

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MARCIA CASARIL DOS SANTOS CARGNIN

**PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DE FAMÍLIAS DE
FUMICULTORES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL**

Porto Alegre

2013

MARCIA CASARIL DOS SANTOS CARGNIN

**PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DE FAMÍLIAS DE
FUMICULTORES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Isabel Cristina Echer

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Casaril dos Santos Cargnin, Marcia
Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de
famílias de fumicultores de um município da região
Sul do Brasil / Marcia Casaril dos Santos Cargnin. --
2013.
106 f.

Orientadora: Isabel Cristina Echer.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Tabaco. 2. Trabalhadores rurais. 3. Doenças
ocupacionais. 4. Tabagismo. I. Echer, Isabel
Cristina, orient. II. Título.

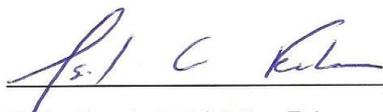
MARCIA CASARIL DOS SANTOS CARGNIN

Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da região sul do Brasil.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 26 de março de 2013.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Isabel Cristina Echer

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lysiane Girardi Paskulin

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Marli Maria Knorst

Membro da banca

PPGPNEUMO/UFRGS



Profa. Dra. Elizeth Paz da Silva Heldt

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

*Dedico este trabalho à minha família,
fonte de vida e inspiração
para todos os meus dias.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, por guiar meus passos nesta caminhada, por ter oportunizado a concretização de uma etapa muito importante na minha carreira.

Aos meus pais, Alcenor e Lucia, pela vida e por me ensinarem que os princípios e os estudos são a base para o sucesso profissional, e ao meu irmão Amarildo. Amo vocês.

Ao meu esposo Marcio, em especial pelo amor, carinho, companheirismo, incentivo, pela compreensão nos momentos de ausência, por estar sempre do meu lado, lutando juntos pelos nossos sonhos. Eu te amo.

Aos meus sogros, Inês e Darci, aos cunhados e cunhadas, pelo incentivo, apoio e compreensão.

À Prof^a Dr^a Isabel Cristina Echer pela confiança, por aceitar-me como sua primeira orientanda, pelas contribuições de seus conhecimentos ao longo desta trajetória de aprendizado, pelo carinho e pela compreensão.

À bolsista Carolina de Castilhos Teixeira pelo compartilhamento de seus conhecimentos e por sua ajuda.

Ao Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS e aos seus professores, que muito contribuíram com seus ensinamentos e conhecimentos.

Às professoras Marli Maria Knorst, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin e Elizeth Paz da Silva Heldt pelas contribuições na qualificação que contribuíram para o aprimoramento deste projeto.

À Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen e, em especial, às minhas colegas do Curso de Enfermagem pelo apoio, pelo incentivo e pela compreensão.

Às alunas Carla Basso, Rosa Zanatta, Tatiane Soder, Tatiane Franco, Karine dos Santos e Denise de Souza Rodrigues por terem auxiliado na coleta dos dados da pesquisa.

Ao gestor municipal de saúde, à equipe da Estratégia Saúde da Família e, em especial, aos agentes comunitários de saúde por sempre estarem disponíveis e receptivos para a realização de pesquisas em prol da comunidade.

Às famílias fomiculoras participantes do estudo pela receptividade em seus lares e pela disponibilidade em responder ao instrumento da pesquisa.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, ajudaram a concretizar esta etapa.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

A produção de tabaco no Brasil tem importância considerável na atividade econômica e social pelas altas arrecadações de impostos e tributos. No entanto, para os trabalhadores rurais que cultivam o tabaco e para os tabagistas, tal cultura tem contribuído negativamente na qualidade de sua saúde, expondo os fumicultores a constantes riscos, devido a fatores como intenso contato com agrotóxicos, exposição à doença da folha verde e radiação solar. O objetivo geral deste trabalho foi analisar o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias fumicultoras de um município da região Sul do Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, do tipo transversal, realizado em 2012 com famílias fumicultoras. A coleta de dados foi por inquérito domiciliar através de entrevista com instrumento contendo questões relacionadas à caracterização das famílias, situação socioeconômica, estado de saúde e *status* tabágico. Além disso, foram aplicados o Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Fagerström. Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS versão 18. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Participaram do estudo 100 famílias fumicultoras, totalizando 366 pessoas, das quais 283(77,3%) adultos e 83(22,7%) crianças e adolescentes. As famílias vivem com renda mensal de 1.500,00 reais (1.000,00-2.500,00), sendo o tabaco responsável por $45,9 \pm 22,4\%$ dessa renda e trabalham com a cultura há $19,5(10,5-20,7)$ anos. Constatou-se que 20(20%) dos que auxiliam na cultura do tabaco apresentaram sintomas de intoxicação e 81(81%) das famílias fazem uso parcial dos equipamentos de proteção individual. No núcleo familiar, os responsáveis pela produção de tabaco eram em sua maioria 82(82%) pais, 72(72%) de cor branca, 90(90%) casados, com média de idade de 46,9 anos, mediana de 3,0(1,0-3,0) filhos e média de $6,0 \pm 2,5$ anos de estudo. Observou-se que 67(67%) referiram apresentar sinais e sintomas durante a cultura do tabaco, principalmente nas etapas de colheita e preparo das folhas. São fumantes 17(17%) indivíduos, os quais iniciaram o uso com média de $16 \pm 4,8$ anos, apresentando mediana de 4,0(2,0-5,5) para dependência da nicotina, considerada baixa, e 90(90%) deles fazem uso de bebida alcoólica. Quanto à cultura do tabaco, 84(84%) referiram ter vontade de parar de cultivá-lo, sendo que 61(61%) estão pouco satisfeitos ou não satisfeitos. Após a análise multivariada, fatores como problemas de saúde, satisfação com a cultura do tabaco e baixa renda permaneceram associados com tempo (em anos) na cultura do tabaco ($p=0,001$); sinais e sintomas durante a cultura do tabaco ($p=0,027$)

