

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA

**LEVANTAMENTO DOS HÁBITOS DE VIDA E FATORES DE RISCO DE CÂNCER
DOS TABAGISTAS DO MUNICÍPIO DE SIDROLÂNDIA/MS**

**CAMPO GRANDE
2007**

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA

**LEVANTAMENTO DOS HÁBITOS DE VIDA E FATORES DE RISCO DE CÂNCER
DOS TABAGISTAS DO MUNICÍPIO DE SIDROLÂNDIA/MS**

Dissertação apresentada à banca
examinadora do curso de Mestrado em
Saúde Coletiva da Universidade Federal
de Mato Grosso do Sul.

Orientadora Prof. Dra. Elenir Rose Jardim
Cury Pontes.

**CAMPO GRANDE
2007**

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA

**LEVANTAMENTO DOS HÁBITOS DE VIDA E FATORES DE RISCO DE CÂNCER
DOS TABAGISTAS DO MUNICÍPIO DE SIDROLÂNDIA/MS**

Campo Grande, outubro de 2007.

Dra. Elenir Rose Jardim Cury Pontes – Orientadora Presidente da banca.

Dra. Silvia Maria Cury Ismael – Titular

Dra. Sônia Maria Oliveira de Andrade – Titular

Dra. Prof. Rosana Mara Giordano de Barros – Titular

Dr. Edson Mamoru Tamaki – Coordenador do Curso de Mestrado UFMS - Suplente

Dedico este estudo aos meus pais, que me fizeram,
enquanto tabagista passiva, odiar o tabagismo e,
enquanto filha, admirá-los, por se livrarem do tabagismo...

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pela família que me deu de presente e principalmente, por tantas oportunidades maravilhosas, como a de concluir este Mestrado.

Agradeço ao meu esposo José Carlos, companheiro em todos os momentos: de alegrias e dificuldades.

Aos meus lindos filhos: Rodrigo (12 anos) e Rafael (6 anos), que nem sempre souberam entender os momentos de ausência e dedicação aos estudos, e à Maely, braço direito no cuidado deles.

A minha orientadora, professora Elenir Pontes, que com sabedoria e serenidade, me conduziu neste estudo.

Aos professores Rivaldo Venâncio e Sônia Andrade, que participaram dos Seminários de Qualificação e deram orientações pertinentes para a construção da pesquisa.

Aos professores que nos acompanharam durante o curso de Mestrado: professor Edson Tamaki, Ana Maria Gomes e Michael Honner, pelos momentos de aprendizagem compartilhados.

À equipe da secretaria municipal de saúde de Sidrolândia/MS, que forneceu todo apoio e informações necessárias para este estudo.

Aos agentes comunitários de saúde de Sidrolândia: preciosos colaboradores para a realização desta pesquisa.

E, de modo especial, a todos os tabagistas que concordaram em participar da realização da pesquisa, de modo especial, aos que deixaram de ser tabagistas durante o programa de tratamento do fumante.

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, constituindo-se num sério problema de saúde pública, por ser responsável pelo desenvolvimento de diversos tipos de câncer e muitas doenças. Este trabalho teve como objetivo realizar um levantamento dos hábitos de vida e fatores de risco de câncer dos tabagistas de Sidrolândia/MS. Participaram do estudo, três equipes do Programa de Saúde da Família da zona urbana do município. Foram sujeitos desta análise, 501 tabagistas, que foram identificados pelos agentes comunitários de saúde de sua microárea e responderam a um formulário baseado nos inquéritos utilizados pelo Instituto Nacional de Câncer e Coordenação de Prevenção e Vigilância. Os resultados coletados demonstram que: 42,9% são adultos compreendendo a faixa etária de 26 a 45 anos, 55,7% são mulheres, 12,4% são analfabetos, 66,6% não possui o ensino fundamental completo e 95,8% não estudam atualmente. A maioria (67,3%) reside com companheiro, 55,7% são do lar, e 99% compreendem uma renda familiar per capita de até 2 salários mínimos; 41,0% começaram a fumar na adolescência e 58,4% fazem uso de cigarro industrializado; 49,6% consomem uma média de 10 cigarros por dia, inclusive, dentro de casa, mesmo sabendo que isso faz mal à saúde, expondo a família ao tabagismo passivo. Quanto aos problemas de saúde, 50,5% apresentam algum problema, sendo 30,5% problemas respiratório/alérgicos; 17,4% pressão alta e 10,8% depressão. Os principais fatores de risco de câncer encontrados neste estudo foram: sedentarismo (77,7%), hábito freqüente de ingerir bebidas alcoólicas (48,7%) e excesso de peso (37,1%) e 37,9% dos participantes, além de fumar estão expostos a um destes fatores de risco; 43,3% expostos a dois destes fatores de risco e 13% expostos a três destes fatores de risco. Desta forma, torna-se fundamental que o Programa do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer do município, através da Secretaria Municipal de Saúde, invistam em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no município, a fim de alertar à comunidade sobre os fatores de risco de câncer. Os que já são tabagistas devem ser orientados a participar do programa de tratamento do fumante, e as crianças e adolescentes devem ser envolvidos em ações educativas nas escolas e unidades de saúde, a fim de que conheçam os malefícios do tabagismo.

Palavras-chave: tabagismo, fatores de risco e câncer.

ABSTRACT

According to the Mundial Health Organization (OMS), the tabacismo is the main cause of preventive death in all the world, being a serious public health problem, because of it is responsible by the development of many kinds of cancer and other illnesses. This work had as objective to realize a sum up of the life habits and risk factors of tabacconists in Sidrolândia/MS. Three groups of the Family Health Program in the urban zone of the town participated of the study. It was analyzed, 501 smokers that was identified by the communitarian health agents in their micro area and answered to a formulary base don the inquiries used by the National Institute of Cancer and the Coordination of Prevention and Vigilance. The results collected showed that: 42,9% are adults between 26 and 45 years old, 55,7% are women, 12,4% are analphabets, 66,6% don't studied the complete fundamental school and 95,8% are not studying actually. The majority (67,3%) lives with a partner, 55,7% are housewives, and 99% earns a familiar per capit salary of until 2 minimum salaries; 41,0% started smoking in the teenage and 58,4% use industrial cigarettes; 49,6% smoke a medium of 10 cigarettes a day, including in the houses, although they know it is prejudicial to the health, putting all the family in the passive tabacismo. According to the health problems, 50,5% present some problem, being 30,5% respiratory/allergic problems; 17,4% high pressure and 10,8% depression. The main risk factors of cancer met in this research were: sedentary life (77,7%), frequent habit of drinking alcohol drinks (48,7%) and high height (37,1%) e 37,9% of them, though smoking are exposed to one of these risk factors; 43,3% exposed to two of these risk factors and 13% exposed to three of these risk factors. By this way, it becomes fundamental that the Tabacismo Program and the others risk factors of cancer in the town, by the Health Municipal Secretary, invest in actions of promotion of health and prevention of illness in the city, pretending to alert the community about the risk factors of cancer. Those who are tabacconists should be told to participate in the program of smoking treatment, and the children and teens should be involved in education actions in the schools and units of health, to know the badness of the tabacismo.

Key-words: tabacismo, risk factors e cancer.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo características sócio-demográficas, Sidrolândia/MS – 2006.....	35
Tabela 2- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo renda familiar e ocupação profissional, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 501).....	36
Tabela 3- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS (exceto quem somente naqueia), segundo sexo, idade que começou a fumar, tipo e quantidade de cigarro que fuma por dia e hábito de fumar dentro de casa, Sidrolândia/MS – 2006	36
Tabela 4- Distribuição dos tabagistas que naqueiam usuários do SUS, segundo idade que começou a naquear e quantas vezes naqueiam por dia, Sidrolândia/MS – 2006.....	37
Tabela 5- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo problemas de saúde, Sidrolândia/MS – 2006 (n = 501).....	37
Tabela 6- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo hábitos relacionados ao uso do tabaco, Sidrolândia/MS – 2006 (n = 501).....	38
Tabela 7- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábitos alimentares (fatores de risco), Sidrolândia/MS – 2006 (n = 501).....	38
Tabela 8- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábitos alimentares (fatores protetores), hábito de fazer dieta e grau de IMC, Sidrolândia/MS – 2006.....	39
Tabela 9- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábito de praticar atividades físicas, Sidrolândia/MS – 2006.....	39
Tabela 10- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e esforço físico, Sidrolândia/MS - 2006.....	40
Tabela 11- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábitos de se expor ao sol, Sidrolândia/MS - 2006.....	40
Tabela 12- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábitos de se proteger à exposição solar, Sidrolândia/MS - 2006.....	41
Tabela 13- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo fator de exposição ocupacional, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 501).....	41
Tabela 14- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, com exposição ocupacional, segundo frequência que isto ocorre e utilização de equipamentos de proteção, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 64).....	42
Tabela 15- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábito de consumo de bebidas alcoólicas, Sidrolândia/MS - 2006.....	42
Tabela 16- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e necessidade de consumo de bebidas alcoólicas, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 222).....	43
Tabela 17- Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo presença de fatores de risco de câncer, Sidrolândia/MS – 2006.....	43
Tabela 18- Distribuição dos tabagistas do sexo feminino, usuárias do SUS, segundo informações sobre ocorrência e tratamento de DST, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 279).....	43
Tabela 19- Distribuição dos tabagistas do sexo feminino, usuárias do SUS, segundo informações sobre realização e data do exame preventivo, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 279).....	44

Tabela 20- Distribuição dos tabagistas do sexo feminino, usuárias do SUS, segundo informações sobre resultado do exame preventivo e tipo de tratamento necessário, Sidrolândia/MS – 2006 (n = 279).....	44
Tabela 21- Distribuição dos tabagistas do sexo feminino, usuárias do SUS, segundo informações sobre utilização de métodos contraceptivos, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 279).....	45
Tabela 22- Distribuição dos tabagistas do sexo masculino, usuários do SUS, segundo informações sobre DST, uso de preservativo e exame da próstata, Sidrolândia/MS – 2006.....	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 HISTÓRIA DO TABAGISMO.....	12
2.1 O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE.....	14
2.2 AÇÕES PARA O CONTROLE DO TABAGISMO.....	18
3 OUTROS FATORES DE RISCO DE CâNCER	22
3.1 ALIMENTAÇÃO.....	24
3.2 INATIVIDADE FÍSICA - SEDENTARISMO.....	24
3.3 EXPOSIÇÃO SOLAR.....	25
3.4 FATORES OCUPACIONAIS.....	26
3.5 ÂLCOOL.....	28
3.6 HÁBITOS SEXUAIS.....	29
4 OBJETIVOS.....	31
4.1 OBJETIVO GERAL.....	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	32
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	32
5.2 LOCAL DA PESQUISA.....	32
5.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	33
5.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	33
5.5 PROCEDIMENTOS DE INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	34
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
6 RESULTADOS.....	35
6.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.....	35
6.2 TABAGISTA FUMANTE.....	36
6.3 TABAGISTA QUE NAQUEIA.....	37
6.4 TODOS OS TABAGISTAS.....	37
<u>6.4.1 Hábitos alimentares dos tabagistas.....</u>	<u>38</u>
<u>6.4.2. Hábitos quanto à atividade física.....</u>	<u>39</u>
<u>6.4.3 Hábitos de exposição ao sol.....</u>	<u>40</u>
<u>6.4.4 Exposição a fatores ocupacionais.....</u>	<u>41</u>
<u>6.4.5 Consumo de bebidas alcoólicas.....</u>	<u>42</u>

<u>6.4.6 Sujeitos do sexo feminino.....</u>	43
<u>6.4.7 Sujeitos do sexo masculino.....</u>	46
7 DISCUSSÕES.....	47
7.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.....	47
7.2 TABAGISTA FUMANTE.....	47
7.3 TABAGISTA QUE NAQUEIA.....	49
7.4 TODOS OS TABAGISTAS.....	49
<u>7.4.1 Hábitos alimentares dos tabagistas.....</u>	51
<u>7.4.2. Hábitos quanto à atividade física.....</u>	52
<u>7.4.3 Hábitos de exposição ao sol.....</u>	53
<u>7.4.4 Exposição a fatores ocupacionais.....</u>	53
<u>7.4.5 Consumo de bebidas alcoólicas.....</u>	54
<u>7.4.6 Sujeitos do sexo feminino.....</u>	55
<u>7.4.7 Sujeitos do sexo masculino.....</u>	56
CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DESTINADOS AOS TABAGISTAS.....	64
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO DE PAIS.....	70
ANEXO A – FICHA A.....	72

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo representa o maior fator evitável de câncer e de outras doenças como as pulmonares e as cardiovasculares (BRASIL, 1998c, p. 27).

Atualmente sabe-se que o tabagismo, além de câncer, causa uma gama de doenças das quais nunca se suspeitou, incluindo catarata, leucemia mieloide aguda e câncer cervical, renal, pancreático e estomacal (BRASIL, 2004a).

O câncer é uma doença que afeta não apenas o indivíduo, mas toda a sociedade, por meio da redução do potencial de trabalho humano e do impacto econômico resultante dos elevados custos envolvidos para o seu diagnóstico e tratamento. Porém, existem gastos imensuráveis como a dor e o sofrimento do doente e da família.

A concepção de Saúde Pública no Brasil está mudando. Os programas atuais buscam o envolvimento de diversos setores de governo, a fim de assumir responsabilidades e assim, consolidar, juntamente com a comunidade, a melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente, a saúde.

O INCA (Instituto Nacional de Câncer) desenvolve importante papel para a Saúde Pública, afinal, além de trabalhar no controle do tabagismo, também desenvolve ações para alertar sobre outros fatores de risco de câncer, como o sedentarismo, a exposição solar, exposição ocupacional, sexo sem proteção, alimentação inadequada e alcoolismo.

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS o tabagismo é considerado uma pandemia¹, pois mata anualmente, mais que a soma das mortes por AIDS, cocaína, heroína, álcool, suicídios e acidentes de trânsito (BRASIL, 1998b).

Neste estudo foram analisados os hábitos de vida dos tabagistas, verificando a exposição deles aos principais fatores de risco de câncer que são: a alimentação, a inatividade física (sedentarismo), a exposição solar, a exposição ocupacional, o álcool e os hábitos sexuais.

¹ Incidência de doença que ataca ao mesmo tempo muitas pessoas, atingindo diversas nações ou continentes.

2 HISTÓRIA DO TABAGISMO

A utilização do tabaco teve início, aproximadamente, no ano 1000 a.C., em rituais mágico-religiosos das sociedades indígenas da América Central. Assim, até o século XV, o tabagismo era conhecido basicamente pela população indígena da América, de onde o fumo é originário, sob a denominação de *petum* (nome indígena do tabaco).

Na Europa, a planta ficou conhecida a partir do século XVI, introduzida na França em 1559, pelo embaixador Jean Nicot que, tendo acesso à Corte, ganhou fama e renome quando utilizou as folhas de tabaco para curar as enxaquecas crônicas da rainha Catarina de Medicis (BRASIL, 1998a).

Jean Nicot ficou encantado pela planta que, seguindo as práticas indígenas, lhe cicatrizou uma úlcera de perna, até então incurável. A planta, que foi cientificamente denominada *Nicotiana Tabacum*, chegou ao Brasil, provavelmente, pela migração de tribos tupis-guaranis. Quando os portugueses aqui desembarcaram, tomaram conhecimento do tabaco pelo contato com os índios (BRASIL, 1998b).

Com a associação do poder curativo do tabaco, seu uso se expandiu rapidamente, sendo facilmente encontrado nas farmacopéias na forma de xaropes, extratos, sucos, inalações, fumigações², pomadas e emplastros, para serem utilizados na cura de úlceras, ferimentos, enxaquecas, reumatismos, hérnia, gota³, sarna, doenças venéreas, bronquite e asma. Na Europa foram criados Clubes e Academias para ensinar a fumar em longos cachimbos e, por volta de 1650, o tabagismo já havia conquistado os cinco continentes. A população em geral rapidamente aderiu à moda (BRASIL, 1998a, p. 08).

