tem nada a ver, é só uma sensação química”. (H11-UNIPRAD)

Em relação ao tempo que alguns homens ficaram sem fumar e não conseguiram cessar o vício, foram diversos os motivos, dentre eles, destacam-se: o convívio com outros fumantes, especialmente no caso de familiares que residem juntos, influenciando o desejo em continuar o vício; ou em casos específicos, onde fumar é proibido, embora possam de alguma maneira burlar as regras diante da necessidade imperiosa de fumar um cigarro, e não seja um determinante para cessação do vício.

“Sim, quando estava hospitalizado, foi muito bom o estômago melhorou, a falta de ar melhorou”. (H9-UCB)

“Pretendo parar de fumar sim, mas eu não gostaria de parar. Eu já fiquei quatro meses sem fumar mas voltei. É que minha esposa também fuma aí fica aquele cheirinho de cigarro”. (H14-UCB)

Categoria 02: O tabagismo e suas relações com o processo saúde-doença

A partir do significado atribuído pelo homem acerca do tabagismo, foi possível extrair dos depoimentos, que em sua maioria, há conhecimento acerca dos malefícios à saúde gerados pela manutenção deste hábito. Assim, esta categoria busca abordar a consciência desses homens acerca da relação do tabagismo com o processo saúde-doença, sentida pelo próprio homem ou a partir da vivência dos mesmos com outras pessoas também fumantes e que de fato vivenciaram a situação da doença. Desse modo, alguns homens relataram perda de familiares ou amigos por conta do tabagismo, principalmente por causa do câncer, sendo possível perceber nos depoimentos, o impacto que tal informação é capaz de causar, que se relaciona ao estigma da doença oncológica.

“Meu pai morreu de câncer, minha mãe morreu de câncer. Meu pai fumava. Eu acho que fumar e ter câncer tem relação, mas nunca estudei isso profundamente”. (H3-UCB)

“Eu perdi um irmão agora vai fazer dois anos no dia 20, por conta do cigarro. Ele teve câncer no esôfago. Ele veio do Norte e operou aqui. É muito difícil”. (H8-UCB)

“Representa um veneno, até que você vê que todas as pessoas que fumam tem tendência a ter câncer de pulmão. O pulmão não é nossa câmara de ar? Eu penso assim, entende?” (H13-UCB)

Devido a essa vivência traumática, muito homens decidiram parar de fumar optando por um estilo de vida mais saudável.

“Eu parei de fumar porque meu pai morreu cedo de problemas do coração, mas o médico falou que o fato dele ter fumado a vida toda piorou muito a situação dele, e isso me impactou muito e também me motivou a parar”. (H20-UNIPRAD)

Alguns homens relataram problemas específicos de saúde, nem sempre relacionados ao tabagismo, e buscar a unidade de assistência à saúde apenas quando em situações de emergência, o que é característica desse perfil de clientela. Além disso, o motivo para busca de assistência retrata o fato do não reconhecimento do tabagismo como um problema de saúde que requeira intervenção de um profissional específico.

“Não, só quando tem algum problema grave. Tenho problema de coração, problema de fígado grande”. (H3-UCB)

“Eu não busco unidade de saúde regularmente, só estou aqui por conta dessa alergia no rosto que está me incomodando muito”. (H16-UNIPRAD)

“Eu sou bem cuidado, não acho que poderia ser de outra forma, é uma coisa normal. Só vou ao médico quando tenho algum problema, sou brasileiro típico, que só procura no último caso”. (H21-UCB)

Úlceras venosas e problemas cardiovasculares também foram citados pelos participantes como doenças provenientes do hábito fumar.

“Sim, muitas coisas vem do cigarro. Esse problema na minha perna foi do cigarro”. (H8-UCB)

“Tem claro, com certeza. Câncer, entupimento de veias, esse problema que eu tenho, dizem que é e que não é, que pode ou não pode ser. Veia entupida, varizes entupidas. Me falaram que essa úlcera que eu tenho na perna é por conta do tabagismo. Pode ter ajudado a formar”. (H12-UCB)

“Acho que sim, porque eu tive trombose também, e o médico falou que para quem tem trombose como eu tive, o cigarro ainda não é muito bom”. (H3-UCB)

Os sinais do tabagismo na vida do homem, previamente a um possível diagnóstico médico que possa estar relacionado ao tabagismo, afeta sua qualidade de vida, com impressões no cotidiano que muitas vezes os privam de certas atividades.

“Já fiquei oito meses sem fumar, ainda mais quando eu jogava bola e tinha campeonato, eu parava de fumar, porque aí você desenvolve mais seu preparo. Quando eu fumava, aí jogava aquela partida no fim de semana e o peito queimava, ficava ardendo”. (H1-UCB)

Embora a manifestação de doenças, inclusive de caráter crônico, possa estar acometendo e afetando a vida desses homens, não se configuram, ou não ganham a devida importância para justificar e estimular a cessação do vício.

“Tenho pressão alta, hipertensão e três derrames, era para eu ter parado de fumar, mas não parei, não consigo. Eu já tive três infartos e o tabagismo ajudou muito nisso. Mas não tenho doença nenhuma, não tenho colesterol, nem nada”. (H14-UCB)

Categoria 03: Necessidades de cuidado do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer

É sabido, por meio dos depoimentos, que os homens reconhecem, em sua maioria, a relação entre o tabagismo e o risco de câncer. Contudo, possuem muitas dificuldades para cessação do vício, mesmo diante de alguma doença já instalada, neste caso, destacaram-se os acometimentos do sistema circulatório, o que também se relaciona com o perfil do cenário investigado. Assim, ao serem abordados sobre necessidades de cuidado, ao encontro das questões culturais e de gênero que abarcam essa clientela, foram observadas limitações para seu reconhecimento. De forma geral, dentre as necessidades de cuidado que os homens relataram, a educação em saúde foi a mais mencionada durante as entrevistas.

“Já me orientaram, inclusive eu faço tratamento aqui, mas é uma coisa que eu tenho que ter minha força de vontade. Só eu mesmo posso parar”. (H22-UNIPRAD)

“Principalmente o cardiologista, que falou que se eu não parar de fumar eu não iria passar dos 40 ou dos 30 anos”. (H2-UNIPRAD)

“Já, já sim, eles falam sobre o cigarro. Um rapaz que eu conheço que trabalha em hospital, falou que o intestino de quem fuma é diferente das pessoas que não fumam”. (H8-UCB)

Entretanto, alguns dos participantes falaram que nunca receberam orientações ou informações acerca do tabagismo por profissional de saúde.

“Não, nenhum, nunca. Pelo contrário, eu vou ao médico e ele nunca fez esse tipo de pergunta, mas eu sei que ele (tabagismo) está aí para meus malefícios”. (H5-UNIPRAD)

Orientações superficiais e não impactantes sobre os malefícios do cigarro, também foram abordadas pelos participantes, que demonstraram certa revolta por não receberem informações sobre os reais danos e agravos a saúde que o uso do cigarro pode causar.

“Nunca, só falam assim: larga o cigarro, mas assim explicar profundo não”. (H4-UCB)

“Não, apenas pediu para eu parar de fumar”. (H7-UNIPRAD)

“[...] ser melhor orientado, não apenas falar para parar de fumar, e parar de fumar”. (H7-UNIPRAD)

Ao serem questionados sobre suas necessidades de cuidado, os homens apresentaram opiniões diferentes. Ora mencionam que os profissionais de saúde ofertam cuidados importantes e essenciais, ora questionam o cuidado como deficiente, considerando, de forma ampliada, as deficiências do sistema de saúde.

“Eu poderia ser melhor cuidado. Acho que eles poderiam me dar mais valor”. (H18-UCB)

“Eu não digo nem ser cuidado pelos médicos no caso, mas sim os governantes que não dão condições para que nós tenhamos um bom atendimento. Ontem mesmo eu fui no hospital de Acari e o médico antes de me atender já tinha atendido 67 pessoas, isso não existe, é até prejudicial para o médico”. (H17-UCB)

O depoimento acima reflete ainda sobre os recursos do sistema de saúde e as condições de trabalho, que podem impactar na qualidade da assistência prestada e na saúde do trabalhador.

“Nem te falo sabe, vou nem te responder isso. Tem umas partes que são difíceis e outras que são fáceis, entendeu? Hoje a saúde em si está muito acabada, muito defasada”. (H2-UCB)

A atuação intervencionista no âmbito da orientação por parte dos profissionais da saúde, como no caso dos médicos, foi mencionada diversas vezes, sendo considerada pelos homens como uma forma de cuidado eficaz e por gerar impacto. Nessa perspectiva, embora pautadas no senso comum, em sua maioria, destacou-se a importância de orientações provenientes de pessoas que fazem parte da rede social deste homem.

“Quando você vai a um profissional de saúde e é bem orientado, como esse cardiologia, você se sente melhor”. (H3-UCB)

“Eu não quis, eu fui proibido. Quando o médico da Santa Casa me mostrou lá, quando eu tirei a chapa do pulmão ele me mostrou que o pulmão estava todo tomado. Aí ele me falou ou você para ou você não verá sua filha casada. Aí, mesmo assim ainda fumei dois anos. Eu nem tentei, comprei remédio, comprei tudo, mas não adianta, tem que ter força de vontade. Tem que ser homem, tem que ter opinião. Eu parei de fumar em um final de semana. Teve uma hora que eu fiquei enjoado, joguei fora o cigarro e nunca mais fumei, desde aquele momento eu não fumei mais. Rodou tudo comigo”. (H12-UCB)

“A minha própria médica gastro, a minha mãe antes de morrer, e o meu irmão agora, ele sabe que eu estou com problema e ele está no meu pé. Ele me liga todo dia e fala para eu parar de fumar. Eu já tive vários toques, muitos profissionais mesmo, de pessoas que são profissionais e não profissionais também”. (H21-UCB)

Com base na participação dos profissionais da equipe de saúde na esfera da educação em saúde contra o tabagismo dá-se enfoque à atuação do enfermeiro, especialmente no contexto da atenção básica.