e vontade de parar com a cultura do tabaco ($p < 0,001$); e contribuição do tabaco na renda familiar ($p < 0,001$). Os resultados evidenciam os prejuízos desse produto na saúde dos fumicultores e sua insatisfação com a cultura, razão pela qual as famílias estão diversificando suas áreas em busca de menor dependência do tabaco, o que conseqüentemente poderá refletir em melhor qualidade de vida dessas famílias, havendo menor exposição a fatores causadores de doenças ocupacionais.

Palavras-chave: Tabaco. Trabalhadores rurais. Doenças ocupacionais. Tabagismo.

ABSTRACT

Tobacco production in Brazil is considerably important in economic and social activity due to high taxes. However, for rural workers who grow tobacco and smokers, this culture has negatively affected the quality of their health, exposing growers to constant risks due to factors such as intense contact with pesticides, exposure to green tobacco sickness and solar radiation. The following research aimed to analyze the demographic, socioeconomic and health of tobacco growing families in a city in southern Brazil. This is an epidemiological, descriptive, cross-sectional, conducted in 2012 with tobacco growing families. Data collection was by household survey through an interviewing instrument with questions related to the characterization of families, socioeconomic status, health status, and smoking status. Beck's Depression Inventory and the Fagerström Scale have been applied. Data were analyzed using SPSS version 18. The project has been approved by the Research Commission of the Nursing School at the *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* and the Ethics Committee of the *Universidade Federal Integrada do Alto Uruguai e das Missões*. The study included 100 tobacco growing families, at a total of 366 people, of which 283(77.3%) adults and 83 (22.7%) children and adolescents. The families live on a monthly income of about U\$ 750.00 (U\$ 500.00 to U\$ 1250.00), and tobacco accounted for 45.9, about 22.4% of that income. Families working with growing is 19.5(10.5 to 20.7) years. It was found that 20(20%) assisting tobacco cultivation showed symptoms of intoxication and 81(81%) of families make partial use of personal protective equipment. In the household, people in charge of the production of tobacco were mostly 82(82%) parents, 72(72%) were Caucasian, 90(90%) were married, with a mean age of 46.9 years, average of 3.0(1.0 to 3.0) children and average 6.0, about 2.5 years of study. It was observed that 67(67%) reported signs and symptoms present during the growing of tobacco, especially in the stages of harvesting and preparation of the leaves. 17(17%) of the individuals are smokers, who started using it at 16 ± 4.8 years, average of 4.0(2.0 to 5.5) for nicotine dependence, considered low, and 90(90%) of them make use of liquor. As for tobacco, 84(84%) reported willingness to stop cultivating it, and 61(61%) are somewhat satisfied or not satisfied. In multivariate analysis, factors such as health problems, satisfaction with tobacco growing and low income remained associated with time (in years) of tobacco growing ($p = 0.001$); signs and symptoms during tobacco growing ($p = 0.027$) and will to stop growing tobacco ($p < 0.001$), and contribution of tobacco in household income ($p < 0.001$). The results show that product losses in the health of growers and their dissatisfaction

with the culture, which is why families are diversifying their areas in search of lower tobacco dependence, which in turn may reflect better quality of life for these families, with lower exposure to factors causing occupational diseases.

Keywords: Tobacco. Rural workers. Occupational diseases. Smoking.

RESUMEN

La producción de tabaco en Brasil tiene importancia considerable en la actividad económica y social por las altas recaudaciones de impuestos y tributos. Sin embargo, para los trabajadores rurales que cultivan el tabaco y para los estanqueros, tal cultura ha contribuido negativamente en la calidad de su salud, exponiendo los fumicultores a constantes riesgos, debido a factores como intenso contacto con venenos agrícolas, exposición a la enfermedad de la hoja verde y radiación solar. El objetivo general de este trabajo fue analizar el perfil demográfico, socioeconómico y de salud de familias fumicultoras de un municipio de la región Sur de Brasil. Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo, del tipo transversal, realizado en 2012 con familias fumicultoras. La colecta de datos fue por interrogatorio domiciliario a través de entrevista con instrumento conteniendo cuestiones relacionadas a la caracterización de las familias, situación socioeconómica, estado de salud y estatus tabágico. Además de eso, fueron aplicados el Inventario de Depresión de Beck y a Escala de Fagerström. Los datos fueron analizados por medio del programa estadístico SPSS versión 18. El proyecto fue aprobado por la Comisión de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul y por el Comité de Ética de la Universidad Regional Integrada del Alto Uruguay y de las Misiones. Participaron del estudio 100 familias fumicultoras, totalizando 366 personas, de las cuáles 283(77,3%) adultos y 83(22,7%) niños y adolescentes. Las familias viven con renta mensual de 1.500,00 reales (1.000,00-2.500,00), siendo el tabaco responsable por $45,9 \pm 22,4\%$ de esa renta. Las familias trabajan con la cultura hace $19,5(10,5-20,7)$ años. Se constató que 20(20%) de los que auxilian en la cultura del tabaco presentaron síntomas de intoxicación y 81(81%) de las familias hacen uso parcial de los equipamientos de protección individual. En el núcleo familiar, los responsables por la producción de tabaco eran en su mayoría 82(82%) padres, 72(72%) de piel blanca, 90(90%) casados, con media de edad de 46,9 años, mediana de 3,0(1,0-3,0) hijos y media de $6,0 \pm 2,5$ años de estudio. Se observó que 67(un67%) refirieron presentar señales y síntomas durante la cultura del tabaco, principalmente en las etapas de cosecha y preparo de las hojas. Son fumadores 17(17%) individuos, los cuales iniciaron el uso con media de $16 \pm 4,8$ años, presentando mediana de 4,0(2,0-5,5) para dependencia de la nicotina, considerada baja, y 90(90%) de ellos hacen uso de bebida alcohólica. Cuanto a la cultura del tabaco, 84(84%) refirieron que tienen voluntad de parar de cultivarlo, siendo que 61(61%) están poco satisfechos o no satisfechos. Después el análisis multivariada, factores como problemas de salud, satisfacción con la cultura del tabaco