No Brasil, mais precisamente na região do recôncavo baiano, Sergipe e Alagoas, o tabaco começou a ser produzido para ser utilizado como elemento de escambo no tráfico de escravos na África, difundindo-se também nesse continente. “(...) aos poucos, os cachimbos rústicos dos índios transformaram-se em requintados instrumentos de fumar feitos de materiais nobres como porcelana, bronze, argila e cobre, decorados, ornados e, até, incrustados com pedras preciosas”. (BRASIL, 1998a, p. 08).

² Fumigar: expor ao fumo, desinfetar por meio da fumaça ou dos gases provenientes da combustão.

³ Inflamação nas articulações.

A partir do século XVIII o tabaco começou a ser usado em forma de rapé: tabaco em pó usado para aspirar, também usado com fins terapêuticos, pois se acreditava que isso ajudava a melhorar o humor, revigorava o cérebro e clareava a mente. Com o tempo, foi possível constatar que as virtudes terapêuticas do cigarro era uma ilusão, mas, o hábito da utilização do tabaco já estava enraizado, tanto no comportamento social quanto nas relações diplomáticas, como símbolo de elegância e civilidade de seus praticantes (BRASIL, 1998a).

Na segunda metade do século XIX, o rapé começou a ser substituído pelo charuto e pelo cigarro. A crescente industrialização e urbanização mudaram a vidas das pessoas, sua forma de moradia e conseqüentemente, seus hábitos. Passou também a aumentar o consumo de café, que combinado com o tabaco, tornou-se hábito cristalizado, comum até os dias atuais. Acreditava-se que a associação do café e do tabaco era um estimulante físico e intelectual, sendo seu consumo comum, tanto para trabalhadores, como para as pessoas da elite.

Com o aumento do consumo, a produção do cigarro cresceu tanto, que em 1990, o Brasil produzia cinco trilhões de cigarros por ano. Com isso, aumentaram também os lucros advindos do tabagismo, o que fez do Brasil, o maior exportador e o quarto maior produtor de tabaco no ano de 1997. Atualmente, o Brasil é o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo, o que demonstra grande atividade da indústria fumageira no país.

Mesmo tendo sido banida a publicidade de tabaco (técnica de persuasão mais utilizada pelas indústrias fumageiras), as publicidades indiretas de tabaco continuam a ser utilizadas, através de ídolos nas novelas e filmes, que a indústria utiliza para estimular o consumo de cigarro. Ela envolve anúncios comerciais altamente elaborados, que tem primeiramente a intenção de despertar nas pessoas o desejo de consumir, para em seguida levá-las à ação e conseqüentemente à dependência. Para isso, utiliza-se de idéias e de estímulos sensoriais, auditivos, e visuais que mexem com o imaginário do observador, passando mensagens positivas, ilusões de prazer, promovendo modelos de comportamento ou idéias de conquistas (BRASIL, 1998a).

O tabaco pode ser usado de diversas maneiras, de acordo com sua forma de apresentação: inalado (cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de palha); aspirado (rapé); mascado (fumo-de-rolô), porém, sob todas as formas ele é maléfico à saúde. O cigarro, pela extensão e disseminação de uso, é a forma mais comum de

utilização do tabaco, tornando-se um sério problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 1998a).

2.1 O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998b), os primeiros relatórios médicos que relacionavam o tabagismo ao adoecimento dos fumantes e, a seguir, dos não-fumantes expostos à fumaça de derivados do tabaco (fumantes passivos), datam da década de 1960. Ao consumo de produtos advindos do tabaco foram atribuídas 30% das mortes por câncer, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (bronquite e enfisema), 25% das mortes por acidente vascular cerebral (derrame) e 25% das mortes por infarto do coração (BRASIL, 1998c).

No estudo de Ribeiro e Filho (2004) o termo “exposição” é explicado como o contato com qualquer atributo que possa ser relevante para a saúde do indivíduo, tanto fatores ambientais, biológicos ou relacionados à situação sócio-econômica, podendo atuar isoladamente ou em interação com fatores genéticos. Ou seja, são situações nas quais as pessoas estão expostas à determinada substância, mistura de substância, ou a processo de trabalho, que aumentam o risco de incidência de neoplasias malignas.

Na fumaça do tabaco existe de cerca de 4.700 diferentes substâncias químicas, principalmente a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão: “(...) a fumaça que sai da extremidade acesa do cigarro contém todos os componentes tóxicos em proporções mais elevadas do que a que entra e sai da boca do fumante” (BRASIL, 1998c, p. 27).

Portanto, pessoas que convivem com fumantes em ambientes fechados também são expostas aos riscos da poluição tabagística ambiental (PTA).

Os dois componentes principais da PTA são a fumaça exalada pelo fumante (corrente primária) e a fumaça que sai da ponta do cigarro (corrente secundária). Nesta última, algumas substâncias como a nicotina, monóxido de carbono, amônia, benzeno, nitrosaminas e outros carcinógenos podem ser encontrados em quantidades mais elevadas, pois não são filtradas. A amônia alcaliniza a fumaça do cigarro, contribuindo assim para uma maior absorção de nicotina pelos fumantes, tornando-os mais dependentes da droga e é também o principal componente irritante da fumaça do tabaco. (BRASIL, 2004b, p. 01).

Os fumantes passivos, em curto prazo, podem sentir irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaléia e aumento dos problemas alérgicos e cardíacos. Em médio e longo prazo podem apresentar redução da capacidade respiratória, infecções respiratórias, aumento do risco de arteriosclerose, infarto do miocárdio e câncer (BRASIL, 1998b).

De acordo com informações do Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2004c), crianças nascidas de mães que fumavam, em média, 10 cigarros durante a gestação, podem apresentar atraso no aprendizado escolar, e os bebês amamentados por mães que fumam, em média, 20 cigarros por dia, podem apresentar vômitos, diarreia, agitação e taquicardia devido à intoxicação pela nicotina.

A nicotina também pode ser prejudicial quando absorvida pela pele, através do contato com as folhas verdes e úmidas do tabaco, causando uma doença denominada Mão Verde, que tem como sintomas náuseas, vômitos, fraqueza, cefaléia e tontura, podendo também causar cólicas abdominais e dificuldades respiratórias. Os mais prejudicados com essa doença são os trabalhadores rurais que lidam diretamente com o cultivo do tabaco, estando expostos ainda, ao uso freqüente de pesticidas, o que exige um manuseio adequado e uso de equipamento de proteção, mas não se pode afirmar que esses cuidados são tomados adequadamente (TABACO... 2004).

O tabagismo também é responsável por enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Os danos ambientais referem-se o desmatamento das florestas (tanto para o plantio quanto para a cura⁴ da folha) e a poluição, causada pelos agrotóxicos e fertilizantes, usados durante o plantio (MENEZES et al, 2002).

No Brasil, uma pesquisa realizada pela Tobacco Free Kids, revela que 48% dos membros de famílias de fumicultores sofrem de alguma doença relacionada ao tabaco. A mão de obra infantil também é muito comum nas plantações de tabaco, o que além de comprometer o acesso das crianças à educação, também comprometem a saúde. Mesmo que o auxílio das crianças no cultivo do tabaco possa melhorar a renda familiar em curto prazo, não traz benefícios em longo prazo.

No Brasil, a mão de obra infantil é aproveitada na aplicação de pesticidas, colheita, secagem e classificação das folhas, atividades que interferem no calendário escolar, principalmente na época de colheita que a criança é requisitada a trabalhar em dois turnos. São ao todo 520 mil crianças com

⁴ Processo de secagem da folha para a industrialização.

menos de 18 anos trabalhando na fumicultura, sendo que deste total 32% com menos de 14 anos. (TABACO... 2004, p. 2).

A folha do tabaco brasileiro é conhecida por ser de boa qualidade e baixo preço, o que torna o Brasil, o primeiro exportador mundial de folha de fumo. Isto se deve ao baixo custo de produção, que utiliza a mão de obra familiar e não inclui mecanização da lavoura. Além disso, a indústria fumageira faz contrato diretamente com o produtor, que financia os custos do plantio, garante a compra da colheita e define os preços. (TABACO... 2004).

Outro fator que deve ser analisado quanto aos prejuízos causados pelo tabagismo, são os danos ao meio ambiente: o cultivo de tabaco empobrece rapidamente o solo, por isso requer uso intenso de fertilizantes artificiais para que o solo possa continuar a produzir.

O uso de pesticidas em alta escala e o hábito de lavar o equipamento e embalagens vazias na água corrente causa danos ao ecossistema com a contaminação do solo, de alimentos, de animais e dos rios, ampliando os riscos de exposições entre pessoas que vivem nas proximidades das plantações de tabaco. (TABACO... 2004, p.14).

O tabagismo é classificado como uma das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, de acordo com Silva Júnior et al (apud ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

Nas DCNT incluem-se também as doenças cardíacas e as cerebrovasculares, os cânceres, o diabetes, a hipertensão, as doenças auto-imunes. Com objetivo de ampliar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, também foi acrescentado ao grupo das DCNT as causas externas, ou seja, as lesões produzidas por acidentes e violências, constituindo-se assim, o grupo das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis – DANT.

O impacto das DANT sobre as sociedades humanas é crescente. Os custos econômicos e sociais delas decorrentes avolumaram-se, seja, devido à morte prematura ou incapacitação definitiva de pessoas em idade produtiva, ou ainda pela sobrecarga na demanda por serviços assistenciais. (SILVA JÚNIOR et al apud ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003, p. 295).

Entretanto, nos sugere Bloch (1998 apud LESSA 1998) que a prevenção e o controle das DANT, têm como objetivo principal a redução da exposição das pessoas aos fatores de risco a elas determinados.

Diversas ações estão sendo desenvolvidas em todo o mundo, com o objetivo de alertar sobre os malefícios do tabagismo e auxiliar as pessoas a deixarem de fumar. A empresa suíça Cytos Biotechnology conduziu um experimento com 341 fumantes de 18 a 70 anos, que estavam consumindo de 10 a 40 cigarros por dia,

pelo menos, nos últimos três anos, utilizando uma vacina feita com a proteína retirada de um bacteriófago (um tipo de vírus que ataca bactérias), e modificada para provocar uma resposta de anticorpos à nicotina. Além de receber doses diárias de vacina por quatro meses, os participantes também eram orientados a tentarem deixar de fumar. Os resultados demonstram que 57% dos fumantes conseguiram parar de fumar, pois desenvolveram anticorpos à nicotina. A empresa continuará a desenvolver testes com a vacina e se os resultados forem satisfatórios, em 2008 a vacina poderá ser aprovada e colocada no mercado (VACINA..., 2005).

Cientistas do Instituto de Tecnologia da Califórnia identificaram o responsável pela dependência à nicotina: um receptor neuronal específico de acetilcolina, onde a nicotina se aloja, provocando a liberação de dopamina. Conhecendo este processo é possível identificar outras substâncias que possam substituir a nicotina (MOLÉCULA..., 2004).

Excetuando o câncer de pele não melanoma⁵, visto que apresenta altos índices de cura devido à facilidade do diagnóstico precoce, os tipos de câncer mais incidentes na população brasileira são os de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e os de colo do útero (BRASIL, 2005a).

O câncer de pulmão permanece como uma doença altamente letal. A sobrevida média cumulativa total em cinco anos varia entre 13 e 21% em países desenvolvidos e entre 7 e 10% nos países em desenvolvimento. O fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer de pulmão é o fumo. (BRASIL, 2005a, p. 38).

O hábito de fumar pode aumentar o risco de desenvolver câncer de pulmão em 20 a 30 vezes em tabagistas de longa data, e em 30 a 50% em fumantes passivos. Não existe, portanto nenhuma dose ou quantidade segura para o consumo. No estado de Mato Grosso do Sul tem uma taxa estimada de 18,56 casos de câncer de traquéia, brônquios e pulmão para cada 100 mil homens e 10,04 casos para cada 100 mil mulheres. Para os homens, o câncer de pulmão é o segundo mais freqüente, para as mulheres, o câncer de pulmão é o quarto tipo mais freqüente (BRASIL, 2005a).

De acordo com o estudo de OLIVEIRA et al (2006) cerca de 10% dos tumores malignos que ocorrem no corpo humano localiza-se na boca, sendo o câncer bucal o sexto tipo de câncer mais incidente no mundo, podendo ser considerado o mais

⁵ O câncer de pele não melanoma, são também denominados de carcinoma basocelular e carcinoma epidermóide. São os tipos de câncer de pele mais freqüentes (70% e 25% respectivamente). (BRASIL, 2005c).

comum (com exceção do câncer de pele) na região da cabeça e pescoço, e destaca que o tabaco e o álcool são os dois fatores de risco mais importantes, não só para o desenvolvimento da neoplasia, como também para seu prognóstico. Em seu estudo sobre câncer na cavidade oral 68,5% dos pacientes eram tabagistas e etilistas.

Desta forma, pode-se verificar que o câncer bucal está fortemente associado aos comportamentos evitáveis, como beber e fumar. Comportamentos estes, que são adquiridos em sua maioria durante a adolescência.

2.2 AÇÕES PARA O CONTROLE DO TABAGISMO

A partir da década de 1970, tornaram-se mais evidentes as manifestações organizadas para o controle do tabagismo, primeiro por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras organizações não governamentais. Ao final da década de 1980, o Ministério da Saúde passou a organizar as ações sistemáticas, continuadas e abrangentes, através do INCA – Instituto Nacional de Câncer e assim, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi desenvolvendo, dois grandes grupos de ações: o primeiro voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo, crianças e adolescentes; e o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar. Posteriormente, o programa passou a enfocar também os demais fatores de risco de câncer, como a exposição solar, sedentarismo, alcoolismo, exposição ocupacional e sexo sem proteção (BRASIL, 2001).

Com o intuito de ajudar os fumantes a deixarem de fumar, atualmente o INCA, dispõe, através das coordenações estaduais e municipais do Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer, o Programa “Deixando de Fumar sem Mistérios”, no qual, através de avaliação médica e terapia de grupo, os pacientes recebem apoio para a cessação do hábito de fumar. As sessões são estruturadas, ou seja, possuem informações e atividades que podem auxiliar o participante a deixar de fumar, e quando necessário, existe o apoio medicamentoso (bupropiona⁶ e reposição de nicotina por adesivo transdérmico ou goma de mascar), porém o foco do tratamento é a terapia de grupo. O trabalho é desenvolvido na rede pública de saúde (BRASIL, 2001).

⁶ Antidepressivo e inibidor do desejo de fumar

Um estudo realizado por Menezes et al. (2002) indica que a eliminação total do tabagismo no mundo pode levar à prevenção de 54% do câncer de esôfago, 71% do câncer de pulmão e de 86% do câncer de laringe.

No Brasil, existe uma vasta legislação que visa o controle do tabagismo. Quanto à proteção contra os riscos da exposição à PTA – Poluição Tabagística Ambiental, existe a Portaria Interministerial nº 3.257 de 22 de setembro de 1988, que “recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho e cria fumódromos, ou seja, áreas destinadas exclusivamente ao tabagismo, devidamente isoladas e com arejamento conveniente” (BRASIL, 2005b, p. 1).

Em 15 de julho de 1996, foi criada a Lei nº 9.294 que:

Proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumífero derivado do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em fumódromos (BRASIL, 2005b, p. 1).

A Lei nº 8.069 de julho de 1990 proíbe vender, fornecer ou entregar, à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica. Em 27 de dezembro de 2000, por meio da Lei nº 10.167, a Lei nº 9.294/96 é alterada, passando a ser proibida a venda por via postal, a distribuição de amostra ou brinde e a comercialização em estabelecimento de ensino e de saúde, e também proíbe a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco (BRASIL, 2005b).

Em julho de 2003, a Lei nº 10.702 também altera a Lei nº 9.294/96 e proíbe a venda de produtos fumíferos derivados do tabaco a menores de 18 anos, regula a propaganda de marcas de cigarros de patrocinadores de eventos esportivos internacionais a partir de 30 de setembro de 2005, determina a veiculação de advertência sobre os malefícios do tabagismo na abertura, no encerramento e durante a transmissão de eventos esportivos internacionais, em intervalos de quinze minutos e faculta ao Ministério da Saúde a colocação de propagandas fixas, com advertências sobre os malefícios do tabagismo, no local da realização do evento (BRASIL, 2005b).