“Essa aí é gente fina (enfermeira da sala de curativos). Não é brincadeira não, ela não pode ser minha mãe porque é mais nova do que eu, mas ela é a protetora dos idosos, trata todo mundo muito bem. Se todos fossem iguais a ela [...]”. (H8-UCB)

“E os enfermeiros são muito importantes, sem eles os médicos não poderiam fazer nada. Eu fiz grandes amigos enfermeiros, tenho contato com eles até hoje”. (H15-UCB)

Com relação à fonte da obtenção das informações, também foram destacadas as formas não verbais para atingir essa clientela.

“Eu vejo as orientações escritas em folhetos pregados em paredes, mas diretamente com os profissionais não. Eu sei que é perigoso fumar”. (H6-UNIPRAD)

Um dos participantes mencionou que teria grande desejo em parar de fumar e que já procurou unidade de saúde para ingressar em grupos de antitabagismo, entretanto mesmo deixando seus contatos, não obteve retorno do sistema, o que evidencia falhas.

“Eu te falei eu queria ir para o programa de tabagismo, mas dei meu telefone e até hoje ninguém me ligou”. (H9-UCB)

Apesar da importância da atuação do profissional da equipe de saúde, inclusive, considerando a necessidade de abordagens múltiplas de uma equipe, os homens reforçaram a importância da força de vontade e da necessidade de reconhecerem o tabagismo como problema de saúde.

“Como eu gostaria? Ah, vocês estão aí, acho que tudo depende de nós, a orientação técnica que existe vocês estão dando”. (H4-UNIPRAD)

Contudo, serem abordados ou não por ações educativas contra o tabagismo parece não os afetar de modo que possa significar a cessação do vício, o que requer revisão das estratégias para alcance dos objetivos nesse público alvo.

Categoria 4: O Tabagismo e sua relação com outras drogas

Considerando que um dos cenários deste estudo foi a Unidade de Atenção aos Problemas Relacionados ao Alcool e Outras Drogas (UNIPRAD), tem-se a construção desta categoria com base, especialmente, nos depoimentos de seus participantes, alinhados às situações de redução de danos sociais e à saúde por meio do tabagismo.

Os homens usuários de drogas ilícitas revelaram grande transtorno psicológico devido ao uso constante dessas drogas. Em contrapartida, enxergam no tabagismo a

possibilidade de substituição de vícios e redução ou ausência de malefícios e alterações de seu estado mental comparado a outras drogas, inclusive, considerando o que legalmente é permitido e o que não é.

“Mental que é a droga, me deixa louco, eu fico com problema de visão, fico vendo vultos, ataca, dá um ataque, quando eu bebo eu tenho apagões. Não tem relação com o cigarro”. (H6-UNIPRAD)

“Atualmente o cigarro significa coisa negativa, uma coisa ruim, mas para mim é uma forma de escape, uma forma de suprir a volta para a cocaína, eu sou dependente sim”. (H4-UNIPRAD)

Apesar da conscientização acerca dos malefícios do cigarro, bem como das drogas ilícitas, como a maconha, evidencia-se a dificuldade de cessar ambos os vícios, mas ressalta-se que a busca por assistência à unidade de saúde decorre do uso da droga ilícita, o que evidencia mais uma vez a pouca importância depositada no uso do cigarro de nicotina. Assim, o tabagismo não foi citado como problema de saúde que necessite de ajuda profissional para sua cessação.

“Sei que ele (tabagismo) causa câncer, é o principal motivo de causar câncer e mata as pessoas. E prejudica de alguma forma. Eu tenho consciência desse mal, mas infelizmente eu adquiri. No caso, eu também utilizo a maconha, e não uso todo dia. Mas como estou procurando ajuda, não uso todo dia”. (H11-UNIPRAD)

“Para curar o tabagismo não, eu busco aqui por causa do álcool e das drogas”. (H6-UNIPRAD)

Ser usuário de drogas ilícitas e alcoolista é um dos motivos do homem buscar a UNIPRAD e os participantes abaixo citam esses hábitos como prejudiciais a ponto de serem considerados como doença.

“Uso drogas e bebo, essas que são minhas doenças”. (H22-UNIPRAD)

“Eu acharia que o governo deveria fazer mais serviços, para esse tipo de doença (uso de drogas), isso é uma doença, é uma doença, que você na juventude, pede, o meu é quando eu estava no corpo de bombeiros, eu não tinha, eu usava esporadicamente, depois que eu sai do corpo de bombeiros eu ficava fazendo nada, aí piorou muito, estou 5 dias sem usar drogas”. (H5-UNIPRAD)

Observa-se nos depoimentos, a facilidade e a comodidade do uso de cigarros. Por ser pequeno, pode ser colocado até mesmo em um bolso da calça, e levado e utilizado em qualquer lugar, que seja permitido fumar. Entretanto a bebida alcoólica demanda um tempo maior, como por exemplo ir a um bar e pedir a bebida. Já o cigarro, de acordo com as entrevistas, o homem pode pegar, acender e fumar até andando e mesmo que não tenha isqueiro, o fumante solicita a alguma pessoa da rua que tenha. Mostrando dessa forma que os empecilhos para a utilização do cigarro são mínimos.

“O cigarro ainda é pior que a bebida, porque o cigarro você coloca no bolso, e a hora que você quer, você vai lá e pega”. (H7-UNIPRAD)

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) explica que muitas doenças poderiam ser evitadas se os homens procurassem os serviços de saúde com mais regularidade pela porta de entrada do SUS, que é a APS/Estratégia de Saúde da Família. Segundo Yoshida (2016), os homens em idade produtiva adiam a

procura por serviços de saúde, fazendo-o apenas em situações consideradas graves. Esta realidade também fora evidenciada na fala dos participantes do estudo, todos em idade produtiva, considerando que a maioria atualmente está em atendimento por profissional da saúde, principalmente, por causa de doenças cardiovasculares ou pela dependência de álcool e drogas ilícitas.

A expectativa de vida do brasileiro passou a ser de 74,6 anos em 2012. Cinco meses e 12 dias a mais em relação à estimada em 2011 (74,1). Em relação ao sexo da pessoa, a expectativa dos homens passou de 70,6 anos em 2011 para 71 anos em 2012. E para as mulheres, aumentou de 77,7 para 78,3 anos, considerando o mesmo período. Conclui-se então que as mulheres vivem mais que os homens em aproximadamente 7 anos. Essas estimativas fazem parte da Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil – 2012 que tem como base a Projeção de População para o período de 2000-2060, divulgada anualmente pelo IBGE.

Ao se tratar da relação dos homens com o tabagismo evidencia-se que o significado atribuído pelos mesmos acerca deste vício não se remete à condição patológica, não sendo, portanto, a queixa principal que os levou ao contexto investigado. Assim, o tabagismo não é considerado uma necessidade de saúde, e não ganha prioridade, na maioria dos casos, para receber qualquer tipo de intervenção profissional. Contudo, considerando ser o tabagismo fator de risco para pelo menos 16 tipos de câncer, além de favorecer o desenvolvimento de outras doenças, não há oportunidade de abordagens preventivas, como se objetiva no âmbito da atenção básica (REYNALES-SHIGEMATSU; 2016). Esta realidade é refletida nas situações de diagnóstico tardio de doenças com muitos complicadores sociais, econômicos, psicológicos e físicos.

Estudos comprovam que algumas afecções oncológicas, como o câncer de boca, podem ser mais agressivas se associadas aos hábitos nocivos à saúde, que incluem o tabagismo (VILLANUEVA-SANCHEZ, LEYVA-HUERTA & GAITÁN-CEPEDEA; 2016).

O retardo na busca de assistência profissional para possíveis doenças está associado às questões de gênero, fator que impulsionou, inclusive, o lançamento da PNAISH. Yoshida, (2016) afirma que, a construção social do comportamento masculino é influenciada por valores patriarcais e machistas, que levam à adoção de atitudes caracterizadas por virilidade, força e até mesmo a invulnerabilidade, sendo assim estabelecida a hegemonia masculina. Logo, fica evidente que se não há perturbação em seu cotidiano, que cause algum tipo de impacto em suas atividades de vida diárias, o homem não prioriza o cuidado de si. Desta afirmação encaminha-se para a reflexão pautada no relato de alguns homens, ao sentirem os malefícios do cigarro em seu desempenho em atividades físicas de lazer, por exemplo, bem como diante do alerta para o risco de morte na consulta com o médico cardiologista, diante de doença cardíaca instalada. Assim, o tabagismo manifesta sintomas que podem alertar o homem acerca da necessidade de cessar o vício.

Uma vez que o tabagismo implica no desempenho de atividades físicas de lazer, e que o sedentarismo também representa importante fator de risco para o desenvolvimento de doença, tem-se um exemplo de associação de fatores, que não termina aqui, e que vem expondo ainda mais a saúde da população na contemporaneidade. Quanto mais avançada a idade maior a chance de longa exposição ao tabagismo, como pode ser observado, inclusive, no perfil dos participantes do estudo, e menor a probabilidade de a pessoa estar praticando atividade física de lazer, uma vez que a prática de atividades físicas de lazer diminui consideravelmente com o aumento

da idade. Ao se tratar de questão de gênero, ressalta-se que os homens são mais propensos a desenvolver atividades físicas de lazer quando comparados às mulheres, por realizarem atividades coletivas que geram estímulos, e por não haver, em sua maioria, objetivos estéticos, que caracterizam atividades monótonas e de fácil desistência. Contudo, praticam mais atividades físicas de lazer os homens que não são fumantes; e os que possuem elevado nível de escolaridade utilizam do seu tempo destinado ao lazer para esta prática, por não exercerem, em sua maioria, atividades laborativas extenuantes fisicamente (NASSER, et al.; 2016).

Sobre a relação entre o tabagismo e a atividade física conclui-se, então, que: “a associação entre a prática de atividade física e o tabagismo está limitada ao viés de causalidade, podendo a atividade física ser vista como um fator de proteção para o hábito de fumar ou o fato de ser tabagista consequentemente levar à inatividade física” (NASSER, et al.; 2016, p. 68).

Afere-se que ao terem a resistência aeróbica diminuída por causa do tabagismo, que este vício traz repercussões sociais negativas, mas que ao contrário, também pode significar agregação social, quando se fuma para parecer com, e fazer parte de determinado grupo de pessoas. Sobre as repercussões sociais negativas destacam-se as questões estéticas características do fumante, o cheiro impregnado do cigarro, e o fato de estar incomodando pessoas, principalmente quando se trata do tabagismo domiciliar.