y baja renta permanecieron asociados con tiempo (en años) en la cultura del tabaco ($p=0,001$); señales y síntomas durante la cultura del tabaco ($p=0,027$) y ganas de parar con la cultura del tabaco ($p<0,001$); y contribución del tabaco en la renta familiar ($p<0,001$). Los resultados evidencian los perjuicios de ese producto en la salud de los fumicultores y su insatisfacción con la cultura, razón pela cual las familias están diversificando sus áreas en búsqueda de menor dependencia del tabaco, lo que consecuentemente podrá reflejar en mejor calidad de vida de esas familias, habiendo menor exposición a factores causantes de enfermedades ocupacionales.

Palabras-Clave: Tabaco. Trabajadores rurales. Enfermedades ocupacionales. Tabaquismo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das famílias fumicultoras de um município da região Sul do Brasil em 2013.....	34
Tabela 2 - Condições socioeconômicas das famílias fumicultoras de um município da região Sul do Brasil em 2013	35
Tabela 3 - Atividades e ocupações desenvolvidas pelas famílias fumicultoras de um município da região Sul do Brasil em 2013	36
Tabela 4 - Atividades alternativas de substituição à cultura do tabaco de um município da região Sul do Brasil em 2013	37
Tabela 5 - Busca por serviços de saúde, sintomas de intoxicação e uso de EPIs de um município da região Sul do Brasil em 2013.....	37
Tabela 6 - Agrotóxicos utilizados pelas famílias fumicultoras de um município da região Sul do Brasil em 2013	39
Tabela 7 - Características sociodemográficas dos fumicultores responsáveis pela produção de tabaco de um município da região Sul do Brasil em 2013.....	40
Tabela 8 - Perfil de saúde dos responsáveis pela produção de tabaco de um município da região Sul do Brasil em 2013	41
Tabela 9 - Sinais e sintomas apresentados pelos fumicultores responsáveis pela produção de tabaco durante a cultura em um município da região Sul do Brasil em 2013	42
Tabela 10 - <i>Status</i> tabágico, dependência da nicotina e uso de bebidas alcoólicas pelos fumicultores responsáveis pela produção de tabaco de um município da região Sul do Brasil em 2013	43
Tabela 11 - Satisfação e motivos apresentados pelos fumicultores responsáveis pela produção para parar ou não com a cultura do tabaco em um município da região Sul do Brasil em 2013	44
Tabela 12 - Associação entre as variáveis de interesse do estudo a condições de saúde, satisfação com a cultura do tabaco, renda e status tabágico dos fumicultores de um município da região Sul do Brasil em 2013.....	46
Tabela 13 - Análise multivariada de regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados a problemas de saúde.....	49
Tabela 14 - Análise multivariada de regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados à satisfação com a cultura do tabaco	49

Tabela 15 - Análise multivariada de regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados à baixa renda.....	50
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil

AIQ – Amplitude Interquartílica

BDI – Inventário de Depressão de Beck

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

COMPESQ – Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CQCT – Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

DESER – Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais

DFV – Doença da Folha Verde

DP – Desvio Padrão

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

FC – Frequência Cardíaca

GTS – Green Tobacco Sickness

ha – Hectares

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NR – Norma Regulamentadora

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PETab – Pesquisa Especial de Tabagismo

PR – Paraná

RP – Razão de Prevalências

R\$ – Moeda brasileira, real

RS – Rio Grande do Sul

SC – Santa Catarina

SPSS – Statistical Package for Social Science

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo Geral	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3 MATERIAL E MÉTODOS	26
3.1 Delineamento	26
3.2 Local	26
3.3 População e Amostra	27
3.4 Variáveis e Instrumentos	28
3.4.1 Variáveis do instrumento e definições	28
3.4.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI)	30
3.4.3 Avaliação do grau de dependência da nicotina	30
3.5 Teste-Piloto	31
3.6 Coleta de Dados	31
3.7 Análise de Dados	32
3.8 Aspectos Éticos	32
4 RESULTADOS	34
4.1 Características das Famílias Fumicultoras	34
4.2 Características dos Fumicultores Responsáveis pela Produção de Tabaco	40
5 DISCUSSÃO	51
5.1 Perfil das Famílias Fumicultoras	51
5.2 Sintomas de Intoxicação por Agrotóxicos e Uso de EPIs	56
5.3 Perfil dos Fumicultores Responsáveis pela Produção de Tabaco	58
5.4 Caracterização do <i>Status</i> Tabágico e Consumo de Bebidas Alcoólicas	60
5.5 Problemas de Saúde Relacionados à Cultura e/ou ao Consumo do Tabaco	64
5.6 Satisfação dos Fumicultores em Relação à Cultura do Tabaco	67
5.7 Fatores Associados à Cultura do Tabaco	68
5.8 Limitações do estudo	69
6 CONCLUSÕES	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	80