A partir de fevereiro de 2001, através da portaria nº 6, o Ministério do Trabalho e Emprego torna proibido o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo. Em 2002, através da Resolução nº 304 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), torna proibida a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de

cigarro, charuto, cigarrilha, ou qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco. Proíbe também o uso de embalagens de alimentos que simulem ou imitem as embalagens de cigarros, bem como o uso de nomes de marcas pertencentes a produtos fumíferos, derivados ou não do tabaco (BRASIL, 2005b).

Os termos: classes, ultra baixos teores, baixos teores, suave, light, soft, leve, teores moderados, altos teores, entre outros, foram proibidos de constar nas embalagens de cigarros pela Resolução nº 46 de 28 de março de 2001 da ANVISA, que também estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na fumaça dos cigarros comercializados no país (BRASIL, 2005b).

Desde maio de 2001, seguindo a Resolução nº 104 da ANVISA, o material de propaganda e as embalagens de produtos fumíferos derivados do tabaco, exceto as destinadas à exportação, contêm advertências e imagens que ilustram seu sentido. Em janeiro de 2003, as embalagens de cigarros passaram a apresentar a mensagem: “Este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas, a nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para consumo destas substâncias” de acordo com a Resolução nº 14 da ANVISA (BRASIL, 2005b).

Durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde em 1999, os países membros das Nações Unidas propuseram a adoção do primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública da história da humanidade: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Foram mais de quatro anos para conclusão da elaboração do documento, que foi adotado pelos 192 Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) durante a 56ª Assembléia Mundial. Por fim, em 1º de agosto de 2003, foi criada a Comissão Nacional para implementação da Convenção-Quadro para o controle do tabaco e de seus protocolos. A Comissão Nacional é composta dos Ministérios: da Saúde, das Relações Exteriores, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e Emprego, da Educação, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, do Desenvolvimento Agrário, das Comunicações e do Meio Ambiente. A Convenção-Quadro é um tratado internacional que serve como referência para que os países participantes implantem medidas de redução ao consumo e exposição ao tabaco. O plenário da Câmara aprovou o tratado em maio de 2004 e a matéria tramita no Senado Federal (BRASIL, 2005b).

No dia 28 de junho de 2005, produtores de tabaco de Porto Alegre/RS entregaram ao Senado Federal, um abaixo-assinado contendo 195 mil assinaturas de pessoas contrárias à ratificação da Convenção-Quadro, apresentando como argumento a dificuldade econômica que afetaria os agricultores que cultivam o tabaco (FUMO..., 2005).

A Convenção-Quadro foi aprovada em 28 de fevereiro de 2005, sendo a primeira em nível mundial a impor restrições ao tabaco e seus produtos. A partir desta aprovação, deve ser implementadas as suas restrições, como o aumento do preço e taxa de impostos sobre o cigarro, a proibição da publicidade do tabaco, o combate ao contrabando do cigarro, dentre outras.

Também tramita no Congresso, o Projeto de Lei de nº 4921/05, do deputado Carlos Nader (PL-RJ), que visa proibir, no Brasil, a exibição pública de imagens de pessoas fumando, com validade para todos os programas televisivos nacionais por emissoras abertas ou por assinatura e produções cinematográficas ou de vídeos, independente de sua duração (curta, média ou longa metragem). O descumprimento da proibição prevê a suspensão temporária da programação (PROJETO..., 2005).

Por outro lado, com objetivo de repor as pessoas que deixam de fumar, seja por abandono da dependência ou por morte, a indústria fumageira voltou sua publicidade para atingir consumidores cada vez mais jovens (BRASIL, 2004d).

3 OUTROS FATORES DE RISCO DE CÂNCER

A palavra risco refere-se à possibilidade da ocorrência de um evento indesejado. Na epidemiologia, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que uma pessoa, sem certa doença, mas exposta a determinados fatores, a adquiram (BRASIL, 2005c).

Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco. Contrariamente, há fatores que conferem ao organismo a capacidade de se proteger contra a aquisição de determinada doença, daí serem chamados fatores de proteção. A interação entre fatores de risco e de proteção a que as pessoas estão submetidas pode resultar, ou não, na redução da probabilidade delas adoecerem. (BRASIL, 2005c, p. 1).

O câncer não é uma doença única, mas um conjunto de mais de 100 (cem) doenças diferentes. É caracterizado por alterações que determinam um crescimento celular desordenado e não controlado pelo organismo, comprometendo os tecidos e conseqüentemente os órgãos. Desta forma, diferentes tipos de câncer correspondem a diferentes tipos de células do corpo, recebendo para cada tipo, nomenclaturas diversas. Quando o câncer tem início em tecidos epiteliais, como a pele ou mucosas, tem o nome de carcinoma. Já quando tem início em tecidos conjuntivos, como ossos, músculos ou cartilagens, são chamados de sarcoma (BRASIL, 1998c).

As células alteradas passam então a se comportar de forma anormal: multiplicam-se mais rápida e desordenadamente. O acúmulo destas células vai formar os tumores, que podem adquirir a capacidade de se desprender e de migrar, invadindo primeiramente tecidos vizinhos, podendo disseminar-se, chegando a órgãos distantes do local onde o tumor teve origem formando as metástases. Este processo pode se dar de forma lenta ou não, e conforme as células cancerosas vão substituindo as normais, os tecidos invadidos vão perdendo suas funções (BRASIL, 1998c).

O processo de formação do câncer geralmente é lento, podendo levar muitos anos para que uma célula doente se prolifere e origine outro tumor visível. Este processo passa por três estágios: de iniciação, promoção e progressão.

No estágio de iniciação as células são geneticamente alteradas por ação de agentes cancerígenos, mas, ainda não manifestam as transformações sofridas. Porém, dependendo da capacidade do organismo em remover essas células ou restaurar o DNA lesado, assim como da existência de estímulos contínuos de

agentes cancerígenos, esse processo pode ser interrompido ou não. Ao agente cancerígeno capaz de iniciar o processo de carcinogênese é dado o nome de agente iniciador ou oncoiniciador. Um dos componentes da fumaça do cigarro, o benzopireno é um exemplo de agente iniciador, assim como alguns vírus oncogênicos.

No estágio de promoção as células iniciadas, sofrem a ação dos fatores que promovem sua multiplicação. Os agentes promotores ou oncopromotores não são carcinogênicos por si só, mas induzem a divisão celular num tecido já iniciado. Para que ocorra esse processo, é necessário longo e continuado contato com o agente promotor.

A suspensão do contato com agentes promotores muitas vezes interrompe o processo nesse estágio. Alguns componentes da alimentação, como a gordura e a exposição excessiva e prolongada a hormônios são exemplos de fatores que promovem a transformação de células iniciadas em malignas. (BRASIL, 1998c, p. 17)

O último estágio é o estágio da progressão, no qual o câncer já está instalado e evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença. É caracterizado pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Os fatores que estimulam a progressão do câncer são denominados agentes aceleradores ou oncoaceleradores.

O tabaco é um agente carcinógeno completo, pois possui componentes que atuam nos três estágios do processo de carcinogênese, porém, é interessante destacar que “o processo de formação do câncer pode ser interrompido, dependendo da fase em que se encontra, do nível do dano sofrido pela célula, e principalmente da suspensão da exposição ao agente cancerígeno”. (BRASIL, 1998c, p 17).

As causas de câncer são múltiplas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. Os agentes externos causadores de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos. Os fatores de risco ambientais de câncer podem alterar a estrutura genética (DNA) das células. Em geral, o surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer (BRASIL, 1998c).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2001), a cada ano, mais de dois milhões de mortes em todo o mundo são atribuídas aos fatores de risco ligados ao estilo de vida: tabagismo, inatividade física (sedentarismo), alimentação

inadequada e demais fatores que favorecem as enfermidades e incapacidades causadas pelas doenças crônicas não-transmissíveis (DNCT) e cânceres.

3.1 ALIMENTAÇÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998c) há uma significativa relação entre o que se come e bebe e o risco de desenvolvimento de vários tipos de câncer, principalmente câncer de mama, de cólon (intestino grosso), de reto, de próstata, de esôfago e de estômago.

Uma alimentação pobre em fibras, com altos teores de gordura e calóricas (hambúrguer, batata frita, bacon, etc.), está relacionada a um maior risco para o desenvolvimento de câncer de cólon, de reto, de mama e de próstata. Esses tipos de câncer são mais comuns em regiões mais desenvolvidas, principalmente no Ocidente, onde há alto consumo de alimentos ricos em gorduras (fast food). Já os cânceres de estômago e de esôfago ocorrem mais frequentemente em alguns países do Oriente e em regiões pobres, onde não há meios adequados de conservação dos alimentos (geladeira), o que torna comum o uso de pickles e alimentos preservados em sal, como peixes e carnes salgadas. Da mesma forma, a obesidade está relacionada com um maior risco de câncer de útero (endométrio), de vesícula biliar, de mama e de cólon (BRASIL, 1998c).

De acordo com Gallo (2005) estudos epidemiológicos mostram que o índice de massa corpórea (IMC) elevado, leva a um maior risco de desenvolver câncer de mama.

Considera-se excesso de peso quando o IMC – Índice de Massa Corpórea (calculado pela divisão do peso com o quadrado da altura) for igual ou maior que 25, e obesidade, quando for igual ou maior que 30 (BRASIL, 2007a).

3.2 INATIVIDADE FÍSICA - SEDENTARISMO

Inatividade e sedentarismo são sinônimos, e de acordo com o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (FERREIRA, 2004) significa “que não está em exercício; inerte; que comumente está sentado; que anda ou se exercita pouco”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2004e) a inatividade física é responsável por aproximadamente dois milhões de mortes no mundo, e além

de ser um risco de desenvolvimento de doenças crônicas, também acarreta um alto custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade, devido aos gastos médicos.

Por outro lado, a prática regular de atividade física reduz o risco de mortes prematuras, doenças cardíacas, cânceres e diabetes tipo II, além de prevenir ou reduzir a hipertensão arterial, a obesidade e a osteoporose. O condicionamento físico também reduz a mortalidade e a morbidade, mesmo em pessoas que se mantêm obesas (BRASIL, 2004e).

Programas do Ministério da Saúde recomendam que os indivíduos se envolvam em níveis adequados de atividade física e que mantenham esse comportamento para a vida toda.

Diferentes tipos, frequência e duração de atividade física são requeridos para diferentes resultados de saúde. Pelo menos 30 minutos de atividade física regular, de intensidade moderada, na maioria dos dias da semana, reduz o risco de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de cólon e mama (BRASIL, 2004, p. 90).

De acordo com o Internacional Physical Activity Questionnaire - IPAQ, instrumento recomendado para estudos relacionados à frequência e duração de atividades físicas, são considerados sedentários indivíduos que não realizam atividade física pelo menos 10 minutos por semana. São considerados ativos, indivíduos que realizam qualquer atividade somada que resulte numa frequência igual ou maior que cinco dias por semana e com duração igual ou maior que 150 minutos por semana (BRASIL, 2004).

3.3 EXPOSIÇÃO SOLAR

A exposição excessiva ao sol é uma das principais causas de câncer de pele. Os raios ultravioletas (UV) podem ser classificados em UVA, UVB e UVC. Os raios UVB são responsáveis por queimaduras solares, câncer de pele e lesões destrutivas das camadas mais profundas da pele, que levam ao envelhecimento cutâneo. Os raios UVA penetram profundamente na pele e causam alterações que contribuem para o envelhecimento precoce e potencializam o efeito carcinogênico dos raios UVB. Os raios UVC não alcançam a superfície da terra, não tendo, portanto, efeitos sobre a pele. O filtro natural que absorve na atmosfera os raios UVB e UVC é a camada de ozônio. Os raios UVA não são absorvidos por essa camada, atingindo plenamente a superfície do planeta. Devido à destruição da camada de ozônio, uma

maior frequência de casos de câncer de pele vem ocorrendo, principalmente nos países próximos ao Equador, como é o caso do Brasil (BRASIL, 1998c).

As radiações ionizantes também são fatores de risco de câncer. De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 1998c), as principais fontes de exposição a radiações produzidas pelo homem, são a radiações para o diagnóstico e tratamento de doenças, as usinas e os armamentos nucleares.

3.4 EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

Muitas substâncias químicas usadas na indústria podem constituir um fator de risco de câncer em trabalhadores de diversas ocupações. Quando, além desse fator, o trabalhador também é fumante, o risco torna-se ainda maior, pois o fumo pode interagir com a capacidade cancerígena de muitas substâncias. Desta forma, a exposição ocupacional também pode ser fator de risco de câncer.

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (Brasil, 2006a), em 1775 na Inglaterra, foram analisadas as primeiras relações entre a ocupação das pessoas e a exposição de agentes ocupacionais e neoplasias⁷, através da observação de alta frequência de câncer da bolsa escrotal em limpadores de chaminés.

A má qualidade do ar no ambiente de trabalho é um fator importante para o câncer ocupacional. Durante pelo menos oito horas por dia os trabalhadores estão expostos ao ar poluído, pondo em risco a saúde. Algumas substâncias como o abesto, encontrado em materiais como fibras de amianto⁸ ou cimento, as aminas aromáticas, usadas na produção de tintas e os agrotóxicos agem preferencialmente sobre as células da pele e sobre as vias respiratórias e pulmões. O benzeno que pode ser encontrado como contaminante na produção de carvão, em indústrias siderúrgicas, e é usado como solvente de tintas e colas, atinge principalmente a medula óssea, podendo provocar leucemia. (BRASIL, 2006a, p. 1).

Os produtos tóxicos cancerígenos passam pela circulação do sangue, atingindo o fígado, onde suas moléculas são quebradas quimicamente, dando origem a novas substâncias (metabólitos) muitas vezes ainda mais tóxicas que as substâncias originais.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004e) oferece algumas definições de termos ligados aos fatores de risco ocupacionais, sendo:

⁷ **Neoplasia:** Tecido de formação nova, de origem patológica, usado para denominar os tumores.

⁸ **Amianto:** amianto (latim) ou asbesto (grego) são nomes genéricos de um minério encontrado no solo, muito utilizado pelo setor industrial. É utilizado na fabricação de telhas, caixas d'água, etc. É usado também para fazer roupas de bombeiros, por ser resistente à ação do fogo e isolante de eletricidade e de calor.

- a) fumaça: é o resultado da queima de qualquer matéria orgânica;
- b) fuligem e fumos metálicos: são compostos sólidos resultantes da queima de ligas que contém metais pesados como chumbo, cádmio, níquel, cromo, alumínio, cobre e estanho;
- c) pós e poeiras: resultam de processos físicos que podem irritar a mucosa e as vias aéreas. As poeiras podem ter na sua composição: fibras vegetais, partículas de minerais (talco), areia e poeiras de carvão;
- d) fibras industriais: são fibras minerais com formatos e comprimentos variados como a sílica, que é usada para fabricar vidros e espelhos e o amianto, usado na fabricação de caixas de água, telhas e pastilhas de freio;
- e) corantes e pigmentos: são compostos químicos usados em tintas e matérias primas que tenham cor. Na maioria das vezes são à base de metais como o zinco;
- f) solvente: são produtos químicos usados para dissolver outros compostos químicos. Os solventes são uma das matérias primas mais usadas nas indústrias químicas de um modo geral. São exemplos de solventes benzeno, xileno, tolueno, metanol, etanol, acetona, etc.;
- g) agrotóxicos: são produtos e componentes de processos químicos ou biológicos destinados ao uso na produção, armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, pastagens, proteção de florestas, a fim de preservá-las de ações danosas de seres vivos nocivos. Genericamente também são denominados de praguicidas ou pesticidas;
- h) metais pesados: são substâncias químicas com características específicas com resistência mecânica, maleabilidade e dureza. Exemplos: chumbo, cromo, cádmio, níquel, ouro, cobre, zinco, berílio, ferro, mercúrio, etc.;
- i) radiações: são processos físicos e podem ser emitidos a partir de diversas fontes. Ex: Raios-X, produtos radioativos, raios solares (UVA, UVB ou UVC) e outros (BRASIL, 2004e).