Muitos participantes do estudo possuem filhos ou são casados, o que aumenta a possibilidade de exposição passiva dessas pessoas que residem juntas com o homem fumante. Estudo realizado por Jorge, et al (2016) evidenciou que a exposição passiva ao tabaco em seus domicílios expõe os escolares às dificuldades de aprendizagem, configurando importante problema de saúde pública mais comum na parcela da população com baixo nível de escolaridade. Além disso, o impacto da exposição passiva

ao tabaco também eleva as chances dos não fumantes desenvolverem câncer, sendo o risco estimado em 20% para mulheres e 30% para homens que vivem com fumantes (BAZOTTI, et al.; 2016).

Assim, a convivência do fumante com os familiares e amigos pode ser prejudicial para essas pessoas, em especial quando o fumante não consegue controlar a sua vontade. Diversos foram os depoimentos que apontaram dificuldades de convívio social com aqueles que não fumam devido ao cheiro do cigarro exalado e principalmente ao cheiro que fica impregnado nas roupas, inclusive, das pessoas que não são fumantes.

Dos prejuízos aos fumantes passivos, em longo prazo, também são evidenciados efeitos deletérios sobre o organismo, como aumento do risco de câncer do trato respiratório, digestório e urinário, do pâncreas, do colo do útero, risco de doenças coronarianas e acidentes vasculares cerebrais (RIBEIRO et al.; 2015).

A fumaça do tabaco é o mais comum poluidor dos ambientes, seja no domicílio ou em qualquer outro ambiente de convívio social, fator que justificou a necessidade de implementação da Lei Federal nº 9.294/1996, regulamentada pelo Decreto nº 2.018/1996.

Esta Lei aborda que é “proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente”. Assim, fumar em locais com pessoas ao redor, mesmo que aberto, é proibido (BRASIL,1996). Contudo, é impossível fiscalizar a infração da lei nos recintos domiciliares, sendo necessária a consciência e a colaboração dos próprios fumantes.

Embora a eficácia desta Lei seja questionável, em especial, diante das dificuldades para fiscalização eficaz, e de não causar, em sua maioria, a pressão moral necessária, os depoimentos de alguns homens evidenciaram seu efeito ao fazer com que se sintam errados, cometendo algum tipo de delito, infringindo a moral. Essa sensação ficou evidenciada, principalmente, nos ambientes de trabalho, gerando constrangimentos e podendo até contribuir como fator motivacional para a cessação do fumo.

A proibição de fumar ou as restrições ao fumo podem auxiliar na eliminação da exposição dos fumantes para os perigos do fumo passivo e reduzir o consumo de tabaco entre os próprios fumantes (FRAZER, et al 2016).

Apesar de muitos homens relatarem serem portadores de doenças e de conhecerem os principais malefícios do tabaco, não são fatores que os predispõem aos esforços para cessação do vício. E ressalta-se que há evidência científica suficiente para comprovar que todas as formas do tabaco são cancerígenas. Se comparadas com pessoas não fumantes, as pessoas que são fumantes possuem de 15 a 30 vezes mais risco de desenvolverem câncer de pulmão (REYNALES-SHIGEMATSU; 2016).

Entretanto, por conhecerem tais malefícios, independente da forma de obtenção das informações, e por possuírem história familiar de morbimortalidade associando tabagismo e câncer, muitos homens decidem para de fumar. Destas experiências ressaltam-se como importantes fatores: a consciência do vício e de todos os malefícios do cigarro, a vontade e a motivação pessoal (DE JESUS et al., 2016).

Mas, para os que não se sentem preparados e não conseguem parar de fumar associam-se fatores importantes, principalmente, de cunho emocional e psicológico, uma vez que o cigarro representa prazer, meio de controle de sentimentos negativos e vicia. De acordo com Durán, et al (2016a), “a intenção de fumar está mais vinculada

aos componentes emocionais positivos e de experiência, que às questões morais de pressão social ou de sentimento de eficácia e controle da ação” (p. 20).

Sobre as razões que levam os homens a se tornarem tabagistas destaca-se nos relatos a necessidade de integrar determinados grupos sociais, ou seja, de criar uma identidade. Estudos revelam, inclusive, uma forte preocupação, pois os jovens tem começado a fumar cada vez mais cedo, e com elevado consumo médio de cigarro por dia. Assim, muitos jovens acabam fumando o primeiro cigarro, o que irá significar um vício de longa data (DURÁN et al.; 2016b). E, embora seja possível observar certo arrependimento, especialmente nos relatos dos homens que são hoje ex-tabagistas, outros ainda fumantes não conseguem abandonar esse hábito nocivo por ter papel importante nas suas vidas, significando, por exemplo, prazer e relaxamento, num contexto de vida marcado por poucas oportunidades de satisfação pessoal (YOSHIDA, 2016). Desse modo, os homens tabagistas consideram o hábito necessário ao equilíbrio e bem estar emocional, que alivia estresse, nervosismo, depressão, problemas familiares e pessoais.

A cessação do vício representa sofrimento psicológico, que pode ser melhor enfrentado por meio de ajuda profissional. Mas é preciso que o homem reconheça o tabagismo como problema de saúde, que deseje parar de fumar e que esteja disponível para receber ajuda. A cessação do tabagismo depende da participação ativa do fumante, e do reconhecimento por parte do mesmo do desenvolvimento da dependência causada pela nicotina; e a principal motivação está relacionada a problemas de saúde, como a ocorrência de infarto agudo do miocárdio e problemas respiratórios (MOREIRA-SANTOS, GODOY & GODOY; 2016).

A abordagem do homem que assume a dependência pode ser facilitada quando comparada à abordagem do homem que diz ter controle sobre o vício. Contudo, assumir

a dependência pode ser sinônimo de maior fraqueza, e de não se sentir preparado para este tipo de investimento, uma vez que a abstinência causa disfunções cognitivas e emocionais, sendo preciso modificar estilo de vida, vencer o desejo de fumar e conviver com outros fumantes ou elementos que desencadeiam a vontade de fumar. Por essas dificuldades, observam-se relatos frequentes de tentativas frustradas para cessar o vício, com muitas recaídas.

Desse modo, “a dificuldade no êxito da cessação do tabagismo ou mesmo em manter a cessação do tabagismo é multifatorial e complexa, e quando se adicionam outros elementos, como as doenças cardíacas, essa dificuldade parece aumentar” (MOREIRA-SANTOS, GODOY & GODOY; 2016, p.61). Além disso, pessoas que já vivenciam algum tipo de sofrimento psíquico tem mais chance de serem fumantes, com destaque para a depressão. Daí, associa-se o tabagismo e a pobreza no Brasil, considerando as diversas carências educacionais, econômicas, sociais, e de saúde, a considerar seu conceito ampliado na Constituição Federal do Brasil.

As políticas de promoção de saúde nas últimas décadas tem se destacado mundialmente como ferramenta que busca a construção de um conceito ampliado de saúde, que tenha como prioridade ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletividades (VALCARENGUI, 2015).

Em geral, tais políticas atingem uma parcela da população tabagista. Mundialmente tem-se observado um declínio no número de tabagistas ativos, especialmente, nos países desenvolvidos. Os esforços para promoção da saúde e controle do consumo do tabaco resultaram em um importante declínio na prevalência de tabagismo no Canadá e nos Estados Unidos nos últimos 50 anos, por exemplo. No entanto, alerta-se que as maiores taxas de consumo de tabaco continuam a estar entre homens adultos e em estratificação social mais carente economicamente. Para lidar com

a alta prevalência de tabagismo entre os homens, são necessários novos recursos específicos de gênero (BOTTORFF et al, 2015).

Sobre as implicações econômicas desfavoráveis, destaca-se a princípio, que de acordo com o IBGE, a pessoa tabagista é assim considerada quando gasta parte da sua renda com esse produto e derivados; e atualmente em torno de 10% da população brasileira tem gastos financeiros de aproximadamente 1,5% da sua renda, sendo esta população majoritariamente masculina (BAZOTTI et al.; 2016). Desse modo, segundo relatos, em muitas ocasiões os homens desviam parte da renda para compra desses produtos e manutenção do vício, o que pode gerar impacto expressivo no orçamento doméstico. Mesmo nos casos de baixa renda, ou extremamente baixa, os tabagistas saciam sua necessidade de fumar em detrimento de outras. “[...] As evidências disponíveis demonstram que os indivíduos mais pobres fumam mais e, para estes, o dinheiro gasto com tabaco representa um alto custo de oportunidade, deixando de ser investido em bens cruciais como alimentação, educação e saúde” (p 46). Da faixa etária dos indivíduos de baixa renda e que mais fumam destaca-se a com idade entre 30 e 45 anos.

Uma vez no contexto da atenção básica, o homem pode ser abordado por equipe de profissionais da área da saúde, sendo o enfermeiro um dos seus elementos, de modo que o esforço para cessação do vício seja iniciado de imediato, mas, sobretudo, nos casos de diagnóstico de comorbidades associadas ao vício, o que, inclusive, como destacado previamente, pode representar um importante fator motivacional para o homem.

Com relação às estratégias para intervenção, as focadas para grupos específicos, com suporte cognitivo e comportamental são essenciais para promover o sucesso na cessação do tabagismo, tendo como base a participação ativa do próprio fumante, de

modo que ele identifique as situações de risco, e desenvolva, juntamente com o profissional, estratégias de enfrentamento dessas situações (MOREIRA-SANTOS, GODOY & GODOY; 2016).

O enfermeiro, no escopo de sua formação profissional, pode orientar e aconselhar esse homem, promovendo possibilidades para intervenções voltadas ao lado motivacional, que é particular de cada um. Para isso, precisa traçar o perfil do fumante, buscando conhecer, além da sua motivação para deixar de fumar, o seu grau de dependência da nicotina, bem como a presença de transtornos psiquiátricos prévios, como ansiedade e depressão. Em geral, os homens tabagistas relataram sentir vontade ou desejo de parar de fumar, mas a falta de motivação e os problemas do cotidiano impedem a cessação deste hábito.