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	81
APÊNDICE B – Manual de Orientação para Coleta de Dados	90
ANEXOS	98
ANEXO A – Inventário de Depressão de Beck (BDI)	99
ANEXO B – Escala de Fagerström	101
ANEXO C – Declaração da Secretaria Municipal de Saúde Referente à Autorização para a Realização da Coleta de Dados da Pesquisa.....	102
ANEXO D – Declaração da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	103
ANEXO E – Carta de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da URI	103
ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participante.....	105
ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Auxiliar de Pesquisa	106

1 INTRODUÇÃO

No passado, o tabaco era considerado uma erva com propriedades medicinais capaz de curar diversas enfermidades. Na atualidade, porém, passou a ser associado a várias doenças, representando um grave problema de saúde pública não só para os países desenvolvidos, mas também para os países em desenvolvimento (CARVALHO, 2009).

O tabagismo é a principal causa de morte evitável. A cada ano, morrem cerca de 6 milhões de pessoas no mundo todo devido ao consumo dos produtos derivados do tabaco (WHO, 2011a). No Brasil, cerca de 200 mil mortes/ano são decorrentes do tabagismo, sendo a segunda maior causa de mortes prevenível e a terceira entre fumantes passivos (INCA, 2008). Se as tendências atuais da expansão do tabagismo continuarem a crescer, presume-se que ocorrerão 8 milhões de mortes no mundo em consequência do tabagismo para o ano de 2030 (WHO, 2011a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta seja fumante, ou seja, o equivalente a 1,2 bilhão de pessoas (INCA, [s.d.]b). Pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2011 nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal revelou prevalência de tabagismo em adultos (maiores de 18 anos) de 14,8% (BRASIL, 2012). A região Sul concentra o maior percentual, com 19% de usuários, sendo a capital Porto Alegre o local com maior frequência (22,6%) de adultos fumantes (BRASIL, 2012; IBGE, 2009).

O Brasil é o segundo maior produtor de tabaco e o maior exportador mundial, ficando atrás apenas da China (SINDITABACO, 2012). O crescimento da produção e exportação deve-se à redução da produção do tabaco em folha principalmente nos Estados Unidos. Países da Europa Oriental e do Oriente Médio que antes importavam dos Estados Unidos passaram a comprar diretamente do Brasil devido à qualidade das folhas e ao preço baixo (IGLESIAS, 2006).

Na região Sul do país, o tabaco é o terceiro produto mais exportado, constituindo fator de alta arrecadação de impostos, estimados em R\$9,3 bilhões em 2011, e sendo grande gerador de empregos diretos e indiretos (BIOLCHI, 2003; SINDITABACO, 2012).

Em 2011, o estado do Rio Grande do Sul (RS) foi responsável por 52% da produção do tabaco, enquanto Santa Catarina (SC) por 30% e Paraná (PR) por 18%, abrangendo um total de 704 municípios produtores e 742.000 pessoas envolvidas com a cultura do tabaco no meio rural (SINDITABACO, 2012). A produção de tabaco concentra-se em pequenas

propriedades da agricultura familiar, com envolvimento de crianças e adolescentes e contratações eventuais no período da colheita.

Ocorrem duas formas de finalização da produção do tabaco: em estufa e em galpão. Quanto ao tipo, cita-se o tabaco Virgínia, o Burley e o comum. Os principais diferenciais no processo produtivo estão na colheita e no processo de cura e secagem. Enquanto o tabaco Virgínia é colhido folha a folha e seco através de calor forçado, em estufas, o tabaco Burley e o comum são colhidos o pé inteiro e seco à temperatura ambiente em galpões (BONATO, 2009).

Não há um consenso em relação ao termo “agricultura familiar”. Para Martins et al., (2007) agricultura familiar é aquela em que o trabalho da unidade de produção é desempenhado predominantemente pela família, a qual mantém a iniciativa, o domínio e o controle do que e de como produzir. Conforme a legislação brasileira, a definição de agricultor familiar está prevista na Lei nº 11.326, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente da República em 24 de julho de 2006. Essa lei considera em seu artigo 3º que o agricultor familiar e empreendedor familiar rural é:

aquele que pratica atividades no meio rural, atendendo, simultaneamente, aos seguintes requisitos: I – não detenha, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais; II – utilize predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; III – tenha renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento; IV – dirija seu estabelecimento ou empreendimento com sua família. (BRASIL, p. 1, 2006a).

É importante destacar que o termo “fumicultor” utilizado neste trabalho refere-se ao agricultor que se dedica à cultura¹ do tabaco, compreendendo desde o preparo da lavoura até a organização final das folhas secas para a venda.

A fumicultura é uma atividade que gera para o governo brasileiro uma responsabilidade adicional quanto a questões sociais decorrentes da histórica inserção econômica da produção de tabaco no País (HEEMANN, 2009). De um lado, existe o recolhimento de impostos gerado pela venda do cigarro; de outro, existem os prejuízos causados pelo tabagismo, os quais superam qualquer argumento puramente econômico.

O consumo do tabaco é fator de risco para o desenvolvimento de 50 diferentes tipos de doenças, muito delas graves e fatais, como câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias, entre outras (INCA, [s.d.]). Cabe ressaltar ainda que, além das consequências à saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais.