Muitos trabalhadores são expostos a fatores ocupacionais, sem o menor conhecimento dos riscos à própria saúde. Nem todas as empresas oferecem equipamentos de proteção individual (EPI) aos funcionários. A poluição tabagística ambiental (PTA) também está presente em muitos ambientes de trabalho,

principalmente em bares e clubes, expondo garçons e proprietários de pequenos comércios aos seus riscos.

(...) se faz necessário o envolvimento de órgãos governamentais para a criação de leis que proíbam a exposição a qualquer concentração de substâncias que, comprovadamente, provoquem câncer no homem, obrigando os empregadores a informar seus empregados sobre os riscos a que estão expostos no ambiente de trabalho, manter um programa de exames médicos periódicos e adotar programas de proteção individual, através da utilização de equipamentos mais adequados. (BRASIL, 2006a, p. 2).

O estudo de Ribeiro e Filho (2004) alerta que a Organização Mundial da Saúde reconhece 88 agentes ou circunstâncias, como cancerígenos para os humanos, dos quais 23 são encontrados principalmente em ambientes ocupacionais e 13 em processos de trabalho.

3.5 ÁLCOOL

Após o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas representa a segunda maior causa de morte evitável. O álcool é responsável por diversos problemas de saúde como cirrose hepática, enfraquecimento do miocárdio, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral (derrame) e vários tipos de câncer, principalmente o de boca, faringe, laringe, esôfago, fígado e mama.

O consumo de bebidas alcoólicas aumenta cerca de 9 vezes o risco de câncer de boca, e quando associado ao tabagismo esse risco torna-se 35 vezes maior. Também está associado a um aumento de 50% no risco de câncer de fígado. Entre mulheres o risco de câncer de mama, pode ser 60% maior entre as que consomem 15 gramas ou mais de etanol por dia, do que entre as que não consomem bebidas alcoólicas. Ao consumo excessivo de álcool são atribuídas de 2% a 4% das mortes por câncer e, mais especificamente, de 50% a 70% de todas as mortes por câncer de língua, cavidade oral, faringe e esôfago. (BRASIL, 1998c, p. 43).

A ação carcinogênica do álcool é atribuída principalmente a um de seus metabólitos, o acetaldeído, que tem a capacidade de causar mutações no DNA das células com as quais entra em contato, dependendo também das características próprias de cada organismo (BRASIL, 1998c).

A associação do hábito de fumar e o consumo excessivo de bebida alcoólica são os principais fatores de risco para o câncer de boca. Juntos, o tabaco e o álcool causam efeito sinérgico e sua relação com o câncer da boca é dose dependente, ou seja, sendo maior o risco quanto maior for o número de doses bebidas e de cigarros consumidos (BRASIL, 2003).

3.6 HÁBITOS SEXUAIS

A precocidade do início da vida sexual (antes dos 18 anos), a promiscuidade sexual e a falta de higiene estão relacionadas a um maior risco de câncer do colo uterino. Assim, os hábitos sexuais contribuem para a propagação de agentes sexualmente transmissíveis que podem induzir ao câncer, como o herpes vírus II e o papiloma vírus humano (HPV), que estão relacionados com o câncer do colo uterino; o vírus HTLV-I, associado às leucemias, e o vírus da hepatite B, que se relaciona com o câncer de fígado (BRASIL, 1998c).

Segundo Parellada (2006) o HPV é um vírus que pode não apresentar sintomas por muito tempo e depois pode apresentar lesões ou verrugas nas mãos, pés, genitais ou outras partes do corpo, podendo induzir o câncer. A diminuição da resistência do organismo pode desencadear a multiplicação do vírus e conseqüentemente, provocar o aparecimento de lesões. O HPV é a principal doença sexualmente transmissível (DST) de etiologia viral, tendo como meio de transmissão o contato sexual, daí, a importância do uso do preservativo durante a relação sexual.

Os primeiros trabalhos relacionando o HPV com o aparecimento de câncer na área genital, especialmente ao câncer de colo de útero surgiram por volta de 1980. Atualmente sabe-se que o HPV é um grave problema de saúde pública, pois, 50% dos homens e mulheres com vida sexual ativa apresentam algum tipo de infecção por este vírus (WIKIPÉDIA, 2007a).

A prevenção é fundamental, portanto, para se proteger da contaminação do vírus é necessário o uso de preservativos do início ao fim da relação sexual, além dos exames ginecológicos anuais, onde se pode identificar as lesões ou verrugas, que devem ser cauterizadas. A colpocitologia oncótica (papanicolau⁹) é um exame preventivo do câncer de colo de útero que consiste na coleta de material do colo uterino com uma espátula especial. Este material é colocado em uma lâmina e analisado com uso de microscópio por médico patologista, que poderá observar alterações causadas pelo vírus. A presença do vírus pode alterar as células e formar tumores benignos ou malignos. Outros exames podem ser necessários para concluir o diagnóstico. O exame papanicolau é simples e gratuito em todas as unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), porém, muitas mulheres não

⁹ Nome origina-se do médico greco-americano Georgios Papanicolau (1883-1962), considerado o pai da citopatologia (WIKIPÉDIA, 2007).

se submetem ao exame, talvez devido à desinformação, medo ou vergonha (WIKIPÉDIA, 2007a).

Agentes biológicos como o HPV (papiloma vírus humano) também é fator de risco para o câncer de boca (BRASIL, 2003).

Quanto à prevenção de câncer de próstata, pode-se contar com o exame de PSA (antígeno prostático específico). O PSA é uma enzima produzida pelas células da glândula prostática, com características de marcador tumoral, utilizado para diagnóstico, monitoração e controle da evolução do câncer de próstata. Trata-se de um exame de sangue que mede os níveis de PSA. Vale ressaltar que o exame isolado de PSA não é suficiente para distinguir entre tumores ou problemas benignos da próstata, porém, com resultado alterado de PSA, o médico passa a recorrer de outros exames para a conclusão do diagnóstico (como o toque retal, ultra-som transretal e biópsia), afinal, o câncer de próstata é o mais comum entre os homens e em sua fase inicial é completamente assintomático. Quando detectado precocemente, a taxa de cura é de 90%, portanto a prevenção é fundamental e recomenda-se que os exames sejam realizados após os 40 anos.

De acordo com o INCA (Instituto Nacional de Câncer), 80% dos casos de câncer estão relacionados ao meio ambiente em geral: o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) e o ambiente social e cultural (estilos e hábitos de vida). Desta forma, as mudanças no meio ambiente (provocadas pelo próprio homem), os hábitos e o estilo de vida atual das pessoas em geral, podem determinar diferentes tipos de câncer (BRASIL, 2005c).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um levantamento sobre os hábitos de vida e os principais fatores de risco de câncer dos tabagistas do município de Sidrolândia/MS, cadastrados ao Programa Saúde da Família (PSF) da área urbana.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características sócio-demográficas e os principais fatores de risco de câncer a que estão expostos os tabagistas.

Verificar quais os principais problemas de saúde no grupo estudado.

Fornecer subsídios para as ações do Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer do Município de Sidrolândia/MS.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo constitui-se em uma pesquisa observacional, descritiva, transversal e de abordagem quantitativa.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no município de Sidrolândia/MS, que possui uma área de 5.300,9 km², localizada a 64 km de distância de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul. A população do município, segundo estimativa do IBGE de julho de 2005, é de 28.412 habitantes, sendo que um terço reside em zona rural, porém este número é crescente, devido ao grande número de acampamentos e assentamentos rurais que se formam no município constantemente. A economia do município é baseada principalmente na agro-pecuária, porém têm-se destacado nos últimos anos, pelo grande crescimento da atividade industrial e comercial, o que também atrai novos moradores.

O município atende a gestão plena da Atenção Básica Ampliada, e conta com um Centro de Saúde (nova unidade inaugurada) com uma equipe de PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde) e presta assistência básica nas especialidades de ginecologia, clínica geral, obstetrícia e pediatria. Oferece consultas das especialidades de fisioterapia, fonoaudiologia e também realiza exames de patologia clínica. Possui outras três unidades de saúde nos bairros da área urbana, onde funcionam três equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) e duas equipes de Saúde Bucal. Há também um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), onde seis dentistas atendem a comunidade, visto que não é coberta pelas Equipes de Saúde Bucal dos Programas de Saúde da Família. Desde 2002 o município passou a contar também com o Programa Saúde Lar Rural, sendo um município pólo. A equipe atende cinco assentamentos rurais. No distrito de Quebra Coco também existe uma unidade de saúde da família que atende a comunidade. Possui um Hospital Beneficente que realiza atendimentos de pronto-socorro e cirurgias, tendo um setor denominado AMA – para Atendimento Médico Ambulatorial, que conta com diversas especialidades.

5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Na área urbana do município as três equipes de Programa Saúde da Família têm uma cobertura de atendimento de 3.531 famílias e 12.812 pessoas. Foram sujeitos deste estudo, todos os tabagistas (os fumantes, os que naqueiam e os que fumam e naqueiam) cadastrados às três equipes de Programa Saúde da Família - PSF da área urbana do município de Sidrolândia/MS.

Os tabagistas foram identificados durante a visita domiciliar mensal dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, durante o mês de maio/2006, que registraram na Ficha A (ANEXO A) no campo “doença ou condição referida” as siglas: TAB – F (tabagista fumante), TAB – N (tabagista que naqueia) ou TAB – FN (tabagista fumante e que naqueia), totalizando 597 tabagistas.

5.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um formulário (APÊNDICE A) envolvendo questões que permitiram levantar dados sobre os hábitos de vida dos tabagistas do município. As questões do formulário foram baseadas nos questionários utilizados pelo Instituto Nacional de Câncer, no Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PCTNF) e Coordenação de Prevenção e Vigilância – CONPREV.

Os formulários foram aplicados pelos Agentes Comunitários de Saúde do município, após treinamento com a organizadora do estudo: a psicóloga Renata Cristina Losano Feitosa, que é coordenadora do Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer no município. Esta pesquisa contou também com o apoio da Coordenação Estadual do Programa e da Secretaria Municipal de Sidrolândia/MS.

Considerando que Sidrolândia/MS é um município no qual a maioria das pessoas utiliza a bicicleta ou andam a pé como meio de locomoção, optou-se por investigar separadamente, a atividade física como esporte e/ou lazer, o uso da bicicleta como meio de locomoção e ainda o esforço físico no dia a dia, considerando a atividade profissional e o tempo em que está em casa, classificando como ausência completa de qualquer atividade física, esforço leve, moderado ou intenso.

5.5 PROCEDIMENTOS DE INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados da pesquisa foram tabulados e expostos para análise através de tabelas, tendo sido submetidos à análise estatística descritiva e analítica. Para verificar possíveis associações entre as variáveis de estudo, foi utilizado o teste Qui-quadrado ao nível de significância de 5%. Foi utilizado o programa Epi-Info versão 3.2.2.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foi respeitada e protegida a privacidade dos indivíduos, garantindo-lhes a participação anônima e voluntária. Um termo de consentimento, livre e esclarecido (APÊNDICE B) foi assinado pelos participantes que concordaram em participar da pesquisa, e no caso de menores, foi assinado pelo(a) seu(sua) responsável (APÊNDICE C).

Foi assegurado que em qualquer momento da pesquisa o participante poderia desistir de participar do estudo se assim preferisse, sem com isso sofrer qualquer tipo de constrangimento ou prejuízo em relação ao atendimento do Programa ao qual é cadastrado.

Se mesmo após responder ao formulário o participante se sentisse constrangido, poderia desistir de participar do estudo, tendo a sua opinião respeitada, sem sofrer nenhuma penalização.

O estudo não trouxe benefícios imediatos aos participantes, mas justificou-se por favorecer o conhecimento, o entendimento ou até a prevenção de problemas de saúde que possam afetar os tabagistas.

Os formulários e os termos de consentimento permanecerão arquivados e conservados com a pesquisadora por um período de 5 (cinco) anos, e após este período serão incinerados.

6 RESULTADOS

Do total de 597 tabagistas, 501 participaram da pesquisa. A não participação dos 96 tabagistas foi devido a: 8 tabagistas se recusaram a participar do estudo; 31 não foram encontrados na residência após três visitas do Agente Comunitário de Saúde, sendo na maioria, homens, trabalhadores da zona rural; 36 pessoas mudaram da área de cobertura do PSF e 21 pacientes deixaram de fumar.

Do total de 501 tabagistas, 461 (92%) são fumantes, 17 (3,4%) fumam e naqueiam e 23 (4,6%) apenas naqueiam.

6.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Tabela 1 – Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo características sócio-demográficas, Sidrolândia/MS - 2006

Variáveis	Masculino (n = 222)		Feminino (n = 279)		Total (n = 501)	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Idade						
Até 18 anos	16	7,2	10	3,6	26	5,2
De 19 a 25 anos	35	15,8	38	13,6	73	14,6
De 26 a 45 anos	79	35,6	136	48,7	215	42,9
De 46 a 65 anos	72	32,4	73	26,2	145	28,9
Acima de 65 anos	20	9,0	22	7,9	42	8,4
Escolaridade						
Analfabeto	23	10,4	39	14,0	62	12,4
Ensino Fundamental Incompleto	145	65,3	189	67,7	334	66,6
Ensino Fundamental Completo	26	11,7	27	9,7	53	10,6
Ensino Médio Incompleto	8	3,6	4	1,4	12	2,4
Ensino Médio Completo	18	8,1	16	5,7	34	6,8
Superior Incompleto	2	0,9	3	1,1	5	1,0
Superior Completo	-	-	1	0,4	1	0,2
Estuda atualmente						
Não	213	95,9	267	95,7	480	95,8
Sim	9	4,1	12	4,3	21	4,2
Situação conjugal						
Com companheiro	147	66,2	190	68,1	337	67,3
Sem companheiro	75	33,8	89	31,9	164	32,7
Com quem mora						
Com a família	203	91,4	264	94,6	467	93,2
Sozinho	15	6,8	13	4,7	28	5,6
Com amigos	4	1,8	2	0,7	6	1,2

Tabela 2 - Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo renda familiar e ocupação profissional, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 501)

Variáveis	Total	
	Nº.	%
Renda Familiar per capita (em Salário Mínimo)		
Até 1	462	92,2
De 1,1 a 2	34	6,8
De 2,1 a 3	3	0,6
Acima de 3	2	0,4
Ocupação profissional		
Do lar	155	30,9
Ocupações diversas	279	55,7
Construção/pintor casas/carpinteiro ⁽¹⁾	26	5,2
Serviços Gerais (zona rural) ⁽¹⁾	23	4,6
Indústria de Costura e Armazém ⁽¹⁾	9	1,8
Funilaria e pintura de automóveis/ mecânico ⁽¹⁾	9	1,8

⁽¹⁾ Ocupações consideradas de risco para câncer

6.2 TABAGISTA FUMANTE

Tabela 3 – Distribuição dos tabagistas usuários do SUS (exceto quem somente naquela), segundo sexo, idade que começou a fumar, tipo e quantidade de cigarro que fuma por dia e hábito de fumar dentro de casa, Sidrolândia/MS - 2006

Variáveis	Masculino (n=203)		Feminino (n=275)		Total (n=478)		p
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Idade							
Até 5 anos	-	-	3	1,1	3	0,6	0,0598
De 6 a 10 anos	38	18,7	30	10,9	68	14,2	
De 11 a 15 anos	73	36,0	123	44,7	196	41,0	
De 16 a 20 anos	70	34,5	94	34,2	166	34,7	
De 21 a 30 anos	19	9,3	19	6,9	38	8,0	
Mais de 31 anos	3	1,5	6	2,2	7	1,5	
Tipo de cigarro							
Cigarro industrializado	97	47,8	182	66,2	279	58,4	⁽¹⁾ 0,0001
Cigarro de Fumo (palha/papel)	36	17,7	44	16,0	80	16,7	
Cigarro indust. e de Fumo (palha)	67	33,0	48	17,4	115	24,1	
Charuto ou cachimbo	3	1,5	1	0,4	4	0,8	
Quantidade de cigarros por dia(UN)							
Até 10 cigarros	79	38,9	158	57,4	237	49,6	0,0001
De 11 a 20 cigarros	90	44,3	100	36,4	190	39,7	
De 21 a 30 cigarros	14	6,9	6	2,2	20	4,2	
Mais de 31 cigarros	20	9,9	11	4,0	31	6,5	
Hábito de fumar dentro de casa							
Sim	127	62,6	186	67,6	313	65,5	⁽²⁾ 0,2909
Não	76	37,4	89	32,4	165	34,5	

Nota: Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa. Teste Qui-quadrado.