Apreende-se nos depoimentos dos ex-tabagistas que apenas conseguiram parar de fumar devido a determinados eventos impactantes em suas vidas, e que não necessitaram, em sua maioria, de ajuda profissional. Entretanto, os mesmos enfatizaram que a atuação da equipe de saúde na atenção básica deve ter certo enfoque no usuário do tabaco, com orientações claras e sucintas que de fato estejam relacionadas aos fatores motivacionais pessoais para parar de fumar.

Diante da complexidade do problema, relacionado à relação de dependência à nicotina, é preciso promover capacitação profissional para melhorar o entendimento dos profissionais sobre o assunto. A dependência à nicotina é considerada uma doença crônica, que exige por parte do fumante tentativas para parar de fumar, de forma definitiva. Entretanto um percentual pequeno de fumantes (3-5%) consegue parar sozinho e manter abstinência por um ano ou mais (ARAÚJO, 2012), o que justifica a importância da intervenção de um profissional da área da saúde.

A intensidade da carga tabagística está fortemente associada ao nível de dependência à nicotina, muitas vezes vista como o principal determinante do uso frequente do cigarro a fim de evitar sintomas de abstinência (SANTOS et al; 2016).

Embora as ações de educação em saúde devam estar focadas na prevenção, especialmente, no contexto da atenção básica, de modo que se evite o início do vício, ficou evidenciada a necessidade da abordagem dos homens já acometidos por doenças, o que se aproxima do perfil dessa parcela da população, considerando as questões de gênero previamente destacadas.

A atuação do profissional de saúde foi exemplificada pelos participantes por meio das orientações e educação em saúde, entretanto alegaram que essa atuação tende a ser ineficaz quando o fumante não tem desejo, por motivos diversos, de parar de fumar. As orientações superficiais e que não são impactantes foram criticadas pelos participantes do estudo. Segundo LEITE et al, 2014:

“Ao mencionar o acesso de todos à informação como um direito individual, ressalta-se o direito fundamental à informação em saúde, ou seja, o direito que o usuário de um serviço público de saúde tem de ser informado sobre todos os aspectos que envolvam a sua saúde, e os serviços asseguram o acesso à informação por direito” (p. 662)

Portanto, os profissionais de saúde devem estar preparados para receber o usuário da saúde pública, fornecer informações e prestar assistência em saúde que seja relevante para o seu bem estar global. Segundo Dias, Passos e Silva (2016), o cuidado é uma experimentação clínico-política que resiste ao ideal preventivo baseado nas noções de periculosidade e da população de risco.

Em assim sendo, ao buscar elaborar estratégias de cuidado a partir das necessidades dos homens com histórico de tabagismo e risco de câncer, tem-se como base o conteúdo das entrevistas e da revisão de literatura. Assim, alinhando o planejamento das ações ao ideário do referencial teórico selecionado – Hildegard Peplau

– valoriza-se a construção coletiva, de corresponsabilidade, empática, e interpessoal, preservando a autonomia do homem no processo decisório sobre as ações que visam a cessação do tabagismo.

No que diz respeito ao cuidado de enfermagem Peplau, reforça em sua teoria a importante ligação entre o usuário e o enfermeiro, afim de criar um vínculo que seja capaz de ajudá-lo a compreender as suas necessidades de saúde e ter condutas positivas que levem à resolutividade de problemas existentes. Segundo Massimo e Freitas (2014):

“Os sujeitos têm visões de mundo e julgamentos que são construídos ao longo da vida pelas interações sociais com os outros e tomam decisões sobre o cuidado (consigo mesmo e com os outros), com base nesses julgamentos. Isso ocorre em tempos de heterogeneidade e fragmentação social que reforçam posturas individualistas, ao mesmo tempo em que massificam desejos e consumos, por vezes contrários à qualidade de vida e saúde”. (p. 653)

Em geral, o ponto de vista dos participantes do estudo sobre questões de saúde foi bastante similar. De forma que, vários discursos sobre a pouca procura das unidades, e a necessidade de resolutividade rápida dos problemas, dificulta a promoção em saúde por meio dos profissionais, que encontram dificuldade em abordar o homem. É importante refletir sobre as especificidades do homem no seu processo saúde-doença, e os desafios para o seu enfrentamento na atenção básica pela enfermagem, no âmbito da equipe multidisciplinar, de forma a reconhecer e compreender as dificuldades, os obstáculos e as resistências associadas ao homem, agindo, pois, consciente em relação às questões de gênero (SILVA et al.; 2012).

O cuidado de enfermagem ao homem com histórico de tabagismo e risco de câncer pode ser elaborado por meio de estratégias que visem o cuidado de forma sistematizada e coletiva, no que se refere a grupos de homens fumantes. Salienta-se que a elaboração de subgrupos pode contribuir para o sucesso das abordagens, uma vez que os fatores motivacionais, apesar de variarem de pessoa para pessoa, podem estar alinhados diante de experiências prévias comuns, especialmente, relacionadas a

problemas de saúde. Assim, compor grupos de homens fumantes com histórico de câncer pode colaborar para resultados positivos, cessando o fumo, que como fator etiológico principal, pode contribuir para o aparecimento de recidivas da doença. A mesma proposta de impacto pode contar com experiências dos homens com relação à doença oncológica, sendo comum nos depoimentos, o estigma e medo da doença evidenciados em relatos de histórico familiar ou entre amigos.

Assim, o enfermeiro, ao conhecer os desejos dos homens e seus respectivos fatores motivacionais para cessação do tabagismo, pode trabalhar por meio da interação e educação em saúde, e de forma ampliada, identificar necessidade de abordagens multiprofissionais, especialmente, diante de algum transtorno psiquiátrico. Deve estimular e apoiar o homem a traçar a meta e seguir objetivos para alcançá-la. É no estabelecimento dessa meta que se concentra o maior desafio do cuidado de enfermagem, pois em sua primeira etapa, é preciso que o homem identifique o problema, ou seja, aponte o tabagismo como uma demanda de cuidado.

De acordo com Silva (2015), a comunicação é indispensável para uma boa interpretação dos dados de saúde dos pacientes.

“Observa-se que é por meio da comunicação estabelecida na relação enfermeiro/paciente que é possível compreender o paciente integralmente, buscando entender sua visão de mundo e suas atitudes. Por isso, faz-se necessária a busca do conhecimento acerca da temática para direcionar o uso da comunicação nas diversas situações do cuidar”. (p. 155)

Além da estratégia supracitada de composição de subgrupos para abordagem dos homens tabagistas, a literatura também aponta meios que vem obtendo sucesso na prática no que se refere à busca ativa dos homens. Uma vez que as mulheres buscam mais as unidades de saúde, em especial, os serviços ambulatoriais, é possível pensar em abordar este homem quando por ventura acompanha esta mulher na unidade de saúde, sendo os momentos mais apropriados a consulta do pré-natal e de puericultura, por

exemplo. Nesse sentido, o Ministério da Saúde divulga projetos que devem ser difundidos nacionalmente.

Dentre as publicações mais recentes, disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, de modo a auxiliar na aproximação entre os profissionais da atenção básica e o homem, destacam-se: o “Guia de saúde do homem para agentes comunitários em saúde” e o “Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde”. Ressalta-se que são estratégias recentes e promissoras, sendo hoje aplicadas apenas em São Paulo, na Bahia e no Paraná (BRASIL,2016).

De modo geral, ao se tratar das questões políticas, De Bem, Delduque e Silva (2016), afirmam que:

“O Brasil, considerado como segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo, vem conseguindo desenvolver políticas amplas, de apoio à cessação e de regulação dos produtos derivados de tabaco, que têm se mostrado eficientes para o controle do tabagismo, políticas essas, que propiciou ao país reconhecimento e liderança mundial nessa área” (p. 49)

Diante das necessidades de saúde dos homens, baseadas em taxas de morbimortalidade, tais estratégias no âmbito da atenção básica podem ser implementadas visando ações de prevenção e promoção da saúde, como no caso de ações contra o tabagismo, bem como para reduzir possíveis agravos à saúde.

Falando especificamente sobre o “Guia de saúde do homem para agentes comunitários em saúde”, tem-se que o mesmo foi criado objetivando trazer a saúde do homem para o centro da atenção, em igualdade a atenção dispensada à saúde da mulher. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) se torna protagonista neste cuidado, pois é ele o principal conhecedor das áreas programáticas e tem o contato mais frequente com a comunidade, dessa forma pode atingir os homens com orientações e informá-los que pode e deve comparecer à unidade básica de saúde para consultas regulares. Portanto, o

ACS é o profissional que irá estabelecer o vínculo entre os homens e os demais profissionais de saúde.

Das estratégias do Guia em saúde, a flexibilidade nos horários de atendimento com horários noturnos ou nos fins de semana auxiliam o homem a encaixar em sua jornada diária de trabalho um tempo para cuidar de si.

Uma vez na unidade de saúde, o enfermeiro, por exemplo, como profissional responsável pelas consultas de pré-natal de baixo risco e de puericultura, pode estabelecer estratégias para conhecer esses homens que acompanham as mulheres e identificar possíveis demandas de cuidado. As salas de espera podem ser transformadas em ambientes de transmissão e troca de conhecimento, valorizando a importância da saúde do homem diante do nascimento de um filho e das responsabilidades atreladas.

Assim, podem ser promovidas rodas de conversa visando esclarecimento de dúvidas mais frequentes, como no caso do exame preventivo ao câncer de próstata, oportunidade em que pode ser destacada as relações entre o tabagismo e o risco de câncer, dedicando atenção à problemática do tabagismo. Essa estratégia facilita a criação de vínculos e de afetividade entre o profissional e usuário, sendo assim, o homem vivencia uma oportunidade que pode levar à identificação e à compreensão das suas necessidades em saúde, uma vez que é convidado a participar e pode se sentir mais confortável em falar dos seus problemas de saúde. Assim, o enfermeiro terá subsídios para levantamento das principais necessidades de cuidado, podendo realizar atividades mais focadas e adaptadas às diferentes realidades e contextos, de modo que os planos de cuidados sejam eficazes para cada homem e, por ventura, para a coletividade.