¹ “Ação, processo ou efeito de cultivar a terra; lavoura, cultivo...” (HOUAISS, p. 583, 2009).

Além da exposição às doenças relacionadas ao consumo do tabaco, os fumicultores também estão expostos a diversos fatores de risco à saúde, como agrotóxicos, herbicidas, inseticidas, fungicidas e antibrotantes usados nas etapas de preparação, plantio e colheita. Biolchi (2003) relata que, nos últimos anos, tem-se reduzido no Brasil a quantidade de agrotóxicos usados na fumicultura, mas a quantidade ainda é elevada, o que é fonte de preocupação, pois são produtos que podem trazer sérios danos à saúde, principalmente quando manipulados sem o uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs).

O uso dos EPIs foi descrito inicialmente na Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e posteriormente na Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978, Norma Regulamentadora 6 (NR 6). Considera-se EPI todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. O uso dos EPIs está descrito de acordo com as necessidades de cada atividade no item 31.20.2 da NR 31, que versa sobre segurança e saúde no trabalho em áreas como agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e aquicultura (BRASIL, 2012b). O Decreto nº 4.074, de 04 de janeiro de 2002, regulamenta a Lei nº 7.802/1989 e assim define o termo “agrotóxico”:

Produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou plantadas, e de outros ecossistemas e de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos, bem como as substâncias e os produtos empregados, como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores de crescimento. (BRASIL, p. 1, 2002).

A absorção dos agrotóxicos acontece por meio das vias respiratória e dérmica e, em menor quantidade, por via oral, podendo causar quadros de intoxicação aguda ou crônica. A exposição em grandes doses por um curto período causa os chamados efeitos agudos, que variam de intensidade leve a grave, sendo caracterizados por náusea, vômito, cefaleia, tontura, salivação, sudorese, desorientação, parestesias, irritação da pele e das mucosas, cólicas abdominais, fraqueza, fasciculação muscular, dificuldade respiratória, arritmias cardíacas, hemorragia, convulsões, coma e morte (SILVA et al., 2005).

Os efeitos crônicos, por sua vez, estão relacionados a exposições por longos períodos e em baixas concentrações, manifestando-se com inúmeras patologias que atingem o corpo humano e causam alterações imunológicas, hematológicas, genéticas, malformações congênitas e neoplasias, além de disfunções dos sistemas nervoso, respiratório,

cardiovascular, geniturinário, gastrintestinal, hepático, reprodutivo, endócrino, da pele e dos olhos. Já foram relatadas, além de reações alérgicas, alterações comportamentais que podem evoluir para um quadro de ansiedade, depressão e inclusive suicídio (BIOLCHI, 2003; BRASIL, 2006b; SCHOENHALS, FOLLADOR, SILVA, 2009).

Segundo Koifman e Hatagima (2003), a exposição a substâncias químicas e aos agrotóxicos é uma das condições potencialmente associadas ao desenvolvimento do câncer, devido à sua possível atuação em substâncias capazes de alterar o DNA de uma célula. Além disso, a exposição e utilização dos agrotóxicos foi avaliada em fumicultores de Cândido Brum, município de Arvorezinha (RS), e houve o relato de que alguns fumicultores estão em tratamento médico por depressão (EICHLE, TROIAN, 2009). Nos Estados Unidos, outros fatores afetam a saúde mental de trabalhadores rurais na Carolina do Norte, como a discriminação e a pobreza, além de estressores específicos, como a separação prolongada da família, a marginalização social, as precárias condições de habitação e de vida e os problemas de documentação (GRZYWACZ et al., 2010).

Esses trabalhadores também estão expostos à doença da folha verde (DFV) ou *green tobacco sickness* (GTS), caracterizada como intoxicação aguda decorrente da absorção da nicotina pela pele devido ao manuseio das folhas de tabaco. Essa intoxicação é intensificada no momento da colheita, especialmente nas primeiras horas da manhã, quando as folhas molhadas e o suor do corpo facilitam a absorção dérmica pelo fato de serem colhidas manualmente e carregadas junto ao corpo (INCA, [s.d.]a; BRASIL, 2010; BONATO, ZOTTI, ANGELIS, 2010). A absorção da nicotina transdérmica também ocorre durante as etapas de plantio e cura das folhas (ARCURY, QUANDT, 2006).

A doença não apresenta um diagnóstico criterioso, e sua identificação é realizada por meio de sinais e sintomas, como náuseas, vômitos, fraqueza, tontura, cefaleia, cólicas abdominais, aumento da salivação, calafrios, flutuação da pressão arterial e da frequência cardíaca. Esses sintomas podem causar desidratação e necessidade de assistência médica (INCA, [s.d.]a; BRASIL, 2010).

Estudo realizado no leste da Carolina do Norte identificou que, em cada cinco (18,4%) trabalhadores rurais, um apresentou a combinação de sintomas que indicam a doença ao menos uma vez durante a cultura do tabaco (ARCURY et al., 2008). No Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde realizou uma investigação epidemiológica com o objetivo de confirmar pela primeira vez a ocorrência da DFV do tabaco (BRASIL, 2010). No município de Candelária (RS), foram coletadas informações dos pacientes suspeitos e, dos 46 casos investigados, 33 tiveram a confirmação da doença (BONATO, ZOTTI, ANGELIS, 2010).