(1) Foram suprimidas as categorias “charuto ou cachimbo” para cálculo do Qui-quadrado.

(2) Teste Qui-quadrado corrigido por Yates.

6.3 TABAGISTA QUE NAQUEIA

Tabela 4 - Distribuição dos tabagistas que naqueiam usuários do SUS, segundo sexo, idade que começou a naquear e quantas vezes naqueiam por dia, Sidrolândia/MS - 2006

Variáveis	Masculino (n = 36)		Feminino (n = 4)		Total (n = 40)	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Idade						
Até 10 anos	7	19,4	1	25,0	8	20,0
De 11 a 20 anos	18	50,0	2	50,0	20	50,0
De 19 a 30 anos	4	11,1	1	25,0	5	12,5
De 31 anos acima	7	19,4	-	-	7	17,5
Quantas vezes naqueia por dia						
Até 3 vezes	20	55,6	2	50,0	22	55,0
De 4 vezes acima	16	44,4	2	50,0	18	45,0

Nota: Do total de 40 tabagistas, 23 apenas naqueiam e 17 fumam e naqueiam.

6.4 TODOS OS TABAGISTAS

Tabela 5 - Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo problemas de saúde, Sidrolândia/MS – 2006 (n= 501)

Variáveis	Nº.	%
Tem problemas de saúde		
Não	248	49,5
Sim	253	50,5
Tipo de problema de saúde ⁽¹⁾		
Não se aplica	248	49,5
Problema Respiratório/Alérgico	153	30,5
Pressão Alta	87	17,4
Depressão	54	10,8
Cardiopatía (Prob. Coração)	34	6,8
Problemas de Coluna	19	3,8
Diabetes	12	2,4
Lesões na Boca	12	2,4
Nervosismo	8	1,6
Cansaço	7	1,4
Dor de Cabeça	4	0,8
Reumatismo	4	0,8
Colesterol alterado	3	0,6
Pigarro/Tosse	3	0,6
Doença Mental	2	0,4
Pressão Baixa	2	0,4
Dor nos braços	2	0,4
Hérnia	2	0,4
Cirrose	1	0,2
Hanseníase	1	0,2
Dor de Estômago	1	0,2
Epilepsia	1	0,2

⁽¹⁾ Questão de múltipla opção

Tabela 6 - Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo hábitos relacionados ao uso do tabaco, Sidrolândia/MS - 2006 (n= 501)

Variáveis	Nº.	%
É permitido fumar em local de trabalho		
Não se aplica	274	54,7
Sim, apenas em ambiente aberto	123	24,5
Não	85	17,0
Sim, em ambiente fechado	19	3,8
Acredita que o tabagismo faz mal à sua saúde		
Sim	465	92,8
Não	36	7,2
Tem vontade de deixar de ser tabagista		
Sim	432	86,2
Não	69	13,8

6.4.1 Hábitos alimentares dos tabagistas

Tabela 7 - Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábitos alimentares (fatores de risco), Sidrolândia/MS - 2006

Variáveis	Masculino (n= 222)		Feminino (n = 279)		Total (n = 501)		p
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Frequência que come a pele do frango							0,3349
Sempre	69	31,1	71	25,4	140	27,9	
Às vezes	58	26,1	75	26,9	133	26,6	
Raramente	34	15,3	38	13,6	72	14,4	
Nunca	61	27,5	95	34,1	156	31,1	
Frequência que come carne gorda							0,0130
Sempre	89	40,1	88	31,5	177	35,3	
Às vezes	68	30,6	73	26,2	141	28,1	
Raramente	29	13,1	41	14,7	70	14,0	
Nunca	36	16,2	77	27,6	113	22,6	
Frequência que coloca mais sal nos alimentos							0,1980
Sempre	28	12,6	44	15,8	72	14,4	
Às Vezes	29	13,1	23	8,2	52	10,4	
Raramente	20	9,0	19	6,8	39	7,8	
Nunca	145	65,3	193	69,2	338	67,5	
Frequência que come churrasco							0,5570
Sempre	57	25,7	65	23,3	122	24,3	
Às Vezes	105	47,3	144	51,6	249	49,7	
Raramente	57	25,7	63	22,6	120	24,0	
Nunca	3	1,3	7	2,5	10	2,0	

Nota: Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa. Teste Qui-quadrado.

Tabela 8 - Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo, hábitos alimentares (fatores protetores), hábito de fazer dieta e Índice de Massa Corpórea (IMC), Sidrolândia/MS - 2006

Variáveis	Masculino (n = 222)		Feminino (n = 279)		Total (n = 501)		p
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Frequência que come salada							
Sempre	117	52,7	194	69,5	311	62,1	0,0014
Às Vezes	66	29,7	57	20,4	123	24,6	
Raramente	30	13,5	20	7,2	50	10,0	
Nunca	9	4,1	8	2,9	17	3,4	
Frequência que come frutas							
Sempre	75	33,8	101	36,2	176	35,1	0,3466
Às Vezes	77	34,7	108	38,7	185	36,9	
Raramente	58	26,1	54	19,4	112	22,4	
Nunca	12	5,4	16	5,7	28	5,6	
Costuma fazer dieta							
Sim	22	9,9	60	21,5	82	16,4	⁽¹⁾ 0,0008
Não	200	90,1	219	78,5	419	83,6	
Grau de IMC							
Baixo Peso (até 18.499)	8	3,6	16	5,7	24	4,8	0,2696
Normal (de 18.500 a 24.999)	135	60,8	156	55,9	291	58,1	
Sobrepeso (de 25.000 a 29.999)	60	27,0	71	25,4	131	26,1	
Obesidade (acima de 29.999)	19	8,6	36	12,9	55	11,0	

Nota: Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa. Teste Qui-quadrado.

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado corrigido por Yates.

6.4.2 Hábitos quanto à atividade física

Tabela 9 – Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábito de praticar atividades físicas, Sidrolândia/MS - 2006

Variáveis	Masculino (n=222)		Feminino (n=279)		Total (n=501)		p
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Costuma praticar atividade física como lazer ou exercício físico							
Sempre	41	18,5	18	6,5	59	11,8	0,0002
Às vezes	25	11,3	28	10,0	53	10,6	
Raramente	25	11,3	28	10,0	53	10,6	
Nunca	131	59,0	205	73,5	336	67,1	
Se sim, qual atividade							
Não se aplica	131	59,0	205	73,5	336	67,1	-
Ciclismo	7	3,2	6	2,2	13	2,6	
Caminhada	22	9,9	51	18,3	73	14,6	
Ginástica	0	0,0	3	1,1	3	0,6	
Dança	0	0,0	6	2,2	6	1,2	
Futebol	56	25,2	2	0,7	58	11,6	
Musculação	4	1,8	3	1,1	7	1,4	
Hidroginástica	0	0,0	2	0,7	2	0,4	
Karatê	2	0,9	1	0,4	3	0,6	

Nota: Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa. Teste Qui-quadrado.

Tabela 10 – Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e esforço físico, Sidrolândia/MS – 2006

Variáveis	Masculino (n = 222)		Feminino (n = 279)		Total (n = 501)		p
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Costuma utilizar bicicleta ou andar a pé como meio de locomoção							0,1158
Sempre	163	73,4	193	69,2	356	71,0	
Às vezes	31	14,0	34	12,2	65	13,0	
Raramente	12	5,4	13	4,7	25	5,0	
Nunca	16	7,2	39	14,0	55	11,0	
Como considera seu esforço físico diário, considerando sua profissão e o tempo que está em casa							0,0529
Ausência completa de qualquer atividade física	36	16,2	46	16,5	82	16,4	
Leve	75	33,8	106	38,0	181	36,1	
Moderado	86	38,7	79	28,3	165	32,9	
Intenso	25	11,3	48	17,2	73	14,6	

Nota: Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa. Teste Qui-quadrado.

6.4.3 Hábitos de exposição ao sol

Tabela 11 – Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábitos de se expor ao sol, Sidrolândia/MS – 2006

Variáveis	Masculino (n = 222)		Feminino (n = 279)		Total (n = 501)		p
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Diariamente costuma se expor ao sol no período de 10:30 às 16:00 h (por mais de 30 minutos)							0,0000
Sempre	80	36,0	47	16,8	127	25,4	
Às vezes	74	33,3	72	25,8	145	28,9	
Raramente	36	16,2	70	25,1	107	21,4	
Nunca	32	14,4	90	32,3	122	24,3	
Local onde se expõe ⁽¹⁾							-
Não se aplica	32	14,4	90	32,3	122	24,4	
Trabalho	97	43,7	28	10,0	125	25,0	
Lazer	33	14,9	28	10,0	61	12,2	
Locomoção	67	30,2	143	51,3	210	41,9	

⁽¹⁾ Questão de múltipla opção.

Nota: Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa. Teste Qui-quadrado.

Tabela 12 – Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábitos de se proteger à exposição solar, Sidrolândia/MS - 2006

Variáveis	Masculino (n = 222)		Feminino (n = 279)		Total (n = 501)		p
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Costuma se proteger do sol utilizando chapéu/boné							
Não se aplica	32	14,4	90	32,3	122	24,4	0,0000
Sempre	139	62,6	26	9,3	355	32,9	
Às vezes	12	5,4	9	3,2	7	4,2	
Raramente	4	1,8	6	2,2	1	2,0	
Nunca	35	15,8	148	53,0	16	36,5	
Costuma se proteger do sol utilizando camiseta							
Não se aplica	32	14,4	90	32,3	122	24,3	0,0000
Sempre	166	74,8	181	64,9	347	69,3	
Às vezes	7	3,2	5	1,8	12	2,4	
Raramente	1	0,5	3	1,1	4	0,8	
Nunca	16	7,2	0	0,0	16	3,2	
Costuma se proteger do sol utilizando filtro solar							
Não se aplica	32	14,4	90	32,3	122	24,3	0,0000
Sempre	2	0,9	13	4,7	15	3,0	
Às vezes	4	1,8	8	2,9	12	2,4	
Raramente	2	0,9	12	4,3	14	2,8	
Nunca	182	82,0	156	55,9	338	67,5	
Costuma se proteger do sol utilizando óculos escuros							
Não se aplica	32	14,4	90	32,3	122	24,3	0,0000
Sempre	13	5,9	15	5,4	28	5,6	
Às vezes	8	3,6	14	5,0	22	4,4	
Raramente	12	5,4	5	1,8	17	3,4	
Nunca	157	70,7	155	55,6	312	62,3	

Nota: Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa. Teste Qui-quadrado.

6.4.4 Exposição a fatores ocupacionais

Tabela 13 – Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo fator de exposição ocupacional, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 501)

Variáveis	Nº.	%
Se expõe a algum produto químico no seu trabalho		
Não se aplica	265	52,9
Sim	64	12,8
Não	172	34,3
Se sim, qual:		
Não se aplica	437	87,2
Combustíveis/Tintas/solventes/produtos químicos (ácidos, etc.)	41	8,2
Inseticidas/agrotóxicos	15	3,0
Pós e poeiras	8	1,6

Tabela 14 – Distribuição dos tabagistas usuários do SUS com exposição ocupacional, segundo frequência que isto ocorre e utilização de equipamentos de proteção, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 64)

Variáveis	Nº.	%
Com que frequência		
Sempre	40	62,5
Às vezes	17	26,7
Raramente	7	10,9
Costuma usar proteção		
Não	26	40,6
Sim	38	59,4
Que proteção que utiliza ⁽¹⁾		
Máscara	23	35,9
Luvas	26	40,6
Avental	4	6,3
Óculos	10	15,6
Macacão	15	23,4
Botas	21	32,8

⁽¹⁾ Questão de múltipla opção.

6.4.5 Consumo de bebidas alcoólicas

Tabela 15 – Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e hábito de consumo de bebidas alcoólicas, Sidrolândia/MS - 2006

Variáveis	Masculino (n = 222)		Feminino (n = 279)		Total (n = 501)		p
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Tem costume de tomar bebida alcoólica							0,0051
Sempre	46	20,7	29	10,4	75	15,0	
Às vezes	73	32,9	96	34,4	169	33,7	
Raramente	39	17,6	45	16,1	84	16,8	
Nunca	64	28,8	109	39,1	173	34,5	
Tipo de bebida ⁽¹⁾							-
Não se aplica	64	28,8	109	39,1	173	34,5	
Cerveja ou chop	109	49,1	39	14,0	148	29,5	
Vinho	47	21,2	50	17,9	97	19,4	
Pinga, cachaça, caipirinha	76	34,2	29	10,4	105	21,0	
Conhaque	3	1,4	1	0,4	4	0,8	
Wisk	2	0,9	-	-	2	0,4	
Red Bu	3	1,4	-	-	3	0,6	

⁽¹⁾ Questão de múltipla opção.

Nota: Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa. Teste Qui-quadrado.

Tabela 16 - Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo sexo e necessidade de tomar bebidas alcoólicas, Sidrolândia/MS - 2006

Necessidade de tomar bebida alcoólica	Masculino (n = 222)		Feminino (n = 279)		Total (n = 501)		p
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Não se aplica	64	28,8	109	39,1	173	34,5	0,0010
Sim, todos os dias	21	9,6	7	2,5	28	5,6	
Sim, só nos fins de semana	57	25,7	56	20,1	113	22,6	
Não	80	36,0	107	38,3	187	37,3	

Nota: Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa. Teste Qui-quadrado.

Tabela 17 – Distribuição dos tabagistas usuários do SUS, segundo presença de outros fatores de risco de câncer, Sidrolândia/MS – 2006 (n = 501)

Fatores	Nº.	%
Apenas tabagista	29	5,8
Tabagista e tem mais um fator de risco	190	37,9
Tabagista e tem mais dois fatores de risco	217	43,3
Tabagista e tem mais três fatores de risco	65	13,0
Total	501	100,0

Nota: para esta análise foram considerados os fatores de risco – sedentarismo, consumo freqüente de álcool, e Índice de Massa Corporal acima do normal, além da condição de ser tabagista.

6.4.6 Sujeitos do sexo feminino

Tabela 18 – Distribuição dos tabagistas do sexo feminino, usuárias do SUS, segundo informações sobre ocorrência e tratamento de DST, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 279)

Variáveis	Nº.	%
Já teve alguma DST		
Não	251	90,0
Sim	28	10,0
Tipo de DST		
Não se aplica	251	90,0
Candidíase	18	6,5
Gonorréia	5	1,8
HPV	3	1,1
Sífilis	2	0,7
Tratamento da DST		
Não se aplica	251	90,0
Sim	27	9,7
Não	1	0,4

Tabela 19 – Distribuição dos tabagistas do sexo feminino, usuárias do SUS, segundo informações sobre realização e data do exame preventivo, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 279)

Variáveis	Nº.	%
Já fez exame preventivo		
Não sabe	3	1,1
Nunca fez	31	11,1
Sim	245	87,8
Ano em que foi realizado o exame preventivo		
Não se aplica	34	12,2
De 1982 a 1992	3	1,1
De 1993 a 2003	27	9,7
Ano de 2004	35	12,5
Ano de 2005	86	30,8
Ano de 2006	94	33,7

Tabela 20 – Distribuição dos tabagistas do sexo feminino que fizeram preventivo, usuárias do SUS, segundo informações sobre resultado do exame e tipo de tratamento necessário, Sidrolândia/MS – 2006 (n = 279)

Variáveis	n	Nº.	%
Resultado do exame	245		
Normal		191	78,0
Alterado		54	22,0
No caso de ter tido alteração, qual tratamento foi realizado ⁽¹⁾	54		
Não fez tratamento algum		1	1,9
Uso de comprimidos		18	33,3
Uso de creme vaginal		47	87,0
Ultrassonografia		4	7,4
Exame de colposcopia		3	5,6
Biópsia		2	3,7
Retirada de Útero e/ou trompas		4	7,4
Cirurgia de Colo de Útero		1	1,9

⁽¹⁾ Questão de múltipla opção.