Ao tratar especificamente do “Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde”, destaca-se que o mesmo visa a participação consciente e ativa dos homens no

que se refere ao planejamento reprodutivo e acolhimento dessa população no ambiente de atenção básica voltado para essa temática.

Historicamente, as ações de saúde da atenção básica sempre foram voltadas à gestante, sendo o homem considerado um coparticipante, e não parte integrante do processo gestacional, parto e puerpério. Portanto, o Guia incentiva a participação do pai em todas as fases. Sendo assim, o pré-natal do parceiro constitui-se de uma importante porta de entrada para os homens no serviço de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente, buscando a integralidade no cuidado a esta população (BRASIL,2016).

Importante salientar que a guia não considera o pai apenas como o genitor, mas também aquele parceiro da mulher, que decide assumir o papel de pai.

Em relação à participação do profissional de saúde na assistência a essa família em formação, é interessante a captação do homem com intuito de conhecer também suas necessidades de saúde, de forma que hábitos de vida insalubres podem gerar agravos ao recém-nascido e também à mulher ainda gestante. Como no caso do tabagismo, o homem tabagista, que tem o hábito de fumar dentro do ambiente domiciliar, alerta-se que sua mulher gestante passa a ser tabagista passiva, prejudicando o feto. O tabagismo é uma grande preocupação por causa de seus danos à saúde humana, especialmente em mulheres grávidas. Tanto o tabagismo ativo quanto o passivo durante a gravidez são associados com impactos negativos sobre a saúde materna e neonatal, incluindo natimortos, partos prematuros, baixo peso ao nascimento e morte neonatal (WENG, et al 2016).

O tabagismo passivo entre gestantes significa grande chance de agravo à saúde do feto, bem como à própria gestante. A exposição ao fumo apenas durante a gravidez,

especialmente no primeiro trimestre, pode afetar as mudanças no índice de massa corporal até a adolescência (MURARO et al., 2015).

O estudo de Bertani (2015) afirma que:

“Há uma alta prevalência do fumo ativo e passivo entre gestantes e que essas mulheres têm conhecimentos limitados sobre as consequências do tabagismo para a saúde, durante a gestação e em qualquer momento da vida. A gestação proporciona uma janela de oportunidade para a promoção da cessação do tabagismo e deve ser vista como uma excelente oportunidade para fornecer mais informações sobre os malefícios do tabagismo para a saúde e oferecer tratamento para cessação do tabagismo às gestantes”. (p.180)

O tabagismo passivo é muito presente no caso de mulheres que tem seus cônjuges fumantes. Para a estratégia do pré-natal masculino, é importante que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre os hábitos de vida do casal, afim de melhor orientar e traçar estratégias de cuidado, com a finalidade de que o recém nato possa crescer e se desenvolver em um ambiente saudável, sem riscos à saúde.

Dentre as estratégias de cuidado de enfermagem a partir das necessidades de cuidado do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer, destaca-se o papel do enfermeiro nas abordagens individuais por meio de consulta de enfermagem.

No que concerne à prática da consulta de enfermagem salienta-se acerca da necessidade de prática sistematizada, de modo a implantar as etapas do processo de enfermagem, assim como de suporte teórico. A Resolução nº 358, de 2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) de modo deliberado e sistemático, em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências.

Sistematizar significa uma estratégia de organização e não apenas o uso de um método com etapas de estruturação. Pensando dessa forma o PE é o termo mais adequado no contexto de trabalho, e compreende a operacionalização da SAE. É um

instrumento metodológico que guia o cuidado de enfermagem e a documentação de tais práticas de cuidado. A escolha de um referencial teórico é o alicerce para a implantação da SAE e o PE a ferramenta para sua construção (DINIZ, et al; 2015).

A operacionalização da SAE acontece pelo desenvolvimento mútuo de enfermeiros que são valorizados na medida que contribuem pelo efetivo desenvolvimento da SAE, assim como as organizações de trabalho são valorizadas pelas pessoas na medida em que lhe oferecem condições concretas e dignas para o seu crescimento (SOARES et al., 2015)

Apesar da implementação da SAE ser uma obrigatoriedade legal, ainda é permeada por inúmeras dificuldades que perpassam pela falta de conhecimento, escassez de recursos materiais e humanos, e política institucional desfavorável, principalmente no âmbito da atenção primária. As experiências de implantação do PE tem acontecido de forma retraída e predominantemente nos cenários hospitalares (SOARES, et al; 2015).

O PE é composto por etapas sistematizadas, inter-relacionadas e dinâmicas, com a intenção de assistir o ser humano de forma integral e individualizada, são elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

As etapas do processo de enfermagem são descritas da seguinte forma (COFEN, 2009):

“I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou

intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem”.

A avaliação não se concluiu, pois deve levar à reavaliação, que indica o processo cíclico e dinâmico, conforme pode ser observado na Figura 01.

Figura 01: Representação da dinamicidade das etapas do PE



Elaboração própria

Segundo Alfaro-Lefevre (2010), o PE tem finalidade de colocar como foco a reação da pessoa frente ao problema de saúde, buscando resultados a partir das necessidades de saúde do indivíduo, da família e da coletividade, decifradas por respostas humanas que podem ser expressas por taxonomia específica, ou seja, por diagnósticos de enfermagem.

A Resolução do COFEN nº 429 de 2012, reforça em seu artigo 2º que o PE deve ser registrado no prontuário do paciente. O registro deve contemplar as fases de histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados e os resultados obtidos com as ações e intervenções realizadas (COFEN, 2012).

Há uma preocupação crescente, de que na área da saúde os profissionais busquem aprimoramento técnico-científico, estimulando seu desenvolvimento e o aumento de responsabilidades, afim de que a assistência ao paciente, à família e à coletividade seja qualificada (SANTOS, VEIGA & ANDRADE, 2011). Esta preocupação decorre a partir de necessidades de investimentos para implementação da SAE, especialmente, no que se refere à formação profissional e educação permanente. De acordo com Garcia e Nobrega (2009):

“A implementação do Processo de Enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenômeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para sua realização; e as ações principais e alternativas que o fenômeno demanda, para que se alcance um determinado resultado” (p. 189).

No processo de formação do enfermeiro tem-se a necessidade de gerar condições para que o mesmo desenvolva habilidades e competências para exercício profissional baseado em conhecimentos técnicos-científicos e éticos. No artigo 4º da Resolução nº 358 há destaque para a seguinte responsabilidade: “é de incumbência privativa do

enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, bem como o diagnóstico de enfermagem, a prescrição das ações e as intervenções de enfermagem”.

É importante compreender a percepção dos enfermeiros sobre a SAE e sua disposição em utilizar este processo como estratégia norteadora do seu fazer na atenção básica à saúde (SANTANA et al., 2013). O PE, quando realizado no contexto da atenção básica relaciona-se à consulta de enfermagem. Dantas, Santos e Tourinho (2016a) fomentam que a consulta de enfermagem deve utilizar padrões uniformes para melhor documentação e comunicação com a prática assistencial, tendo como alvo principal a promoção, proteção e manutenção da vida, bem como melhorar a assistência prestada à pessoa, família e coletividade.

A aplicação do PE na atenção básica se faz necessária para que haja organização do processo de trabalho, além de otimizar o tempo e a prestação de cuidados ofertados ao paciente. De forma que conhecendo melhor o usuário, traçando metas e objetivos (que fazem parte do planejamento) o enfermeiro consegue empenhar-se nas orientações em saúde, direcionada para o alcance dos mesmos. A educação em saúde se faz fundamental na consulta de enfermagem, momento em que o enfermeiro tem autonomia para realizar a assistência, pautado nos princípios científicos e nos conhecimentos adquiridos.

Ao levantar problemas, o enfermeiro tem importante atuação na resolutividade e enfrentamento dos mesmos, sendo mediador entre o cliente, equipe multiprofissional, família e coletividade (SANTOS, 2011). No cenário da pesquisa, observou-se que tanto os enfermeiros tem papel atuante na resolutividade de problemas, quanto os demais profissionais como médicos, fisioterapeutas, psicólogos e psiquiatras. Todos atuam como promotores de saúde e orientam seus pacientes a hábitos de vida saudáveis, o que é fundamental no enfrentamento do tabagismo e seus efeitos deletérios.

Alinhando com o referencial teórico do estudo, a aplicação do processo de enfermagem no cuidado de enfermagem ao homem com histórico de tabagismo e risco de câncer pode ser estruturado com base nos princípios de Hildegard Peplau, a partir da valorização das relações interpessoais.

Observa-se a crescente preocupação de Peplau em que o enfermeiro seja capacitado para transmitir ao paciente seus conhecimentos, respeitando o universo e as necessidades do mesmo. A teoria de Peplau tem em foco os instrumentos da comunicação, tais como escuta, esclarecimento e aceitação. A enfermagem tem papéis fundamentais, como liderança, provedor de recursos, professor, líder e assessor (PEPLAU,1988).

O relacionamento entre as fases descritas na teoria de Peplau (orientação, identificação, exploração e resolução) e o PE pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro 3. Relacionamento entre o processo de enfermagem /Fases de Peplau e as estratégias de cuidado ao homem tabagista

Nº	Fases do Processo de Enfermagem	Fases da teoria de Peplau	Estratégias de cuidado ao homem tabagista
1.	Histórico Coleta de dados do usuário.	Orientação Primeiro encontro entre enfermeira e usuário. O usuário expressa alguma necessidade. Ambos buscam reconhecer o problema.	Conhecer o usuário e o universo que o mesmo vive, estabelecendo reuniões e encontros para discussão do problema.
2.	Diagnóstico de enfermagem De acordo com a análise dos achados é feito os	Identificação O usuário e o enfermeiro estabelecem as metas a serem cumpridas.	Estimular o usuário a se dedicar ao máximo aos seus objetivos a serem alcançados, no caso, a cessação do vício. Auxiliá-lo quanto aos problemas que

	diagnósticos	O usuário define com detalhamento sua necessidade	<p>possam surgir durante o tratamento. Incentivá-lo em caso de fracasso.</p> <p>Identificar quais são os problemas biopsicossociais que interferem na insistência do vício , ajudar e orientar o paciente quanto à importância de cuidar de si mesmo.</p>
3.	<p>Planejamento</p> <p>As metas são estabelecidas</p>	<p>Exploração</p> <p>O paciente busca ajuda e esclarecimento de possíveis dificuldades</p>	<p>No decorrer das fases o homem tabagista pode enfrentar dificuldades como a abstinência, que devem ser gerenciadas pelo enfermeiro e pelo usuário de forma que não aconteça recaídas. Conhecer possíveis formas de subterfúgio ao uso do cigarro, que devem ser apontadas pelo homem.</p>
4.	<p>Implementação e Avaliação</p> <p>Os planos para o alcance das metas são iniciados.</p> <p>Avaliação dos comportamentos esperados e análise se há necessidade de um início de novos planos</p>	<p>Resolução</p> <p>Só acontece quando as fases anteriores são realizadas com sucesso.</p>	<p>Fase Final. O usuário já consegue não fumar. Entretanto em caso de recaída a enfermeira deve incentivá-lo a não desistir e reiniciar as etapas do processo.</p>

Em geral, destacam-se similaridades entre o PE e as fases interpessoais de Peplau, a partir do enfoque na interação terapêutica para identificação das necessidades específicas do paciente e resolução de problemas em colaboração mútua.