Outro aspecto relevante a ser considerado é a poluição tabágica ambiental, oriunda da fumaça dos derivados do tabaco no ambiente. Assim, o tabagismo também é responsável por prejudicar indivíduos não fumantes, dando origem ao tabagismo passivo. A fumaça do cigarro contém 4.720 substâncias tóxicas, bastando apenas um cigarro aceso para poluir o ambiente (BRASIL, 2007).

O Brasil, mesmo ocupando o lugar de segundo maior produtor e exportador de tabaco, tem conseguido desenvolver ações eficazes e abrangentes para o controle do tabagismo, obtendo, por conseguinte o reconhecimento de lideranças internacionais nessa área. Nesse sentido, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) integra a Política Nacional de Controle do Tabaco, por meio do Tratado Internacional de Saúde Pública destinada ao tabagismo (INCA, 2011a).

A CQCT surgiu a partir de evidências de que o crescimento na produção e no consumo de cigarros expressa uma preocupação de saúde pública global. Em 1999, a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, apoiada pelos estados-membros das Nações Unidas, propôs o primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública, o qual foi adotado por unanimidade em 2003 por 192 países (INCA, 2011a).

Ao assinar a CQCT, os países assumiram o compromisso para ratificar, aceitar, aprovar ou aderir ao tratado. Em fevereiro de 2005, após 40 ratificações, entrou em vigor a CQCT; o tratado conta atualmente com 172 ratificações, tendo o objetivo de conter a expansão do consumo de tabaco e seus danos à saúde (INCA, 2011a).

A CQCT, considerada um marco histórico para a saúde pública mundial, determina em seus 38 artigos a adoção de medidas intersetoriais nas áreas de propaganda, publicidade, patrocínio, advertências, marketing, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal, preços e impostos (INCA, [s.d.]). Além disso, não prevê a proibição da plantação de tabaco, mas a obrigatoriedade de sua substituição por outras culturas, conforme a realidade local (SILVA, FERREIRA, 2006).

Nesse sentido, o governo federal apresentou a proposta de criação do Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, tendo como diretriz a preocupação com o financiamento, o acesso à tecnologia, a agregação de valor à produção local e o apoio à fumicultura (SILVA, FERREIRA, 2006). Os artigos 4º, 17º e 26º estabelecem a preservação aos trabalhadores e produtores de tabaco por meio de alternativas economicamente viáveis.

Durante décadas, a indústria do tabaco vem encorajando países e agricultores a cultivarem mais esse produto, em busca de lucro com custos de produção cada vez menores.

Também defende que o tabaco traz prosperidade sem igual aos fumicultores, à sua comunidade e ao seu país (INCA, 2004). Ainda enfatiza que o sistema integrado de produção de tabaco brasileiro oferece garantias de rentabilidade e estabilidade financeira aos produtores agrícolas, transmitindo a mensagem de que não existem atividades agrícolas alternativas tão rentáveis quanto esta (IGLESIAS, 2006).

No entanto, ao contrário do que as empresas divulgam, pesquisa realizada na região Sul do país em 2008 com 1.761 famílias revela que 38% dos produtores de tabaco ganham com o seu plantio uma renda inferior a dois salários mínimos e 17% ganham menos de um salário mínimo mensal. Portanto, os fumicultores não conseguem obter com a produção do tabaco uma renda suficiente para manter sua família com dignidade (BONATO, 2009).

A expansão da fumicultura, estimulada pelas empresas transnacionais, tem produzido excesso de oferta no mercado de tabaco, e os fumicultores acabam competindo entre si para vender folhas de tabaco a preços cada vez menores. Com isso, os resultados para os fumicultores de países em desenvolvimento têm sido difíceis: enquanto os grandes plantadores progridem, os pequenos abastecem as companhias de tabaco ao custo de uma vida sofrida, árdua e sujeita a riscos (INCA, 2004).

Nessa perspectiva, resultados do estudo realizado na região Sul do Brasil apresentam a realidade dos agricultores familiares nas regiões da cultura do tabaco, com enfoque em aspectos como renda familiar, faixa etária, composição familiar, escolaridade, relação com a terra, mão de obra dos fumicultores e diversificação na produção do tabaco, entre outros. Constatou que em 36,4% das famílias havia fumantes no domicílio, com maior prevalência de fumantes entre os agricultores que cultivaram o tabaco (39,4%), com média de 1,3 pessoa fumante por família (BONATO, 2009).

No contexto internacional, há carência de estudos relacionados a essa temática. No entanto, pesquisa realizada com adolescentes de 12 a 18 anos identificou que a residência rural é um fator de risco potencial para o uso do tabaco entre jovens e que está associada a estimativas mais elevadas de prevalência entre fumantes adultos nos Estados Unidos (LUTFIYYA et al., 2008).

Há, portanto, necessidade de se conhecer como vivem os fumicultores, uma vez que a realidade nacional carece de artigos específicos que possibilitem conhecer o perfil de fumicultores e que subsidiem discussões e ações relacionadas a tal questão. Meu interesse por esse tema surgiu em 2008 quando, enquanto graduanda, participei do grupo de cessação do tabagismo desenvolvido pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do

município em estudo. Somou-se a isso meu ingresso na Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador, tendo como foco de estudo a qualidade de vida dos trabalhadores rurais.