Tabela 21 – Distribuição dos tabagistas do sexo feminino, usuárias do SUS, segundo informações sobre utilização de métodos contraceptivos, Sidrolândia/MS - 2006 (n = 279)

Variáveis	Nº.	%
Utiliza algum contraceptivo		
Não	74	26,5
Sim	205	73,5
Qual contraceptivo ⁽¹⁾		
Não se aplica	74	26,5
Camisinha (preservativo masculino)	39	14,0
Pílula	53	19,0
Camisinha e pílula	2	0,7
Injeção	6	2,2
Laqueadura de trompas	110	39,4
DIU – dispositivo intra-uterino	3	1,1
Coito interrompido	1	0,4

⁽¹⁾ Questão de múltipla opção.

6.4.5 Sujeitos do sexo masculino

Tabela 22 – Distribuição dos tabagistas do sexo masculino, usuários do SUS, segundo informações sobre DST, uso de preservativo e exame da próstata, Sidrolândia/MS - 2006

Variáveis	n	N°.	%
Já teve alguma DST	222		
Não		198	89,2
Sim		24	10,8
Tipo de DST			
Não se aplica	222	198	89,2
Candidíase		16	7,2
Gonorréia		3	1,4
Chato		2	0,9
Sífilis		2	0,9
HPV		1	0,5
Fez tratamento	24		
Sim		22	91,7
Não		2	8,3
Tem hábito de usar preservativo (camisinha)	222		
Sempre		65	29,3
Às vezes		26	11,7
Raramente		23	10,4
Nunca		108	48,6
Se tem mais de 50 anos, já fez exame da próstata	75		
Sim		35	46,7
Não		40	53,3

7 DISCUSSÕES

7.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Quanto às características sócio-demográficas dos sujeitos deste estudo (n = 501), conforme tabela 1, pode-se observar que 42,9% são adultos compreendendo a faixa etária de 26 a 45 anos, 55,7% são mulheres, 12,4% são analfabetos, 66,6% não possui o ensino fundamental completo e 95,8% não estudam atualmente.

Segundo estudos da Organização Mundial da Saúde, tabagismo, pobreza e baixa escolaridade estão relacionados. Na China, a pessoa de baixa escolaridade, tem cerca de sete vezes mais probabilidade de ser fumante do que pessoas que tem o terceiro grau. No Brasil esta probabilidade é de cinco vezes. (TABACO... 2004).

A Organização Mundial da Saúde (TABACO... 2004) considera que o consumo de tabaco agrava ainda mais a pobreza, a fome e a desnutrição em todo o mundo.

Os gastos com o tabaco, em famílias mais pobres podem fazer a diferença entre uma alimentação adequada e a desnutrição nos países de baixa renda. Em Bangladesh, por exemplo, as famílias mais pobres gastam quase 10 vezes mais em tabaco do que em educação. Se dois terços do dinheiro que se gasta com comida, 10,5 milhões de pessoas desnutridas teriam uma alimentação adequada e salvaria a vida de cerca de 350 crianças menores de cinco anos por dia. Pesquisas no mundo inteiro mostram que os gastos com o tabaco podem representar uma alta porcentagem da renda familiar e, em muitos casos, maior do que gastos com necessidades básicas. (TABACO... 2004).

Quanto à situação conjugal, 67,3% dos participantes têm companheiro(a) e 93,2% residem com a família. A maioria das famílias (99%) compreende uma renda familiar per capita de até 2 salários mínimos, sendo que 30,9% são do lar e 12,6% trabalham em serviços gerais na cidade. Vide tabela 2.

7.2 TABAGISTA FUMANTE

Em relação aos tabagistas fumantes (n = 478), 41,0% começaram a fumar com idades entre 11 a 15 anos, ou seja, na adolescência, porém chama a atenção que 3 mulheres (0,6%) começaram a fumar até 5 anos de idade e 68 pessoas (14,2%) começaram a fumar até os 10 anos, ou seja, ainda na infância (Tabela 3).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004d) um terço da população adulta fuma, sendo 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens.

Destes, 90% se tornaram dependentes da nicotina entre os 5 e 19 anos de idade. O consumo de tabaco entre as mulheres vem aumentando, principalmente na faixa etária mais jovem.

Para Moreira et al. (1995) é fundamental investir em programas de prevenção ao tabagismo para adolescentes, afinal é nesta faixa etária que tem início o hábito de fumar.

O tipo de cigarro mais consumido pelos tabagistas é o industrializado (58,4%). Porém, 24,1% têm o hábito de fumar cigarros industrializados e de fumo, sendo esta combinação mais habitual para os homens ($p = 0,0001$).

Quanto à quantidade de cigarros observa-se que 49,6% fumam até 10 cigarros e 39,7% até 20 cigarros por dia. Os homens fumam maior quantidade de cigarros em comparação às mulheres ($p = 0,0001$).

Mesmo observando que a maioria dos participantes deste estudo consome até 10 cigarros por dia, vale ressaltar que não existem níveis seguros de consumo, “o fumante de menos de dez cigarros ao dia têm seis vezes mais chances de ter câncer de pulmão do que o não fumante. Mesmo os que não tragam, têm dez vezes mais chances”. (TABACO... 2004).

De acordo com Silveira (1968), a incidência de câncer de pulmão nos fumantes é bem maior do que em não fumantes:

O tabaco ou os produtos de combustão do cigarro tende a paralisar os movimentos dos cílios que forram a mucosa dos brônquios. Com o tempo, a mucosa brônquica perde esse mecanismo protetor, e suas células ficam expostas a agressões diretas, sofrendo transformações que podem chegar ao câncer brônquico ou carcinoma broncogênico. (SILVEIRA, 1968, p. 37).

Neste estudo, pode-se observar também que tanto os homens quanto as mulheres têm o hábito de fumar dentro de casa, totalizando 65,5%, o que nos faz entender que o tabagismo passivo é bastante presente nessas famílias.

A fumaça inalada por pessoas que convivem com fumantes em seu local de trabalho, durante 8 horas diárias, provoca malefícios equivalentes ao consumo de seis cigarros por dia. Ficar em uma mesma casa, no período de 24 horas, onde se consome cerca de vinte cigarros por dia, equivale a ter fumado três cigarros por dia (BRASIL, 2004f).

Um estudo realizado por telefone pelo Ministério da Saúde denominado Vigitel – Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas Não Transmissíveis envolvendo as 26 capitais e Distrito Federal em agosto de 2006 revela que a capital com maior índice de consumo de tabaco é Porto Alegre, com

21,2% e Salvador registra o menor índice, tendo apenas 9,5% de tabagistas. (BRASIL, 2007a).

Neste estudo, considerando que as equipes do Programa da Saúde da Família (na realização estudo) tem uma cobertura de 12.812 pessoas, 501 fumantes corresponde a uma prevalência de 3,9%.

7.3 TABAGISTA QUE NAQUEIA

Dentre os 501 tabagistas que participaram da pesquisa, 23 (4,6%) apenas naqueiam e 17 (3,4%) fumam e naqueiam, portanto, totalizando 40 indivíduos (8%), conforme tabela 4. Do total de 40 tabagistas que naqueiam, 20% adquiriram este hábito antes da idade de 10 anos, 50% na faixa etária entre 11 a 20 anos e 50% naqueiam até 3 vezes ao dia.

De acordo com Carvalho (2007) entre os fatores ambientais que predis põem ao aparecimento do câncer bucal, destaca-se em primeiro lugar o tabagismo. E salienta que o tabaco mascado (hábito de naquear) permite que resíduos de tabaco permaneçam na boca (entre a bochecha e a língua), o que favorece através deste contato prolongado, a ação das substâncias cancerígenas do tabaco sobre a mucosa bucal: “o tabaco é responsável por cerca de 90% dos casos de câncer bucal e é prejudicial tanto mascado, fumado como aspirado”. (CARVALHO, 2007, p.1).

Existe pouco material na literatura sobre os efeitos do hábito de naquear. Segundo estudos do Ministério da Saúde, todas as formas de tabagismo são prejudiciais à saúde, o que diferencia é o tipo de dano, afinal o hábito de mascar fumo não produz fumaça, portanto, pode não afetar os pulmões, mas vai afetar diretamente a boca, garganta, esôfago e estômago.

7.4 TODOS OS TABAGISTAS

Apenas 227 (45,3%) tabagistas trabalham fora (Tabela 6). Destes, 8,4% (19/227) fumam no seu local de trabalho só é permitido fumar em ambiente aberto e 17,0% referem que no seu local de trabalho, estando assim, em desacordo com a Lei 9.294/96, que proíbe fumar em ambientes fechados, públicos ou privados.

A grande maioria dos tabagistas (92,8%) acredita que o tabagismo faz mal à saúde e 86,2% têm o desejo de deixar de ser tabagista (Tabela 6).

Os principais problemas de saúde referidos pelo grupo estudado, (Tabela 5), 50,5% estão diretamente associados ao hábito de fumar, sendo que 30,5% apresentam problemas respiratórios/alérgicos e 17,4% têm a pressão alta (hipertensos). Chama a atenção o fato de que 10,8% dos tabagistas referem que tem depressão (pois há um mito de que o cigarro relaxa).

Um estudo envolvendo 4 mil homens e 5 mil mulheres (todos gêmeos), realizado na Finlândia através de monitoramento da saúde e do comportamento monitorado por 15 anos, revela que fumantes de longa data têm mais risco de ficarem depressivos do que aquele que nunca fumaram. Essa associação não foi verificada em fumantes que deixaram de fumar a muitos anos.

Embora a nicotina em cigarros tenha a propriedade de melhorar o humor, exposição crônica e longa à fumaça pode ter um papel mais importante na causa dos sintomas depressivos. (...) fumantes que abandonam o cigarro não tiveram risco maior do que os que nunca fumaram. Isto pode refletir um processo relativamente longo de recuperação dos efeitos adversos do cigarro. (BRASIL, 2007b, pg. 1).

A pesquisa destaca que quando as pessoas começam a fumar, os efeitos imediatos da nicotina no cérebro são compensadores e agradáveis, o que faz com que muitos fumantes, busquem alívio no cigarro, tornando-se dependentes da nicotina.

A mais longa pesquisa já realizada pela Universidade de Oxford sobre os efeitos do tabaco, que envolveu 34.439 pessoas, revelou que os fumantes morrem em média dez anos antes dos não-fumantes. O estudo esclarece que os riscos do tabagismo para a saúde são maiores do que se pensava inicialmente, e informa também, que deixar de fumar em qualquer idade, reduz o risco de morrer por doenças ligadas ao tabagismo (BRASIL, 2004g).

Quanto aos custos das doenças relacionadas ao tabagismo, o Ministério da Saúde divide em duas categorias: custos tangíveis e custos intangíveis. Os custos tangíveis referem-se a gastos com a assistência à saúde (médicos, medicamentos, hospitais, etc.); perda de produtividade devido aos adoecimentos e mortes; aposentadorias precoces e pensões; incêndios e outros tipos de acidentes; poluição e degradação ambiental; pesquisa e educação. Os custos intangíveis referem-se ao sofrimento dos fumantes, não fumantes e seus familiares e ainda, à morte de fumantes e não fumantes. (BRASIL, 2005d).

Já está mais do que comprovado que o tabagismo é fator de risco para câncer de pulmão e outros cânceres, além de diversas outras doenças:

Uma em cada duas pessoas que fumam morre de doença relacionada com o tabagismo. Metade dessas mortes ocorre na meia-idade e, em média, a expectativa de vida do fumante está reduzida em 20 anos, comparativamente com a do não fumante. A fumaça do cigarro mata de 24 formas diferentes, sendo o câncer do pulmão a principal delas. (DOLL et al. 1994 apud ZAMBONI. 2002).

Conforme dito anteriormente, Porto Alegre é a capital de maior consumo de tabaco, e lá o câncer de pulmão tem maior incidência. Já Recife, São Luis e Belém registram mais casos de câncer de pênis, devido às más condições de higiene. (TIPOS DE CÂNCER... 2006).

7.4.1 Hábitos alimentares dos tabagistas

Os hábitos alimentares podem ser fatores de proteção ou fatores de risco para câncer, conforme citado na revisão de literatura.

Conforme Tabelas 7 e 8, sobre a frequência de comer a pele do frango, 54,5% dos tabagistas referem que comem sempre ou às vezes, 63,4% comem carne gorda, 75,3% não colocam mais sal nos alimentos, 74% comem churrasco e 28% não comem frutas. Os homens comem mais carne gorda ($p = 0,0130$) e menos salada ($p = 0,0014$).

Quanto ao índice de massa corpórea (Tabela 8), 58,1% dos estão dentro da faixa de peso considerada normal, porém chama a atenção o fato de que 37,1% estão sobrepeso ou obesos e 83,6% não têm o hábito de fazer dieta alimentar, sendo este hábito mais adotado pelas mulheres ($p = 0,0008$).

Conforme citado na revisão de literatura, é considerado excesso de peso quando o IMC igual ou maior que 25 e obesidade quando for maior ou igual a 30. A pesquisa conclui que o excesso de peso se dá devido aos hábitos alimentares, e falta de atividades físicas. A média de consumo diária recomendada de frutas e vegetais são de 400 gramas, e este estudo demonstra que os entrevistados consomem uma média bem abaixo do que é recomendado.

O Vigitel (BRASIL, 2007a) destaca que 47,3% dos homens brasileiros estão com excesso de peso. Porto Alegre lidera com 54,2%, seguido pelo Rio de Janeiro, com 52,6%. Quanto às mulheres brasileiras, 39% estão com excesso de peso, sendo que os maiores índices são encontrados no Rio de Janeiro (44,4%), Rio Branco (43,1%) e São Paulo (42,8%).

O Vigitel destaca ainda, que 4 em cada 10 entrevistados, têm o hábito de consumir carne gorda e a uma minoria têm hábito de consumir leite desnatado e manter uma alimentação saudável, rica em frutas, hortaliças e verduras. Esses hábitos, segundo o pesquisador, variam de acordo com as realidades econômicas e culturais de cada região: “as maiores incidências de adultos homens que comem carne com gordura é em Cuiabá, com 62%, e Campo Grande, com 62,5%. O menor é em Salvador, com 37,6%. Isso é reflexo da realidade econômica de cada lugar”. (BRASIL, 2007a).

Estudos do Ministério da Saúde sobre a situação do câncer no Brasil, destaca que o excesso de peso dos brasileiros vem aumentando. Em 2003 o excesso de peso atingia em média 4 em cada 10 brasileiros (BRASIL, 2006b).

7.4.2 Hábitos quanto à atividade física

Quanto à prática de atividade física (Tabelas 9 e 10), pode-se observar que 77,7% dos tabagistas nunca ou raramente praticam atividade física como lazer ou exercício físico, os homens praticam mais que as mulheres ($p = 0,0002$). Dos homens que praticam, 25,2% jogam futebol e as mulheres, 18,3% faz caminhada, porém, 71% dos tabagistas têm o hábito de andar a pé ou utilizar a bicicleta como forma de locomoção. Quanto ao esforço físico, 38,7% dos homens consideram seu esforço moderado e 38% das mulheres consideram leve.

O Vigitel demonstra que 3 em cada 10 brasileiros adultos não fazem nenhum tipo de atividade física, nem mesmo atividades domésticas. Carlos Monteiro, coordenador do estudo e pesquisador da Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo afirma que é necessário promover uma cultura de saúde entre a população, e define: “cultura de saúde é mostrar que a prática de exercícios físicos não apenas reduz o risco de obesidade, mas pode ser um bom aliado contra o câncer”. (BRASIL, 2007a, p. 2).

A atividade física diminui os riscos de câncer de cólon, mama e pulmão. Além disso, ajuda a manter o equilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético, evitando o aumento de peso e desta forma, também contribui para a redução dos riscos de doenças cardiovasculares e diabetes (BRASIL, 2006b).

7.4.3 Hábitos de exposição ao sol

Na tabela 11, observa-se que 36% dos homens costumam sempre se expor ao sol, por mais de 30 minutos no período das 10:30 às 16:00 horas, já as mulheres, 32,3% nunca se expõem ($p = 0,0000$).