Conhecendo melhor o universo que o homem tabagista está inserido, planejar e implementar ações de saúde a essa população específica auxilia a promover a cessação do tabagismo e a manutenção da abstinência, visto que muitos ex-tabagistas podem voltar a fumar quando condicionados a momentos de estresse.

A atenção básica se revela como o local mais oportuno para implementação de boas práticas de promoção e prevenção à saúde. Além da abordagem individual do homem por meio da consulta de enfermagem, salienta-se a importância da associação de diferentes estratégias. Através de conversas em grupo, por exemplo, os homens tabagistas podem se sentir estimulados à mudança de comportamento, além de que a abordagem da problemática junto a diversos homens facilita a comunicação, pois a troca de experiências pode ser uma maneira de estimular o processo de parar de fumar. Conhecendo as limitações e dificuldades de cada um o fumante pode se sentir motivado a iniciar uma tentativa de cessação ao tabagismo.

Além de atividades em grupo e individuais, como no caso da consulta de enfermagem, cabe ao profissional enfermeiro desenvolver triagem dos usuários fumantes e atividades educativas. A constituição de uma atividade educativa se dá por meio da compreensão e da reflexão das informações recebidas que produzem conhecimento, afim de sanar os problemas de saúde evidenciados (SABÓIA et al., 2016). A ação educativa tem finalidade de produzir nas pessoas uma discussão crítica sobre dada realidade e de que forma isso tem repercussão na saúde de forma geral (TEIXEIRA, 2011).

O enfermeiro também deve realizar encaminhamentos para outros profissionais caso seja necessário, na concepção do trabalho em equipe e da integralidade do cuidado; identificar usuários ausentes; realizar visitas domiciliares, afim de melhor assistir a esse homem e facilitar as ações de saúde da unidade com organização e planejamento.

Com base no referencial teórico, deve perpassar por todas as estratégias supracitadas a relação interpessoal, de modo que o enfermeiro possa compreender as experiências de vida de cada homem, suas motivações para manutenção ou cessação do vício, e estabelecer vínculo, promovendo a participação deste nas tomadas de decisão terapêutica e estimulando que reconheça seus saberes, limitações e potencialidades.

O enfermeiro e o paciente dispõem de alternativas para solucionar as situações problema em que estão inseridos, com a finalidade de sanar as necessidades dos indivíduos, pois os dois utilizam a observação e comunicação como instrumento fundamental no exercício da enfermagem (GURGEL, 2014).

Desta forma, auxiliar os homens tabagistas seguindo o PE baseado em uma relação terapêutica, que visa criar uma relação intimista enfermeiro–usuário, facilita a aproximação deste profissional com o universo em que o homem está inserido, conhece suas necessidades e consegue ajudá-lo por meio de orientações e incentivos. Parar de fumar é um processo dinâmico, considerado um grande desafio pessoal que exige um esforço considerável por parte dos fumantes (FIGUEIRÓ, et al 2013). Cabe ressaltar que o PE é cíclico, e caso haja falha em alguma das fases do processo, é importante a avaliação do problema para seguir com as outras fases, afim de que o resultado final sejam os objetivos e metas alcançados.

O cuidado preventivo é indicado de forma rotineira e oportunista, de maneira que prevê possíveis problemas de saúde. Alguns elementos de cuidado preventivo são importantes e recomendados: avaliação de riscos; avaliação de dependência por fumo e

outras drogas; aconselhamento breve; uso de farmacoterapia, caso seja necessário; e visitas de acompanhamento (MCELWAINÉ et al, 2016).

Ressalta-se que independente das estratégias de cuidado a serem implementadas ou de referenciais teóricos que guiam a prática, é primordial que o enfermeiro e demais profissionais da área da saúde evitem orientar homens contra o tabagismo sem que haja um reconhecimento prévio ou estímulo ao reconhecimento de seus fatores motivacionais. Ficou bastante evidenciado nos depoimentos que os homens, em sua maioria, possuem conhecimentos sobre os malefícios do tabagismo e sua relação com o desenvolvimento de doenças, e se não deixaram o vício é porque não tem vontade ou porque não conseguem, apesar da certeza de possuírem o controle da situação, em sua maioria; além do sentimento de invulnerabilidade de sua condição de saúde, podendo a doença acontecer em outras pessoas, inclusive naquelas que nunca fumaram.

Ao expressarem não ter vontade de deixar de fumar, estando, pois, no estágio de pré-contemplação (FERREIRA et al., 2015), o enfermeiro deve focar suas abordagens de orientação nas vantagens da cessação do vício, valorizando o cunho social, de relação interpessoal, como melhora do hálito, do cheiro de cigarro, do sabor dos alimentos, do condicionamento físico, dentre outros.

Contudo, o homem precisa reconhecer o problema e buscar preparação para cessar o vício, uma vez que sentimentos de determinação e de covardia podem se alternar com grande facilidade na tomada de decisão. Cabe ao enfermeiro reconhecer este estágio de contemplação e focar suas estratégias de apoio, para que possa, juntamente com o homem, entrar em ação, traçando meta e objetivos.

A relação de dependência deve ser compreendida como o mais importante limitador, além do cigarro de nicotina poder ser utilizado para redução ou cessação de

consumo de outras drogas ilícitas e mais deletérias à saúde, o que vai ao encontro das medidas para redução de danos.

Na perspectiva do trabalho em equipe, diante de possíveis necessidades de abordagens farmacológicas e de assistência psicossocial, é preciso estabelecer uma relação de ajuda para que o homem consiga manter a decisão, e embora as recaídas possam ser frequentes, encorajá-los a reagir contra a recidiva, pois várias tentativas podem ser necessárias até que se alcance o sucesso no investimento contra o tabagismo. Em geral, no estágio de manutenção, o ex-tabagista precisa de um tempo de aproximadamente seis meses para deixar de sofrer com a privação da nicotina; e o sucesso é alcançado depois de três ou quatro tentativas. E é imprescindível, além de reconhecer os fatores motivacionais, avaliar de forma individualizada, os estágios motivacionais, podendo a busca pela ajuda profissional e tratamento pode acontecer em qualquer um deles.

Em estudo com familiares de dependentes químicos, que parte da premissa que o indivíduo transita por cinco estágios de motivação para a mudança de comportamento, conforme supracitado (pré-contemplação, contemplação, preparação/determinação, ação e manutenção), identificou-se que no estágio de pré-contemplação, a busca por tratamento ocorreu por medidas coercitivas, como no caso da pressão familiar e doenças instaladas, enquanto o estágio de contemplação foi delimitado pela ambivalência quanto à necessidade de tratamento e mudança comportamental. No estágio de ação foi comum a motivação por vontade própria e percepção da necessidade de ajuda especializada. Por fim, no estágio de manutenção, a procura deveu-se à recidiva, bem como de mudanças de comportamento (FERREIRA et al., 2015).

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado de enfermagem ao homem com histórico de tabagismo e risco de câncer é uma prática muitas vezes limitada, visto que muitos homens não frequentam as unidades básicas de saúde, ou quando o fazem, o motivo geralmente não está relacionado ao tabagismo, pois não o consideram um problema de saúde.

Na maioria das situações o homem busca ajuda para parar de fumar quando já tem uma doença grave instalada, como no caso de alguns cânceres ou doenças cardiovasculares, como o infarto. Neste caso, as estratégias de cuidado de enfermagem podem valorizar as vantagens da vida sem a nicotina no processo de tratamento e reabilitação da doença.

Em relação à identificação das necessidades de cuidado dos homens observou-se que grande parte deles tem dificuldades em parar de fumar devido aos problemas estressantes do dia a dia e instabilidades emocionais, e questionam que as orientações de saúde deveriam ser mais frequentes, não apenas no que se refere à doença de base, mas também ao hábito do tabagismo. Conhecer o homem, seus fatores motivacionais e seu estágio motivacional, é essencial desde a primeira abordagem, de forma que as metas e objetivos sejam traçados em comum acordo em prol do sucesso.

Assim, as estratégias de cuidado, individuais ou coletivas, devem ser voltadas para a individualidade de cada homem e de acordo com suas necessidades, ressaltando os fatores motivacionais para parar de fumar e o ganho desta medida para a saúde e longevidade. O enfermeiro deve ser mais atuante ao traçar metas nas consultas de enfermagem, com foco no usuário do cigarro, seguindo o processo de enfermagem, que deve estar estruturado e pautado em referencial (ais) teórico (s).

Orientações bem claras, com cientificidade, que sejam próximas da realidade do usuário, mostrando que o profissional se importa, devem ser feitas em detrimento de

frases sem impacto como: “Você não deve fumar”, que mostram que o profissional apenas está falando, sem transmitir nenhuma informação que seja relevante.