O presente estudo permitirá identificar questões referentes ao contexto demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores que manuseiam o tabaco em seu dia a dia e aspectos associados ao uso ou não do tabaco pelos fumicultores e por outros membros da família, ou seja, o fato de serem consumidores de sua própria produção, já que a discussão acerca da produção de tabaco é um tema pouco explorado. Na busca de material bibliográfico em bases de dados, percebe-se uma lacuna de conhecimento acerca dessa temática que aborde as características das famílias e dos responsáveis pela produção de tabaco.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para propor ações de saúde a essa população específica com atuação intersetorial e multiprofissional, com vistas a desenvolver ações voltadas à manutenção da saúde dos fumicultores, ao cuidado e à prevenção de doenças ocupacionais. Nesse sentido, os profissionais da enfermagem exercem importante papel ao propor práticas de educação em saúde, atuar como multiplicadores e possibilitar aos demais indivíduos conhecer ou reconhecer a aquisição de habilidades para a tomada de decisões na promoção da saúde.

Com a finalidade de conhecer melhor como vivem atualmente as famílias de fumicultores, este estudo tem como **questão de pesquisa**: qual o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da região Sul do Brasil?

2 OBJETIVOS

O estudo apresenta objetivo geral e objetivos específicos.

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da região Sul do Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as famílias fumicultoras e os responsáveis pela produção do tabaco de um município da região Sul do Brasil.

- Verificar a presença de sintomas de intoxicação por agrotóxicos e o uso de equipamentos de proteção individual pelas famílias dos fumicultores.

- Caracterizar o *status* tabágico das famílias dos fumicultores.

- Identificar a presença de doenças e problemas de saúde que os responsáveis pela produção do tabaco relacionam à cultura e/ou ao consumo do tabaco.

- Identificar a satisfação dos fumicultores responsáveis pela produção do tabaco com tal cultura.

- Analisar a associação entre as variáveis de interesse do estudo a condições de saúde, satisfação com a cultura do tabaco, renda e *status* tabágico.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Nesta seção, apresentar-se-á o percurso metodológico do estudo.

3.1 Delineamento

Esta pesquisa caracteriza-se por ser um estudo de caráter epidemiológico descritivo, do tipo transversal, com levantamento dos dados por inquérito domiciliar (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Os estudos epidemiológicos descritivos visam avaliar a distribuição da ocorrência de uma situação, problema ou agravo de determinada população, segundo as diversas características representadas por uma ou mais de uma variável ligada ao tempo, ao lugar e às pessoas (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). No estudo transversal, as medições são feitas em um único período e de forma simultânea, sendo úteis para descrever variáveis e padrões de distribuição (HULLEY et al., 2008).

3.2 Local

A pesquisa foi realizada em um município na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil, que conta com área territorial de 76.849 km². Situa-se a uma distância de 420 km da capital, possuía uma população total de 2.966 habitantes, dos quais 1.802(61%) indivíduos são residentes da zona rural. A população masculina perfazia um total de 943 habitantes e a feminina de 859 habitantes (IBGE, 2010a).

O município possui um hospital e duas unidades de saúde: uma localizada na área rural, com atendimento dos profissionais da ESF duas vezes por semana, e outro na área urbana com atendimento diário. A ESF tem 100% de cobertura, estando dividida em sete microáreas (duas na urbana e cinco no rural).

A ESF é composta por uma equipe formada por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem e agentes comunitárias de saúde (ACS). Conta ainda com assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, médicos e nutricionista. A ESF atua em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, prestando um atendimento de qualidade, integral, resolutivo e

humano, garantindo o acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde de modo a satisfazer as necessidades dos cidadãos do município.

3.3 População e Amostra

A população do estudo foi constituída por famílias de fumicultores, e o levantamento do número de famílias foi realizado por meio da ficha A de cadastramento das famílias dos ACS do município, havendo um total de 129 famílias de fumicultores. A ficha A é um documento padronizado para cadastro das famílias em sua área de abrangência, a qual deve ser preenchida com dados de identificação, cadastro de todos os membros familiares, situação de moradia e saneamento, entre outras (BRASIL, 2003).

Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerando o número total de famílias fumicultoras do município (129), com índice de confiança de 95%, proporção de 50% (já que não foi encontrado valor similar na literatura) e erro de 0,05. Assim, a amostra do estudo foi de no mínimo 97 famílias de fumicultores.

De posse da lista das famílias dos fumicultores, procedeu-se à amostragem aleatória simples, utilizada quando o investigador, diante de uma população maior que a necessária, seleciona um subconjunto representativo. Desse modo, todos têm a mesma probabilidade de participar (POLIT, DECK, HUNGLER, 2004; HULLEY et al., 2008). A amostra foi constituída por 100 famílias, sendo entrevistado o responsável pela produção de tabaco da família.

Os critérios de inclusão utilizados para as famílias foram os seguintes:

- desenvolver todas as etapas da cultura do tabaco.

Os critérios de exclusão para as famílias foram os seguintes:

- desenvolver apenas alguma etapa da cultura do tabaco ou ser diarista na cultura do tabaco.

Os critérios de inclusão utilizados para os responsáveis pela produção de tabaco foram os seguintes:

- ser trabalhador rural e plantador de tabaco de ambos os sexos;
- estar em condições de responder ao instrumento de pesquisa.

Os critérios de exclusão para os responsáveis pela produção de tabaco foram os seguintes:

- não estar exercendo a atividade de plantio do tabaco no momento da coleta de dados;

- não ser encontrado o responsável pela produção do tabaco no domicílio após três tentativas de visita.

Cabe salientar que, nenhuma família, nem responsável pela produção do tabaco, foram excluídos do estudo. Assim participaram da pesquisa 100 famílias, número que atendeu ao tamanho da amostra calculado inicialmente.