Quanto ao local onde se expõe ao sol, 43,7% dos homens responderam que é no trabalho, e 51,3% das mulheres, na locomoção.

Questionados sobre o fator proteção (Tabela 12), 62,6% dos homens costumam usar chapéu ou boné e 53% das mulheres nunca usam.

Tanto homens como mulheres costumam usar a camiseta, sendo que 69,3% referem que sempre usam.

Já o filtro solar, 67,5% nunca usam e apenas 3% sempre usa. Os óculos escuros também são pouco utilizados pelos tabagistas, sendo que 62,3% nunca usam.

De acordo com Santos (2007), não adianta apenas usar o filtro solar, é fundamental saber usar adequadamente: passar o filtro solar e repetir a operação a cada duas horas, principalmente se a pessoa entrou na água ou suou muito.

Para o autor, todos podem se expor ao sol, porém há um limite tolerável de exposição que deve ser respeitado e cada pessoa deve identificar seu limite, observando o eritema, ou seja, a vermelhidão ardida em que fica a pele. Pessoas que são mais sensíveis a essa vermelhidão ardida, não podem ficar muito tempo expostas ao sol.

7.4.4 Exposição a fatores de risco ocupacionais

Dos participantes deste estudo, 52,9% não trabalham fora, dos que trabalham apenas 12,8% referem que estão expostos a fatores de risco, sendo 8,2% tintas, solventes e produtos químicos combustíveis, utilizados em pinturas de casas e 3% são expostos a inseticidas e agrotóxicos (Tabela 13).

Do total de 64 tabagistas expostos, 40 (62,5%) referem que sempre estão expostas e 40,6% não utilizam nenhum tipo de equipamento de proteção individual (EPI); apenas 40,6% utilizam luvas, o que pode indicar o contato direto do produto com os lábios, caso fumem durante o período de exposição.

Para Sartor (2003) a exposição do trabalhador ao asbesto, pesticidas, tintas, gases de combustão de gasolina e diesel e poeiras, entre outros, são agentes ocupacionais que aumentam o risco de câncer de laringe.

O câncer provocado pela exposição ocupacional pode atingir as regiões do corpo que estão em contato direto com as substâncias cancerígenas, tanto durante a fase de absorção (pele ou aparelho respiratório) quanto na fase de excreção (aparelho urinário), o que explica uma maior frequência de câncer de pulmão, de pele e de bexiga nesse tipo de exposição (BRASIL, 2006a).

7.4.5 Consumo de bebidas alcoólicas

A bebida alcoólica mais consumida pelos tabagistas (Tabela 15) é a cerveja (29,5%). Dos pesquisados, 48,7% responderam que sempre ou às vezes consome bebida alcoólica, sendo 53,6% homens e 44,8% mulheres ($p = 0,0051$). Os homens ingerem bebida com maior frequência e possuem maior necessidade do álcool ($p = 0,0010$). As mulheres bebem às vezes com maior necessidade de consumo nos finais de semana (Tabela 16).

No estudo de Moreira et al. (1995) também foi observada uma associação entre tabagismo e alcoolismo, como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças.

O Ministério da Saúde alerta que independente do tipo de bebida, o consumo de álcool aumenta o risco de câncer, especialmente de boca, faringe, laringe e esôfago, fígado e mama, principalmente quando consumido juntamente com o cigarro (BRASIL, 2006b).

Sartor (2003) destaca que o tabagismo e o consumo de álcool são fatores de risco mais bem estabelecidos para o câncer de laringe.

Segundo Varela (2007) mesmo consumindo a mesma quantidade, existe diferença de absorção do álcool entre homens e mulheres e destaca que além de serem mais sensíveis aos efeitos embriagadores do álcool, as mulheres progridem mais rapidamente para o alcoolismo crônico e suas demais complicações médicas, correndo mais risco de desenvolver doenças hepáticas, cirrose, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, osteoporose e câncer. “A meta-análise de seis estudos importantes mostrou que mulheres habituadas a ingerir de 2,5 a 5 drinques por dia, apresentaram probabilidade 40% maior de desenvolver câncer de mama”.

7.4.6 Hábitos sexuais femininos

Quando questionadas se tiveram doença sexualmente transmissível (DST), de 279 mulheres, 90% responderam que nunca tiveram (Tabela 17). Das 28 mulheres que tiveram DST, a de maior ocorrência foi a candidíase.

Apenas 3 mulheres (1,1%) tiveram HPV (papiloma vírus humano), porém, este vírus está presente em 94% dos casos de câncer do colo do útero, que é o terceiro câncer que mais mata no Brasil, mesmo sendo uma doença que pode ser prevenida através do exame preventivo ginecológico. (PARELLADA, 2006).

Segundo Parellada (2006) existe diferença quanto à manifestação, evolução e tratamento do HPV no homem e na mulher, tendo em vista que no organismo feminino existe um ambiente mais favorável para o desenvolvimento e multiplicação do vírus, podendo desenvolver complicações mais sérias, que se não tratadas, podem virar câncer, e destaca que:

A maioria da população sexualmente ativa (cerca de 75%) entre em contato com o HPV e elimina espontaneamente o vírus do organismo sem esmo desenvolver qualquer doença. Outros terão uma infecção transitória com duração média de 12 a 18 meses e menos de 1% corre o risco de ter câncer de colo de útero. Além do HPV, são necessários outros co-fatores para, por exemplo, predisposição genética, fumo, alimentação inadequada e estresse. (PARELLADA, 2006).

Quanto ao exame de preventivo ginecológico (Tabela 18), 87,8% das mulheres referem que já fizeram e 11,1% nunca fizeram o exame. Considerando o ano em que foi realizado o exame, percebe-se que são recentes, visto que 64,5% das mulheres fizeram em 2005 ou 2006. Dos exames realizados (n = 245), 54 (22%) apresentaram alteração, sendo que apenas 1 mulher (1,9%) não fez tratamento algum.

Em um estudo realizado por César et al. (2003) envolvendo 1.302 mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) no Rio Grande do Sul, com objetivo de conhecer a prevalência da não realização de exame citopatológico de colo uterino e identificar os possíveis fatores associados à sua não realização, obteve os seguintes resultados: 57% das entrevistadas nunca realizaram o exame, quanto menor a idade, maior a probabilidade da não realização do exame quando comparadas com mulheres de 40 anos ou mais. Mulheres que estavam vivendo com companheiro, mostraram maior probabilidade de realização do exame. Mulheres de menor renda apresentaram prevalência de 30% maior à não prevenção deste tipo de câncer em relação às mulheres com renda igual ou superior a 6 salários mínimos.

O principal objetivo do tratamento das DST é interromper a cadeia de transmissão da enfermidade, evitando novos casos. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece esse tratamento nos serviços básicos de saúde, com distribuição de preservativos, exames de sangue e exame preventivo ginecológico (O QUE SÃO DST... 2006).

A maioria das mulheres (73,5%) faz uso de métodos contraceptivos, sendo que 39,4% realizaram laqueadura (ligadura de trompas), 19% usam pílula e 14% usam preservativo masculino (Tabela 20).

No estudo de César et al (2003) o método anticoncepcional mais comum foi o anticoncepcional oral (69%), seguido por ligadura de trompas (19%).

Um outro estudo realizado em Oslo (capital da Noruega), envolvendo 2.123 mulheres de 59 e 60 anos, mostrou que as mulheres que fumam apresentam uma probabilidade de 5% a mais de ter menopausa precoce (antes dos 45 anos) e maior risco de ter osteoporose e doenças cardíacas. Para as mulheres que fumam mais o risco é quase o dobro. O estudo revela ainda, que mulheres com menor renda, pouca escolaridade e sem vida social ativa também são mais prejudicadas (BRASIL, 2007c).

As altas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero podem ser decorrentes do diagnóstico tardio, pela falta de campanhas de prevenção que atuem sobre as mulheres que nunca realizaram ou que não realizam os exames habitualmente (MATO GROSSO DO SUL, 2007).

7.4.7 Hábitos sexuais masculinos

Dos homens participantes deste estudo (Tabela 21), 89,2% referem que nunca tiveram DST. Dos que referem ter tido alguma DST (n = 24), a candidíase foi a mais freqüente, sendo que apenas 2 homens não fizeram tratamento algum. Apenas 29,3% dos homens têm o hábito de sempre usar preservativo nas relações sexuais e 48,6% nunca usam.

O principal fator de estímulo ao uso de preservativos em todas as relações sexuais é que este é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão, tanto das DST quanto do vírus da AIDS. (O QUE SÃO DST..., 2006).

Dos homens que têm mais de 50 anos ($n = 75$), 53,3% não fizeram o exame da próstata (PSA). Vale ressaltar que este exame, tão importante no diagnóstico precoce de câncer de próstata, não é disponível na rede pública de saúde.

Dini e Koff (2006) realizaram um estudo transversal durante 5 anos, envolvendo 3.056 pacientes em Porto Alegre (capital de maior consumo de tabaco), e alertam para a necessidade de programas de rastreamento de câncer de próstata, a fim de permitir diagnósticos precoces:

Com o aumento da expectativa de vida, doenças como o câncer de próstata (CaP), que surgem com o envelhecimento e que potencialmente podem ser detectadas e tratadas precocemente, vêm assumindo uma dimensão cada vez maior, não somente como um problema de saúde pública mas pelo impacto socioeconômico sobre a população. (DINI E KOFF, 2006, pg. 01).

O câncer de próstata além de ter crescente incidência, mantém uma elevada taxa de mortalidade (MATO GROSSO DO SUL, 2007).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento de fumar, por si só, já é um hábito altamente cancerígeno, porém, quando associado aos outros fatores de risco para câncer, pode acelerar o desenvolvimento mais rápido de câncer.

Na ocasião da realização deste estudo, havia apenas 3 equipes de Programa de Saúde da Família na área urbana do município e neste ano de 2007, o município de Sidrolândia/MS já conta com 6 equipes. Um fator que deve ser ressaltado é que continua funcionando no município, o Programa de Tratamento do Fumante, que, além de oferecer o acompanhamento psicológico, continua recebendo insumos medicamentosos do Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer, que são utilizados como tratamento coadjuvante, para auxiliar os tabagistas a pararem de fumar.

Não se pode deixar de destacar aqui a importância do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, não só para a realização deste estudo, mas no dia-a-dia do trabalho que desenvolvem diretamente na comunidade, sendo um elo entre a população e a equipe de Saúde da Família, tendo papel fundamental nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

CONCLUSÃO

Com este estudo, foi possível realizar um levantamento dos hábitos de vida dos tabagistas do município de Sidrolândia, cadastrados ao Programa de Saúde da Família, o que permitiu identificar algumas características sócio-demográficas e possíveis fatores de risco de câncer da referida população.

Esta pesquisa apresenta dados semelhantes a outras disponíveis na literatura, confirmando que uma parcela expressiva dos tabagistas tem pouca escolaridade, baixa renda e começaram a fumar na adolescência. Revela ainda que a maioria dos tabagistas já apresentam problemas de saúde relacionados ao uso do tabaco, principalmente os respiratórios e alérgicos.

É fundamental destacar neste estudo, a grande associação do tabagismo a outros fatores de risco de câncer, de modo especial ao sedentarismo, uso freqüente de bebida alcoólica e excesso de peso; afinal, o câncer, além de fatores genéticos é o resultado da exposição ao longo da vida a vários fatores de risco.

Estes dados serão divulgados aos gestores municipais, de forma a demonstrar a necessidade de se investir em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no município, a fim de alertar à comunidade sobre os fatores de risco de câncer. Os que já são tabagistas devem ser orientados a participar do programa de tratamento do fumante, e as crianças e adolescentes devem ser envolvidos nas ações de prevenção, através das escolas e unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer - CONTAPP. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Saber saúde: prevenção do tabagismo e outros fatores de risco de câncer**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998a.

_____. **Falando sobre tabagismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998b.

_____. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998c.

_____. **Prevenção do câncer da boca**. Revista brasileira de cancerologia. N. 49. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Cigarro afeta todo o organismo, diz estudo**. Rio de Janeiro, jun. 2004a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=307>>. Acesso em: 27 ago. 2004.

_____. **Tabagismo passivo**. Rio de Janeiro, 2004b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/passivo/tabagismo.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2004.

_____. **Efeitos da fumaça sobre a saúde da criança**. Rio de Janeiro, 2004c. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/passivo/crianca.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2004.

_____. **Pare de fumar: jovem e tabaco**. Rio de Janeiro, jun. 2004d. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=285>>. Acesso em: 27 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Fazendo Pesquisa: Manual do Entrevistador. Rio de Janeiro: INCA, 2004e.

_____. **Pare de fumar:** atualidades sobre o tabagismo - curiosidades sobre o tabagismo passivo. Rio de Janeiro, jun. 2004f. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=285>>. Acesso em: 27 ago. 2004.

_____. **Fumantes morrem dez anos mais cedo.** Rio de Janeiro, jul. 2004g. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=316>>. Acesso em: 27 ago. 2004.

_____. **Estimativa 2006:** incidência de câncer no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2005a.

_____. **Legislação Federal sobre o tabagismo no Brasil.** Rio de Janeiro, 2005b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=economia&link=leisfederais,pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2005.

_____. **Fatores de risco.** Rio de Janeiro, 2005c. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13>. Acesso em: 03 jul. 2005.

_____. **Pare de fumar:** tabaco e economia. Rio de Janeiro, 2005d. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/economia/aspectos.htm>>. Acesso em: 28 de out. 2005.

_____. **Fatores Ocupacionais.** Rio de Janeiro, 2006a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=17>. Acesso em: 31 ago. 2006.

_____. **A situação do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2006b. Secretaria de Atenção à saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. **Fumantes inveterados têm maior risco de depressão.** Pare de fumar: atualidades sobre tabagismo. Rio de Janeiro, 2007b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=645>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

_____. **Fumante pára de menstruar mais cedo.** Pare de fumar: atualidades sobre tabagismo. Rio de Janeiro, 2007c. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=666>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

CARVALHO, I. M. M., **Tabaco é o maior fator de risco de câncer de boca.** Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.centrinho.usp.br/hospital/pacientes/files/dica05c.html>>. Acesso em: 06 jun.2007.

CÉSAR, J. A. et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, out. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em 10 jun. 2007.

FERREIRA A. B. H. **O novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 3. ed., Rio de Janeiro: Positivo, 2004.

FUMO: produtores entregam abaixo-assinado contra adesão a acordo. **Estadão**, São Paulo, 28 jun. 2005. Seção Ciência. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/agronegocios/noticias/2005/jun/28/176.htm?p=p>>. Acesso em: 03 jul. 2005.

GALLO, C. V. de M. Câncer de mama e consumo de legumes, verduras e frutas: estudo surpreendente avalia associações entre alimentação e propensão a tumores. **Revista Ciência Hoje.** Ed. 213 de março de 2005. Disponível em: <<http://cienciahoje.uol.com.br/3308>>. Acesso em: 12 de jun. de 2007.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade.** São Paulo: Hucitec, 1998

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Câncer no Mato Grosso do Sul: a nossa realidade. **Boletim de Mortalidade.** Registro de Câncer de Base Populacional - RCBP. Campo Grande, abr. de 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/show.file.php?id:4998>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

MENEZES, A. M. B. et al. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 36, n. 2, p. 15-18, abr. 2002.

MOLÉCULA é chave para o vício em nicotina: cientistas descobrem receptor neuronal que, em contato com a nicotina, desencadeia mecanismos de

dependência. **Estadão**, São Paulo, 13 nov. 2004. Seção Ciência. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/ciencia/noticias/2004/nov/13/52.htm>>. Acesso em: 16 mai. 2005.

MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D.; MORAES, R. S.; BREDEMEIR. M.; CARDOZO, S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 1, p. 20-23, fev. 1995.

O que são DST – doenças sexualmente transmissíveis. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/pages/lumisd1f318a3ptbrie.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

OLIVEIRA, L. R. et. Al. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. V. 42. n. 5. p. 385-392, out. 2006.

PARELLADA, C. **Infecção do câncer por HPV**. Prevenção de câncer. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.prevencaodecancer.com.br/003_d.htm>. Acesso em: 25 set. de 2006.