O estudo se limita por divulgar a realizada de um único cenário, o que, em contrapartida, é superado pelos achados convergentes com publicações sobre o tema. São evidentes os malefícios do hábito de fumar, principalmente, no que se refere ao desenvolvimento de diversos tipos de câncer. Mesmo com uma considerada queda geral do número de fumantes no Brasil e no mundo, são fundamentais as contínuas intervenções nessa área, em especial, com foco nas especificidades de gênero.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Adriana Ávila de; BANDEIRA, Celso Muller; GONCALVES, Antonio José et al . **Dependência nicotínica e perfil tabágico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** J. bras. pneumol., São Paulo , v. 40, n. 3, p. 286-293, June 2014
2. ALFARO-LEFEVRE R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico.** Porto Alegre (RS): ArtMed; 2010.
3. BAZOTTI, Angelita, et al. **Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 45-52, jan. 2016 .
4. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
5. BERTANI, André luís, et al .**Prevenção do tabagismo na gravidez: importância do conhecimento materno sobre os malefícios para a saúde e opções de tratamento disponíveis.** J. bras. pneumol., São Paulo , v. 41, n. 2, p. 175-181, Apr. 2015 .
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2012.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2014.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes).** Brasília, novembro, 2008.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed., 3. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 9 294/1996**. Disponível em: e-legis.anvisa.gov.br/leis_ref/public/showAct.php?id=16620&word=. Acessado em agosto de 2016
11. BRASIL. Ministério da saúde. **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)** /Angelita Herrmann, Cicero Ayrton Brito Sampaio, Eduardo Schwarz Chakora, Élide Maria Rodrigues de Moraes, Francisco Norberto Moreira da Silva, Julianna Godinho Dale Coutinho. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo das Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** – Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2013, 84 p.
13. BOTTORFF, Joan L. et al. **“If I Were Nick”**: Men’s Responses to an Interactive Video Drama Series to Support Smoking Cessation. *Journal of medical Internet research*, v. 17, n. 8, 2015.
14. BORGES, S.A.C. PORTO, P.N. **Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde**. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 38, n. 101, p. 338-346, June 2014 .

15. CAMPOS, P.C.M. GOMIDE, M. **O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social.** Cad. saúde colet. V.23, n.4; 2015.
16. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução nº. 429/ 2012. **Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico** [Internet]. Diário Oficial da União 08 jun 2012 [cited 2013 May 10];Seção 1. Available from: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/Res_429_2012_pag1.pdf [Links]
17. COFEN. CONSELHO DE ENFERMAGEM FEDERAL. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem.** Lei No. 7.498, 25 de junho de 1986.Diário Oficial da União. Seção I, fls. 9.273-9.275 (Jun 26, 1986). 1986.
18. COUTO, Marcia Thereza; GOMES, Romeu. **Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2569-2578, out. 2012 .
19. DANTAS, Cilene Nunes; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; TOURINHO, Francis Solange Vieira. **A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO À LUZ DOS PENSAMENTOS DE BACON E GALIMBERTI.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 25, n. 1, e2800014, 2016 .
20. DE ALMEIDA, V.C. F. LOPES, M. V. DAMASCENO, M.M.C. **Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum.** Rev esc enferm usp, v. 39, n. 2, p. 202-10, 2005.

21. DE BEM, Ivan Pricken; DELDUQUE, Maria Célia; SILVA, José Agenor Álvares. **Como pensam os parlamentares brasileiros sobre álcool, tabaco e drogas: Uma investigação no Congresso Nacional.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto , n. 15, p. 45-52, jun. 2016 .
22. DE JESUS, Maria Cristina Pinto et al. **Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. 1, p. 71-78, 2016.
23. DIAS, Rafael Mendonça; PASSOS, Eduardo; SILVA, Marco Manso Cerqueira. **Uma política da narratividade: experimentação e cuidado nos relatos dos redutores de danos de Salvador, Brasil.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 20, n. 58, p. 549-558, Sept. 2016 .
24. DINIZ, Ieda Aparecida et al . **Percepción de directores de la enfermera de salud primaria en el proceso de enfermería.** Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 68, n. 2, p. 206-213, Apr. 2015 .
25. DUARTE, M.L.C. BOECK, J.N. **O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família.** Trab. educ. saúde. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 709-720, Dec. 2015.
26. DURÁN, Mar et al. **Determinantes del mantenimiento del consumo de tabaco: extensión de la Teoría de la Conducta Planificada.** terapia psicológica, v. 34, n. 1, p. 15-22, 2016.
27. ERIKSEN, M. MACKAY, J. ROSS, H. **The Tobacco Atlas.** 4th Edition. New York: American Cancer Society and World Lung Foundation; 2012.

28. FERREIRA, A. C. Z. et al . **Drug addicts treatment motivations: perception of family members.** Rev Bras Enferm. 2015; 68(3):415-22.
29. FIGUEIREDO, W.S. SCHRAIBER, L.B. **Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina.** São Paulo, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 935-944, jan. 2011.
30. FIGUEIRÓ LR et al. **Assessment of changes in nicotine dependence, motivation, and symptoms of anxiety and depression among smokers in the initial process of smoking reduction or cessation: a short-term follow-up study.** Trends Psychiatry Psychother. 2013;35(3):212-20.
31. FRAZER, Kate et al. **Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure.** The Cochrane Library, 2016.
32. GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima Da. **Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.
33. GAZZINELLI, M.F. et al. **Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento.** Rev Esc Enferm USP, 49(2):284-91, 2015.
34. GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão.** Ciênc. saúde coletiva, São Paulo , v. 8, n. 3, 2003.
35. GOMES, R. **Sexualidade masculina, Gênero e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

36. GOMES, R et al. **Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária.** Ciên saúde colet 16.Supl 1 (2011): 983-992.
37. GOMES, R. NASCIMENTO, E.F. ARAUJO, F.C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007 .
38. GURGEL, Polyanna Keitte Fernandes; TOURINHO, Francis Solange Vieira; MONTEIRO, Akemi Iwata. **Consulta coletiva de crescimento e desenvolvimento da criança à luz da teoria de Peplau.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, p. 539-543, Sept. 2014 .
39. HORTA WA. Processo de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
40. JORGE, Juliana Gomes, et al . **Influência do tabagismo passivo na aprendizagem de escolares.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 92, n. 3, p. 260-267, June 2016 .
41. LEITE, Renata Antunes Figueiredo et al . **Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18, n. 51, p. 661-672, Dec. 2014 .
42. LIMA, V.V. et al. **Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 279-288, Jan. 2015.

43. LUCCHESI, R. et al . **El tecnología de grupo operativo aplicado al programa de control del tabaco.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 918-926, Dec. 2013.
44. LYRA, J.M.B. BARRETO, A.F. AZEVEDO, M. **Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda de política de saúde.** BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), v. 14, n. 1, p. 07-15, 2012.
45. MACHIN, R. et al. **Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, Nov. 2011.
46. MALTA, D. C et al .**Risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey in capitals of Brazil, Vigitel 2014.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 238-255, 2015.
47. MASSIMO, Erika de Azevedo Leitão; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. **Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel.** Saude soc., São Paulo , v. 23, n. 2, p. 651-663, June 2014 .
48. MCELWAIN, Kathleen M. et al. **Systematic review of interventions to increase the delivery of preventive care by primary care nurses and allied health clinicians.** Implementation Science, v. 11, n. 1, p. 1, 2016.
49. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
50. MODENA, C.M. et al. **Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico.** Temas psicol. Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, abr. 2014.

51. MOREIRA-SANTOS, Thyego Mychell; GODOY, Irma; DE GODOY, Ilda. **Sufrimento psicológico relacionado à cessação do tabagismo em pacientes com infarto agudo do miocárdio.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 42, n. 1, p. 61-67, 2016.
52. MOURA, E.C. de et al. **Men's health care in the scope of the Family Health Strategy.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 429-438, fev. 2014.
53. MURARO, Ana Paula et al. **Effect of the exposure to maternal smoking during pregnancy and childhood on the body mass index until adolescence.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 49, 41, 2015
54. NEPOMUCENO, T.B. ROMANO, V.F. **Tabagismo e relações de poder na produção da saúde.** *Saude soc.* São Paulo, v. 23, n. 2, p. 701-710, June 2014.
55. PAES, N.L. **Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos.** *Ciênc. Saúde coletiva*. 21(1):53-61,2016.
56. PEPLAU, HE. **Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica.** Barcelona: Masson-Salvat; 1990.
57. PEPLAU HE. **Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing.** [S.l.]: Houndmills, Basingstoke, Hampshire Macmillan; 1988.
58. QUEIRÓZ, M.I.P. **O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões.** In: Lang, A.B.S.G., org. *Reflexões sobre a pesquisa*

- sociológica. São Paulo, Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992. p. 13-29. (Coleção Textos; 2a série, 3).
59. REYNALES-SHIGEMATSU, Luz Myriam. **Tobacco and cancer: epidemiology and new perspectives of prevention and monitoring in Mexico.** salud pública de méxico, v. 58, n. 2, p. 251-260, 2016.
60. RIBEIRO, Fabiane Alves de Carvalho et al. **Percepção dos pais a respeito do tabagismo passivo na saúde de seus filhos: um estudo etnográfico.** Rev. paul. pediatri., São Paulo , v. 33, n. 4, p. 394-399, Dec. 2015
61. RODRIGUES, L.B.B. et al. **A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.
62. SANTANA, Júlio César Batista et al. **Percepção dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica de Belo Horizonte.** Enfermagem Revista, v. 16, n. 1, p. 4-17, 2013.
63. SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. **Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 64, n. 2, p. 355-358, Apr. 2011 Brasília , v. 64, n. 2, p. 355-358
64. SANTOS, Ana Paula Soares dos et al . **Influência do Consumo Tabagístico e Grau de Dependência Nicotínica na Modulação Autonômica Cardíaca.** Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, 2016
65. SOARES, Mirelle Inácio et al . **Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 47-53, Mar. 2015

66. SABÓIA, Vera Maria et al. **Dinâmica comunicativa: avaliação da tecnologia educacional sobre drogas com estudantes universitários de enfermagem** [Communication dynamics: evaluation of educational technology with college nursing students]. Revista Enfermagem UERJ, v. 24, n. 1, 2016.
67. SCHRAIBER, L.B. et al. **Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens/Health needs and masculinities: primary health care services for men.** Cad. Saude Publica, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.
68. SILVA, J.P.G. et al. **Consulta de enfermagem a idosos: instrumentos da comunicação e papéis da enfermagem segundo Peplau.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 154-161, Mar. 2015.
69. SMITH, P.M. SPADONI, M.M. PROPER, V.M. **Abuse and smoking cessation in clinical practice.** Journal of Clinical Nursing. Malden, Massachusetts, 23, 3/4, 361-366 6p, Feb. 2014. ISSN: 0962-1067.
70. TEIXEIRA, D. C., BRAMBILLA, D. K., ADAMY, E. K., & KRAUZER, I. M. **Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 563-576, Dec. 2014.
71. TEIXEIRA E, MOTA VMSS. **Tecnologias Educacionais em Foco.** São Paulo: Difusão Editora; 2011.
72. TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2008.

