

NOTÍCIAS

31 de Maio DIA MUNDIAL SEM TABACO

Por que os jovens fumam?

De uma maneira geral, mais de 60% dos jovens com 15 anos de idade provam o cigarro, e quase um terço dos jovens já são fumantes antes de atingirem a idade de 18 anos.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 1987, indicou que o tabaco é a droga mais consumida pelos adolescentes brasileiros, em seis de dez capitais pesquisadas, sendo que a frequência relativa do vício é de 10,4% dos rapazes e de 8,8% das moças. Neste mesmo período, o consumo de cigarros por meninos de rua oscilava entre 68 e 92% de consumidores diários. O quadro ao lado mostra o resultado de uma pesquisa realizada em 1989, entre estudantes de escolas do primeiro e segundo graus de dez capitais brasileiras, em 1989. Vê-se que 26,5% dos pesquisados fizeram uso do cigarro pelo menos uma vez na vida. Outras pesquisas têm demonstrado que o uso do tabaco geralmente se associa ao de álcool e outras drogas.

Já são conhecidos os processos pelos quais crianças e adolescentes são captados para o vício. No período dos sete aos quatorze anos, por curiosidade e influência de colegas, amigos, pais, meios de comunicação etc., esses jovens são seduzidos pelo cigarro, buscando a integração social na escola, a identificação através dos meios de comunicação, a aceitação social e a adolescência dos hábitos dos adultos. Na adolescência, o vício é reforçado pelas experiências "positivas" que o tabagismo ofereceu, de ordem física, social e psicológica, influenciadas pelas opiniões equivocadas de que o fumo tranqüiliza, traz confiança, controla o peso, entre outras. Ao mesmo tempo, o adolescente já pode estar convencido dos malefícios do tabagismo, como pode também questionar a conduta dos amigos e familiares com relação ao fumo e viver a necessidade de obter cigarros, seja pelo preço ou disponibilidade dos mesmos. Durante a juventude e o início da idade adulta,

Lembre-se: quem não se tornou fumante até os 18 anos de idade, raramente será um fumante depois.

Uso de tabaco por estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras, 1989.

Rede estadual	população pesquisada	Porcentagem de uso			
		Na vida	No ano	No mês	Frequente
Belém	1.494	30,3	17,9	10,2	5,3
Belo Horizonte	1.998	34,0	20,2	12,1	6,3
Brasília	1.873	27,7	17,0	9,3	5,0
Curitiba	2.224	20,7	11,2	5,5	2,2
Fortaleza	1.987	24,7	16,2	9,7	4,4
Porto Alegre	1.304	24,3	14,3	8,6	3,8
Recife	1.833	21,6	15,2	9,8	4,1
Rio de Janeiro	2.512	27,1	15,1	8,1	3,9
Salvador	1.384	22,8	12,8	6,1	2,8
São Paulo	2.384	31,8	20,0	12,9	7,5
Total	18.993	26,5	16,0	9,2	4,5
Rede particular					
Brasília	1.084	29,0	15,9	7,7	4,8
Curitiba	976	25,3	15,4	8,4	4,4
Fortaleza	2.199	20,3	11,3	6,2	2,7
São Paulo	1.614	31,1	19,2	12,5	7,4

Fonte: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
Definições:

Uso na vida — consumo de tabaco pelo menos uma vez na vida.

Uso no ano — consumo de tabaco pelo menos uma vez nos últimos 12 meses que antecederam a coleta de dados.

Uso no mês — consumo de tabaco pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

Uso frequente — consumo de tabaco seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

verifica-se o processo da dependência do tabaco, cujas influências decisivas são as mesmas para a aquisição do vício.

O conhecimento sobre essas etapas é importante para que se possa ajudar as crianças, adolescentes e jovens, apoiando os que não fumam e influenciando e transformando a conduta dos já fumantes.

O que fazer para transformar esta realidade?

Desenvolver um trabalho de educação em saúde junto aos adolescentes, permitindo melhora de conhecimento e oferecendo recursos para a mudança de atitude em relação às pressões sociais que o induzem a fumar, por meio de:

- informação para a comunidade;
- utilização de escolas;
- utilização de meios de comunicação;
- desenvolvimento de materiais de apoio de boa qualidade;
- estímulo à discussão da influência errônea da publicidade;
- treinamento de professores e outros trabalhadores sociais.

Criar um ambiente de apoio adequado, através de:

- redução do tabagismo entre os adultos;
- apoio dos pais para reforçar o trabalho da escola;
- desenvolvimento de políticas escolares combatendo o tabaco entre os professores e alunos;
- promulgação de leis que limitem a venda de tabaco a adolescentes;
- proibição de consumo de tabaco em lugares públicos;
- proibição de publicidade de produtos do tabaco;
- adoção de política de preços que torne a compra dos produtos do tabaco pouco atrativa.

A participação ampla e conjunta da escola, professores, pais e adolescentes em geral é responsável por um maior sucesso do programa. De toda a forma, essas mudanças são lentas, necessitando de um trabalho social com a utilização de todas as estruturas.

Recomendações do INCa

O INCa/Pro-Onco está distribuindo, com grande aceitação, em congressos, feiras de saúde e diversos outros eventos, um folheto que visa a aumentar a frequência de diagnósticos precoces de câncer. Sua reprodução, na íntegra, encontra-se a seguir.