PROJETO impede TV e cinema de exibir fumantes: o projeto tramita em uma comissão especial criada para analisar propostas que tratam da proibição de propagandas de cigarros e bebidas. **Estadão**, São Paulo, 13 mai. 2005. Seção Ciência. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/rss/divirtase/2005/mai/13/88.htm>>. Acesso em: 03 jul. 2005.

RIBEIRO, F.S.; FILHO WÜNSCH V. Avaliação retrospectiva da exposição ocupacional a cancerígenos: abordagem epidemiológica e aplicação em vigilância em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 881-890, jul-ago. 2004.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728p.

SANTOS, I. O. Melanoma: tumor de maior malignidade. IN: VARELLA, D. **Entrevistas**. Site Oficial. Disponível em: <<http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/cancerdepele1.asp>>. Acesso em 01 jan.2007.

SILVEIRA, A. C. da. **Fumar ou não fumar?** 2. ed. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1968.

SARTOR, S. G. Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo-controle. São Paulo, 2003. 191 p. **Tese Doutorado**. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

TABACO e pobreza: um círculo vicioso. **OPAS**, Organização Pan-Americana da Saúde. Informativo 31 de maio – Dia Mundial sem tabaco 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br./mostrant.cfm?codigodest=213>>. Acesso em: 25 jan. 2007.

VACINA feita de vírus faz 57% deixarem de fumar: medicamento cria anticorpos que atacam a nicotina e impedem que ela atinja o cérebro. **Estadão**, São Paulo, 16 maio 2005. Seção Ciência. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/ciencia/noticias/2005/mai/16/58.htm>>. Acesso em: 16 maio 2005.

VARELLA, D. **Alcoolismo em mulheres**. Drauzio Varella artigos. Disponível em: <<http://drauziovarella.ig.com.br/artigos/alcoolismom.asp>>. Acesso em: 01 jan. 2007.

WIKIPÉDIA: enciclopédia livre. HPV, condiloma acuminado. 2007a. Disponível em <http://wikipédia.org/wiki/condiloma_acuminado>. Acesso em 09 de jun. 2007.

_____. Câncer de próstata. 2007b. Disponível em <<http://wikipédia.org>>. Acesso em 29 de jul. 2007.

ZAMBONI, M. Epidemiologia do câncer do pulmão. *Jornal de Pneumologia*. São Paulo, v. 28, n. 1, jan.-fev., 2002. Disponível em: <<http://scielo.br>>. Acesso em: 12 de jun. 2007.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DESTINADO AOS TABAGISTAS

⇒CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

- 01** - IDADE: _____ ANOS
- 02** - SEXO: a() MASCULINO b() FEMININO
- 03** - ESCOLARIDADE: _____
- 3.1** ESTÁ ESTUDANDO ATUALMENTE: SIM() NÃO()
- 04** - SITUAÇÃO CONJUGAL:
- a() COM COMPANHEIRO(A) b() SEM COMPANHEIRO(A)
- 05** - VOCÊ MORA:
- a() SOZINHO/A (passe para a questão 06)
- b() COM A FAMÍLIA
- c() COM AMIGOS/AS
- 05.1** - NO TOTAL QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA? _____
- 06** - QUAL SUA OCUPAÇÃO?
- a() DO LAR
- b() APOSENTADO(A)
- c() TRABALHA EM _____
- 07** - QUANTO É SEU RENDIMENTO FAMILIAR EM REAIS? R\$ _____

⇒APENAS PARA TAB - F: TABAGISTA FUMANTE:

- 08** - COM QUANTOS ANOS VOCÊ COMEÇOU A FUMAR? _____
- 09** - QUE TIPO DE CIGARRO VOCÊ FUMA COM FREQUENCIA?
- a() CIGARRO (INDUSTRIALIZADO)
- b() CIGARRO DE FUMO (PALHA/PAPEL FEITO EM CASA)
- c() CHARUTO
- d() CACHIMBO
- e() OUTRO _____
- 10** - EM MÉDIA, QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA? _____
- 11** - VOCÊ COSTUMA FUMAR DENTRO DE CASA? () SIM () NÃO

⇒APENAS PARA TAB - N: TABAGISTA QUE NAQUEIA

- 12** - COM QUANTOS ANOS VOCÊ COMEÇOU A NAQUEAR? _____
- 13** - QUANTAS VEZES VOCÊ NAQUEIA POR DIA? _____

⇒PARA TODOS OS TABAGISTAS

- 14** - SE VOCÊ TRABALHA FORA RESPONDA: É PERMITIDO FUMAR NO SEU LOCAL DE TRABALHO?
- a() NÃO
- b() SIM, APENAS EM AMBIENTE ABERTO
- c() SIM, EM AMBIENTE FECHADO
- 15** - VOCÊ ACREDITA QUE O TABAGISMO PREJUDICA SUA SAÚDE?
- () SIM () NÃO
- 16** - ATUALMENTE VOCÊ TEM: (pode marcar uma ou mais alternativas)
- a() DIABETES
- b() PRESSÃO ALTA
- c() PROBLEMA RESPIRATÓRIO
- d() PROBLEMA ALÉRGICO
- e() CARDIOPATIA - PROBLEMAS DO CORAÇÃO
- f() LESÕES NA BOCA
- g() DEPRESSÃO

h()CÂNCER

i()OUTRO _____

17 – VOCÊ TEM VONTADE DE DEIXAR DE SER TABAGISTA (FUMAR E/OU NAQUEAR)?

()SIM ()NÃO

⇒ALIMENTAÇÃO

18 – EM SUA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA COM QUE FREQUENCIA VOCÊ:

18.1 - COME A PELE DO FRANGO?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

18.2 - COME CARNE GORDA?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

18.3 - COLOCA MAIS SAL NOS ALIMENTOS (ALÉM DO TEMPERO NORMAL)?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

18.4 - COME CHURRASCO?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

18.5 - COME SALADA?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

18.6 - COME FRUTAS?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

19 – APROXIMADAMENTE QUANTO VOCÊ PESA ATUALMENTE? _____

20 - QUAL É APROXIMADAMENTE SUA ALTURA? _____

21 – VOCÊ COSTUMA FAZER DIETA ALIMENTAR? ()SIM ()NÃO

⇒ SEDENTARISMO

22 – VOCÊ COSTUMA PRATICAR ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA COMO LAZER OU EXERCÍCIO FÍSICO?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

22.1 – SE SIM, QUAL(IS): _____

23 – VOCÊ COSTUMA USAR A BICICLETA OU IR À PÉ COMO FORMA DE LOCOMOÇÃO?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

24 - COMO VOCÊ CONSIDERA SEU ESFORÇO FÍSICO, NO SEU DIA A DIA, CONSIDERANDO SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL E O TEMPO QUE ESTÁ EM CASA (exceto lazer, exercício físico e locomoção)?

a()AUSÊNCIA COMPLETA DE QUALQUER ATIVIDADE FÍSICA

b()LEVE

c()MODERADO

d()INTENSO

⇒EXPOSIÇÃO SOLAR

25 – NO SEU DIA-A-DIA VOCÊ SE EXPÕE AO SOL NO PERÍODO DE 10:30 ÀS 16:00h (POR MAIS DE 30 MINUTOS)?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

25.1 - ONDE:

a()NO TRABALHO

b()NO LAZER

c()LOCOMOÇÃO (quando vai para o trabalho ou escola)

26 - VOCÊ COSTUMA SE PROTEGER DO SOL, UTILIZANDO:

26.1 - CHAPÉU?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

26.2 - CAMISETA?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

26.3 - FILTRO SOLAR?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

26.4 - ÓCULOS ESCUROS?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

⇒ EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

27 - NO SEU LOCAL DE TRABALHO, VOCÊ ESTÁ EXPOSTO A ALGUM DESTES PRODUTOS QUÍMICOS (como amianto, benzeno, material de pintura de casas, tintas de cabelo, solventes, álcool, etc.)?

()SIM ()NÃO

27.1 - SE SIM, QUAL(IS)? _____**27.2 COM QUE FREQUÊNCIA?**

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

27.3 VOCÊ USA ALGUMA PROTEÇÃO NO SEU TRABALHO?

()NÃO ()SIM, QUAL? _____

⇒ CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS

28 - ATUALMENTE VOCÊ TEM O COSTUME DE TOMAR BEBIDAS ALCÓOLICAS?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

28.1 - SE SIM, O QUE VOCÊ COSTUMA TOMAR?

a)CERVEJA OU CHOPP

b)VINHO

c)PINGA/CACHAÇA/CAPIRINHA

d)OUTRAS _____

28.2 - VOCÊ SENTE NECESSIDADE DE TOMAR BEBIDA ALCÓOLICA?

a()SIM, TODOS OS DIAS

b()SIM, SÓ NOS FINAIS DE SEMANA

c()NÃO

⇒ SUJEITOS DO SEXO FEMININO

29 - VOCÊ JÁ TEVE ALGUMA DST (DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL)?

()NÃO ()SIM

29.1 - SE SIM, QUAL? _____**29.2 - FEZ TRATAMENTO?**

()SIM ()NÃO

30 - VOCÊ JÁ FEZ O EXAME PREVENTIVO GINECOLÓGICO ALGUMA VEZ?

a()NUNCA FEZ

b()NÃO SABE

c()SIM. QUANDO FOI O ÚLTIMO EXAME? _____ (MÊS/ANO)

30.1 QUAL FOI O RESULTADO DO EXAME:

a()NORMAL

b()ALTERADO

30.2 SE DEU ALGUMA ALTERAÇÃO, VOCÊ FEZ ALGUM TRATAMENTO?

a()NÃO

b()SIM, USO DE COMPRIMIDOS

c()SIM, USO DE CREME VAGINAL

d()SIM, COLPOSCOPIA

e()SIM, BIÓPSIA

f()SIM, OUTROS EXAMES: _____

- g()SIM, QUIMIOTERAPIA
- h()SIM, RADIOTERAPIA
- i()SIM, RETIRADA DE ÚTERO E TROMPAS
- j()SIM, OUTRA CIRURGIA_____

31 - VOCÊ FAZ USO DE ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO?

()NÃO ()SIM

31.1 - SE SIM, QUAL?

- a()CAMISINHA – PRESERVATIVO
- b()PÍLULA
- c()INJEÇÃO
- d()DIU – DISPOSITIVO INTRA UTERINO
- e()LAQUEADURA – LIGADURA DE TROMPAS
- f()OUTRO_____

⇒SUJEITOS DO SEXO MASCULINO

32 - VOCÊ JÁ TEVE ALGUMA DST (DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL)?

()NÃO ()SIM

32.1 - SE SIM, QUAL?_____

32.2 - FEZ TRATAMENTO? ()SIM ()NÃO

33 – VOCÊ COSTUMA USAR PRESERVATIVO – CAMISINHA, DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL?

a()SEMPRE b()ÀS VEZES c()RARAMENTE d()NUNCA

34 – SE VOCÊ TEM MAIS DE 50 ANOS, RESPONDA: VOCÊ JÁ FEZ EXAME DE PRÓSTATA ALGUMA VEZ?

()SIM ()NÃO

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um projeto de pesquisa realizado pela psicóloga Renata Cristina Losano Feitosa, que é aluna do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS e coordenadora do Programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer do município de Sidrolândia/MS. Este estudo também conta com o apoio da Coordenação Estadual do Programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer e da Secretaria Municipal de Saúde de Sidrolândia/MS.

Você foi selecionado(a) para ser um dos participantes deste estudo porque é tabagista e mora numa residência que é cadastrada ao Programa Saúde da Família do município de Sidrolândia/MS.

O objetivo desta pesquisa é conhecer os hábitos de vida e condições de saúde dos tabagistas do município de Sidrolândia/MS, identificando os principais fatores de risco de câncer aos quais estão expostos.

Se você concordar em participar deste estudo, será solicitado que responda a um formulário com perguntas sobre: idade, escolaridade, trabalho, tabagismo, alimentação, consumo de bebidas que contém álcool, prática de atividades físicas, problemas de saúde, entre outras.

Durante a entrevista você não será exposto(a) a nenhum risco para a saúde. Os benefícios esperados com esta pesquisa são o de desenvolver e melhorar as ações de prevenção de doenças relacionadas ao tabagismo no município.

A sua participação no estudo é totalmente voluntária, isto é, o Sr.(a) pode se recusar a participar sem sofrer nenhuma penalização. A Coordenação Municipal do Programa do Tabagismo, a Coordenação Estadual e a Secretaria Municipal de Saúde de Sidrolândia/MS agradecem a sua importante participação, entretanto, não haverá nenhum, tipo de remuneração.

Todas as informações obtidas neste estudo são confidenciais, uma vez que os nomes dos voluntários não serão associados às informações. As pessoas que irão analisar as informações do formulário não sabem quem as forneceu. Somente o resultado global dos participantes deste estudo será apresentado.

Caso tenha qualquer pergunta sobre esta pesquisa ou desejar ter outras informações, por favor, entre em contato com a Secretaria Municipal de Saúde do seu município, através do telefone 3272-2115.

Se houver necessidade de alguma outra orientação que possamos lhe dar, ligue para a Psicóloga Renata Cristina Losano Feitosa, que conduz este estudo, pelo telefone 3272-2121.

A sua participação será bastante valiosa já que os resultados do estudo são importantes para o desenvolvimento de programas de prevenção em nosso país.

Se o Sr.(a) concorda em participar deste estudo, por favor, assine abaixo:

Sua assinatura:_____

Assinatura do Agente Comunitário de Saúde:_____

Local e Data:_____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PAIS

Este é um projeto de pesquisa realizado pela psicóloga Renata Cristina Losano Feitosa, que é aluna do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS e coordenadora do Programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer do município de Sidrolândia/MS. Este estudo também conta com o apoio da Coordenação Estadual do Programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer e da Secretaria Municipal de Saúde de Sidrolândia/MS.

Seu(sua) filho(a) foi selecionado(a) para ser um dos participantes deste estudo porque é tabagista e mora numa residência que é cadastrada ao Programa Saúde da Família do município de Sidrolândia/MS.

O objetivo desta pesquisa é conhecer os hábitos de vida e condições de saúde dos tabagistas do município de Sidrolândia/MS, identificando os principais fatores de risco de câncer aos quais estão expostos.

Se você concordar que seu(sua) filho(a) possa participar deste estudo, será solicitado que ele(a) responda a um formulário com perguntas sobre: idade, escolaridade, trabalho, tabagismo, alimentação, consumo de bebidas que contém álcool, prática de atividades físicas, problemas de saúde, entre outras.

Durante a entrevista ele(a) não será exposto(a) a nenhum risco para a saúde. Os benefícios esperados com esta pesquisa são o de desenvolver e melhorar as ações de prevenção de doenças relacionadas ao tabagismo no município.

A participação de seu(sua) filho(a) no estudo é totalmente voluntária, isto é, tanto ele(a) quanto o(a) Sr.(a) pode se recusar a participar sem sofrer nenhuma penalização. A Coordenação Municipal do Programa do Tabagismo, a Coordenação Estadual e a Secretaria Municipal de Saúde de Sidrolândia/MS agradecem a sua importante participação, entretanto, não haverá nenhum, tipo de remuneração.

Todas as informações obtidas neste estudo são confidenciais, uma vez que os nomes dos voluntários não serão associados às informações. As pessoas que irão analisar as informações do formulário não sabem quem as forneceu. Somente o resultado global dos participantes deste estudo será apresentado.

Caso tenha qualquer pergunta sobre esta pesquisa ou desejar ter outras informações, por favor, entre em contato com a Secretaria Municipal de Saúde do seu município, através do telefone 3272-2115.

Se houver necessidade de alguma outra orientação que possamos lhe dar, ligue para a Psicóloga Renata Cristina Losano Feitosa, que conduz este estudo, pelo telefone 3272-2121.

A participação de seu(sua) filho(a) será bastante valiosa já que os resultados do estudo são importantes para o desenvolvimento de programas de prevenção em nosso país.

Se o(a) Sr.(a) concorda que o(a) seu(sua) filho(a) possa participar deste estudo, por favor, assine abaixo:

Sua assinatura: _____

Assinatura do Agente Comunitário de Saúde: _____

Local e Data: _____

ANEXO 1 – FICHA A