73. VÁSQUEZ, C.P. FONSECA, A.A. **Conocimientos y actitudes asociadas al inicio del hábito de fumar durante la vida universitaria.** Hacia promoc. Salud, v.17, n2, p. 25-39. 2012
74. VILLANUEVA-SANCHEZ, Francisco G; LEYVA-HUERTA, ER; GAITAN-CEPEDEA, LA. **Cáncer en pacientes Jóvenes (Parte 1): Análisis clínico e histopatológico de carcinoma de células escamosas de la cavidad bucal en pacientes jóvenes.** Un estudio descriptivo y comparativo en México. Odontoestomatología, Montevideo , v. 18, n. 27, p. 44-48, mayo 2016
75. WENG, Shu-Chuan et al. **Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety.** BMC public health, v. 16, n. 1, p. 623, 2016.
76. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health and behavioral disorders (including disorders of psychological development).** In: World Health Organization. International Classification of Diseases: ICD-10. Geneva: World Health Organization; 1992. p. 311-87.
77. WORLD HEALTH ORGANIZATION. [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2014 Feb 26]. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco.** [Adobe Acrobat document, 164p.]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf.
78. WORLD HEALTH ORGANIZATION. INTERNATIONAL .Agency for Research on Cancer (IARC). **IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Vol 100E--Tobacco Smoking** [monograph on the Internet]. Lyon: IARC; 2012 [cited 2014 Feb 26]. [Adobe Acrobat document, 170p.]. Available from: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E-6.pdf>

79. WUNSCH FILHO, Victor; MIRRA, Antonio Pedro; LOPEZ. et al .**Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas.** Rev. bras. epidemiol. [online]. 2010, vol.13, n.2
80. VALCARENGHI, Rafaela Vivian et al . **Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento.** Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 68, n. 4, p. 705-712, Aug. 2015
81. YOSHIDA, Valéria Cristina and ANDRADE, Maria da Graça Garcia. **O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas.** Interface (Botucatu) [online]. 2016, vol.20, n.58



NeryUniversidade Federal do Rio de



Escola de Enfermagem Anna Nery

APÊNDICE A**ROTEIRO PARA PRODUÇÃO E COLETA DE DADOS****Parte I:****Formulário para caracterização do perfil sociodemográfico dos homens****Data:** ___/___/___**Horário:** _____**1- Dados sociodemográficos**

Idade:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Filhos: Sim () Não ()

Histórico de tabagismo:

() tabagista.

Se tabagista, quantos cigarros/dia e por quanto tempo mantém o hábito de fumar?

() ex-tabagista

Se ex-tabagista, por quanto tempo manteve o hábito de fumar e qual era a relação de cigarros/dia? _____

Parte II:

Roteiro da entrevista semiestruturada:

- 2- O que o senhor sabe sobre o tabagismo?
- 3- Para o senhor o que é ser fumante?
- 4- O que o tabagismo representa ou representou na sua vida?
- 5- O senhor se considera dependente do cigarro?
- 6- Por que o senhor fuma ou já fumou em algum momento da sua vida?
- 7- O senhor já tentou parar de fumar? Como foi essa experiência?
- 8- Como o cigarro interfere ou interferiu no seu convívio familiar/social/profissional?
- 9- O senhor considera que o tabagismo tem alguma relação com o desenvolvimento de doenças?
- 10- O que o senhor sabe sobre o câncer?
- 11- O senhor costuma procurar os serviços de saúde regularmente? Se não, por que?
Se sim, quais as necessidades?
- 12- Algum profissional da saúde já lhe orientou a respeito dos malefícios do cigarro?
- 13- O senhor tem apresentado algum problema de saúde? Qual (is)?
- 14- Você acha que este problema pode estar relacionado ao tabagismo?
- 15- Como o senhor gostaria de ser cuidado diante de tal (is) problemas?



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna



APÊNDICE B



HESFA
HESFA - Instituto de Atenção
à Saúde - São Francisco de Assis

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: Cuidados de enfermagem ao homem para enfrentamento do tabagismo e do risco de câncer, que tem como objetivos: analisar as necessidades de cuidado do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer, e discutir os cuidados de enfermagem ao homem com histórico de tabagismo e risco de câncer no contexto da atenção básica.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A pesquisa terá duração de 2 anos, com o término previsto para agosto de 2016.

Sua participação não é obrigatória e se realizará por meio de uma entrevista contendo questões sobre suas condições de saúde relativas ao tema da pesquisa. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando à pesquisadora responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Rubrica do Pesquisador: _____

Rubrica do Participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados à possibilidade de ocasionar incômodo a você ou mesmo provocar alguma emoção durante seu depoimento, relacionadas as experiências e vivências com o tabagismo e risco de câncer. A responsável pela realização deste estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes. Assim, sempre que necessário, a entrevista poderá ser pausada, ou mesmo interrompida.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa se referem à possibilidade de melhor identificar as necessidades do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer, e contribuir para o direcionamento dos cuidados de enfermagem. Deste modo, a pesquisa também poderá trazer benefícios aos cuidados prestados a você.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Luana Valentim Monteiro

Pesquisadora responsável

Rubrica do Pesquisador: _____ Rubrica do Participante: _____
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899.

E-mail: luanavalentimufrij@gmail.com Cel: 21 98507-7662

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21 2293-8148 – Ramal 228 - E-mail:

cepeeahesfa@gmail.com


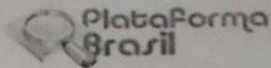
Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Recebi uma via assinada deste documento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.


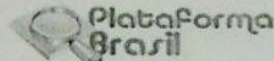
Nome legível do(a) participante: _____

Assinatura do(a) participante: _____

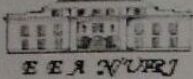
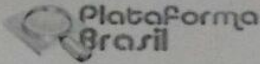
Anexo A

	ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN/ UFRJ - HOSPITAL ESCOLA SÃO	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Cuidados de enfermagem ao homem para enfrentamento do tabagismo e do risco de câncer		
Pesquisador: LUANA VALENTIM MONTEIRO		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 50215315.0.0000.5238		
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.310.464		
Apresentação do Projeto:		
Projeto de dissertação de mestrado, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa que trata do estudo do tabagismo e o câncer, que são problemas de saúde alvos de políticas públicas, com elevadas taxas de morbimortalidade, que na população masculina somam-se às questões de gênero que influenciam na aquisição do hábito de fumar, fator de risco etiológico de grande importância para o desenvolvimento do câncer. O cenário da pesquisa pretendido será uma Instituição de Atenção à Saúde, localizada no município do Rio de Janeiro.		
Objetivo da Pesquisa:		
Analisar as necessidades de cuidado do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer, e discutir os cuidados de enfermagem ao homem com histórico de tabagismo e risco de câncer no contexto da atenção básica.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Riscos:		
Toda pesquisa realizada com seres humanos confere riscos aos mesmos em graus variados. Contudo, esta pesquisa poderá gerar risco mínimo, podendo ocasionar incômodo ao homem ou mesmo provocar alguma emoção durante seu depoimento, o que será gerenciado pela pesquisadora da melhor forma possível, pausando ou mesmo interrompendo a entrevista, se		
Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275		
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110		
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO		
Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com		
Página 01 de 03		

Anexo A

	ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN/ UFRJ - HOSPITAL ESCOLA SÃO									
Continuação do Parecer: 1.310.464										
necessário.										
Benefícios:										
Os benefícios relacionados à pesquisa referem-se à possibilidade de melhor identificar as necessidades do homem com histórico de tabagismo e risco de câncer, e contribuir para o direcionamento dos cuidados de enfermagem.										
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:										
Em função do contexto apresentado, destaco a importância do desenvolvimento do trabalho pelas atividades de prevenção primária e dos fatores de risco associados ao câncer, considerando a atuação do profissional de enfermagem na equipe multiprofissional e multidisciplinar.										
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:										
<ol style="list-style-type: none"> 1) Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado 2) Projeto de Pesquisa detalhado: adequado 3) Instrumento de coleta de dados: adequado 4) Orçamento e fontes de financiamento: adequados 5) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado 6) Cronograma: adequado 7) Formulário de instituição coparticipante: adequado 										
Recomendações:										
Encerrar projeto na Plataforma Brasil após a sua conclusão.										
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:										
Não há.										
Considerações Finais a critério do CEP:										
O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 03 de novembro de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.										
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:										
<table border="0"> <tr> <td>Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275</td> <td>CEP: 20.211-110</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Cidade Nova</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: RJ</td> <td>Município: RIO DE JANEIRO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (21)2293-8148</td> <td>E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275	CEP: 20.211-110	Bairro: Cidade Nova		UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO	Telefone: (21)2293-8148	E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com
Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275	CEP: 20.211-110									
Bairro: Cidade Nova										
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO									
Telefone: (21)2293-8148	E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com									
Página 02 de 03										

Anexo A

		ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN/ UFRJ - HOSPITAL ESCOLA SÃO			
Continuação do Parecer: 1.310.464					
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação	
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_557532.pdf	05/11/2015 11:44:07		Aceito	
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/11/2015 11:43:17	LUANA VALENTIM MONTEIRO	Aceito	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/11/2015 11:38:09	LUANA VALENTIM MONTEIRO	Aceito	
Outros	Carta_resposta.doc	05/11/2015 11:36:58	LUANA VALENTIM MONTEIRO	Aceito	
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ATUAL.doc	05/11/2015 11:32:27	LUANA VALENTIM MONTEIRO	Aceito	

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Novembro de 2015

Assinado por:
Maria Angélica de Almeida Peres
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeeannesfa@gmail.com

Página 03 de 03