A meta do Instituto Nacional de Câncer — INCa para o próximo quinquênio é diminuir em 10% a mortalidade ocasionada por câncer. Para atingir este objetivo, o INCa elaborou recomendações para os médicos, visando aumentar a possibilidade de diagnósticos precoces desta doença. Tais recomendações têm por objetivo encorajar os médicos a praticarem os princípios da boa medicina, tais como o exame físico completo, o qual inclui exame da pele, da cavidade bucal, das áreas de drenagem linfática, das mamas, colo do útero, da pelve, dos testículos, do reto e da próstata. Os pacientes com sinais e/ou sintomas suspeitos devem ser submetidos a uma investigação apropriada.

Essas recomendações visam, também, mostrar à população que cada pessoa deve ser responsável por sua própria saúde. Para isso, os indivíduos devem ser educados para adquirirem hábitos de vida saudáveis, tais como não fumar, evitar exposição direta e excessiva à luz solar e adotar medidas dietéticas adequadas, não ingerindo alimentos que predisponham ao câncer e ingerindo aqueles que reduzam seu risco. A população deve ser instruída para o auto-exame periódico da pele, das mamas e dos testículos.

O INCa promoverá os meios para que todos os hospitais e ambulatórios do país participem deste esforço.

CÂNCER DA PELE

- Deve-se fazer o auto-exame da pele regularmente.
- O exame da pele deve ser parte obrigatória do exame físico, realizado por médico.

CÂNCER DA MAMA

- O médico deve mostrar a suas pacientes a importância do auto-exame mensal das mamas.
- O exame das mamas deve integrar o exame físico de qualquer paciente do sexo feminino.
- Entre os 30 e os 39 anos de idade, todas as mulheres devem realizar uma mamografia. Após os 40 anos, este exame deve ser realizado a cada dois anos; a partir dos 50 anos de idade, ele deve ser anual.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

- Todas as mulheres com mais de 18 anos de idade que têm ou tiveram vida sexual ativa devem ser submetidas, periodicamente, a exame pélvico e teste de Papanicolaou. Após a obtenção de dois testes negativos, com intervalo de um ano, este exame pode ser realizado a cada três anos ou atendendo a um critério médico.

EXAME COLORRETAL

- O exame retal deve fazer parte do exame físico de rotina.
- O médico deve estar atento para os fatores de risco, tais como pacientes com história familiar de câncer colorretal, história pessoal de pólipos, câncer de cólon ou doença inflamatória crônica.
- Após os 50 anos de idade, deve ser realizada pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente e retossigmoidoscopia a cada três anos.

CÂNCER DE TESTÍCULO

- Todo homem deve palpar seus testículos mensalmente.
- A palpação dos testículos deve fazer parte do exame físico de rotina.

CÂNCER DE PRÓSTATA

- Toque retal anual deve ser realizado em todo homem a partir dos seus 40 anos de idade.
- As instituições de saúde devem instruir seus médicos para a importância do exame retal e de como fazê-lo adequadamente para a detecção do câncer precoce do reto e da próstata.

CÂNCER DA CAVIDADE BUCAL

- O exame da cavidade bucal, incluindo a palpação da língua, do assoalho da boca, das glândulas salivares e dos linfonodos do pescoço, deve constituir parte do exame físico de rotina.

XII CONGRESSO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA II CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

FORTALEZA, A TÃO DECANTADA LOURA DESPOSADA DO SOL, ESTÁ COMO SEMPRE DE BRAÇOS ABERTOS PARA ACOLHER SEUS VISITANTES. A HOSPITALIDADE, QUE TRADICIONALMENTE CARACTERIZA NOSSA GENTE, AO LADO DAS MARAVILHAS NATURAIS DA TERRA ALENCARINO COMPORÃO O CADINHO, ONDE SE DESENVOLVERÃO O XII CONGRESSO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA E O II CONGRESSO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA, NO PERÍODO DE 10 A 14 DE NOVEMBRO DE 1991.

Os convidados do exterior, estrangeiros e brasileiros com destacada atuação em outros países, são indicativos da qualidade e da importância de nossos Congressos, já estando confirmada a participação:

Sir **Richard Doll** — Epidemiologia do Câncer (Inglaterra)
 Dra. **Natalie Ligeon** — Epidemiologia do Câncer (França)
 Dr. **Eric Sidebotton** — Oncologia Experimental (Inglaterra)
 Dr. **Carlos Peres** — Radioterapia (EUA)
 Dr. **Manuel Sobrinho Simões** — Patologia (Portugal)
 Dr. **Philippe Goulard** — Patologia (França)
 Dr. **Henrique D'Avila** — Oncologia Clínica (EUA)

Dr. **Felix Reyes** — Oncologia Clínica (França)
 Dr. **Paul Vernant** — Oncologia Clínica (França)
 Dr. **Atila Czendes** — Cirurgia Oncológica (Chile)
 Dr. **Assunobu Misumi** — Endoscopia Oncológica (Japão)
 Dr. **Jathin Shah** — Cirurgia de Cabeça e Pescoço (EUA)
 Dr. **Edson Pontes** — Oncologia Urológica (EUA)
 Dr. **Fernando Borges** — Cirurgia Oncológica (EUA)

NA PRÓXIMA COMUNICAÇÃO APRESENTAREMOS EM MAIORES DETALHES A
PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA BÁSICA DOS EVENTOS.