3.4 Variáveis e Instrumentos

O instrumento abrange variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Foram aplicadas ao responsável pela produção do tabaco ainda duas escalas que avaliaram os sintomas depressivos e o grau de dependência da nicotina.

3.4.1 Variáveis do instrumento e definições

O instrumento (APÊNDICE A) foi elaborado pelos pesquisadores e abordam questões de identificação, variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde e *status* tabágico da família e do responsável pela produção de tabaco. Cada família foi contatada para responder a um instrumento e o entrevistado foi o responsável pela produção de tabaco. O instrumento contemplou as variáveis descritas a seguir.

- Composição familiar: número de pessoas que residem no domicílio.
- Parentesco: parentesco do responsável da produção de tabaco em relação ao núcleo familiar (pai, filho, etc.).
- Sexo: masculino e feminino.
- Idade: em anos.
- N° de filhos: se tem filhos/quantos.
- Cor ou etnia: autodeclarada, categorizada em branca, preta, amarela, parda e indígena (IBGE, 2010b).
- Estado conjugal: casado(a) ou com companheiro(a) (pessoa que tenha o estado civil de casada ou que more com companheiro); separado(a), desquitado(a), sem companheiro(a) (pessoa que tenha o estado civil de desquitada ou separada homologado por decisão judicial); viúvo(a) (pessoa que tenha companheiro(a) falecido(a)); solteiro(a) (pessoa que tenha o estado civil de solteira) (IBGE, 2010b).
- Escolaridade: em anos de estudo.

- Situação de moradia e saneamento da família: adaptadas do Sistema de Informação da Atenção Básica, ficha A de cadastramento das famílias (BRASIL, 2003). As informações desse item incluem condições de moradia (própria, alugada, cedida ou outro); tipo de construção da moradia (material, madeira, mista ou outro); arquitetura do domicílio (casa, apartamento ou outro); número de peças do domicílio (contagem das peças); acesso ou não à energia elétrica no domicílio; abastecimento de água (rede geral, poço/nascente ou outro); destino do lixo (coletado, queimado/enterrado, a céu aberto ou outro); destino de fezes e urina (sistema de esgoto com rede geral, fossa, a céu aberto, casinha ou outro).

- Renda mensal familiar: calculada em salários mínimos das pessoas residentes no domicílio, conforme salário mínimo nacional vigente de R\$545,00.

- Atividade/ocupação: se a família exerce outra(s) atividade(s) ou ocupações além da cultura do tabaco.

- Diversificação da cultura: se a família tem procurado outra(s) atividade(s) ou ocupações para substituir a cultura do tabaco.

- Extensão da propriedade: tamanho da propriedade em hectares.

- Tempo na cultura: há quanto tempo (em anos) a família dedica-se à cultura do tabaco.

- Satisfação com a cultura do tabaco: se o responsável pela produção de tabaco está satisfeito, pouco satisfeito ou não satisfeito com a cultura do tabaco.

- Agrotóxicos: se os membros da família sofrem exposição a agrotóxicos e a que tipo de produto.

- Uso de equipamento de proteção individual: se as pessoas expostas a agrotóxicos fazem uso dos equipamentos de proteção.

- Intoxicação: presença de sintomas de intoxicação após o uso de agrotóxicos.

- Suporte de saúde: se a empresa fumageira disponibiliza algum suporte de saúde às famílias em caso deles apresentarem algum problema de saúde.

- Doença: se o responsável pela produção de tabaco tem, não tem ou não sabe se tem alguma doença ou problemas de saúde.

- Sinais e sintomas durante a cultura do tabaco: se o responsável pela produção de tabaco apresenta ou já apresentou sintomas como náusea, vômito, fraqueza, tontura, cefaleia, cólicas abdominais, aumento da salivação, calafrios, alterações da pressão arterial e da frequência cardíaca.

- Doenças causadas pelo uso do tabaco: quais doenças o responsável pela produção de tabaco acredita serem causadas pelo uso do tabaco (câncer, problemas respiratórios,

cardíacos, circulatórios, renais, gastrintestinais, neurológicos, impotência/infertilidade, depressão e outros).

- *Status* tabágico: considerou-se fumante a pessoa que fuma regularmente um ou mais cigarros por dia ou que deixou de fumar há menos de seis meses; considerou-se fumante em abstinência a pessoa que já fumou regularmente e agora não fuma há mais de seis meses; considerou-se não fumante a pessoa que nunca fumou na vida e/ou que apenas experimentou o tabaco, mas não se tornou fumante (WHO, 1992; FRARE E SILVA et al., 2011).

- Uso de bebidas alcoólicas: se o responsável pela produção de tabaco ingere bebidas alcoólicas, há quanto tempo (em anos), o tipo de bebida, a quantidade (doses/dia) e a unidade (dose/lata/garrafa).

3.4.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O inventário consiste em uma escala (ANEXO A), criada por Aaron Beck e validada em português para o Brasil. O BDI foi utilizado para avaliar a intensidade dos sintomas de depressão (GORENSTEIN, ANDRADE, 1998).

Trata-se de um instrumento com 21 itens de autorrelato, que pode ser autoaplicável, para levantamento de sintomas depressivos com escores que variam de 0 a 3. Escores inferiores a 10 representam ausência de depressão; de 10 a 18, depressão leve; de 19 a 29, depressão moderada e, acima de 30, depressão grave (BECK, STEER, 2000; GORENSTEIN, ANDRADE, 1998).

A escala foi respondida apenas pelo responsável pela produção de tabaco.

3.4.3 Avaliação do grau de dependência da nicotina

A dependência da nicotina é avaliada por meio da Escala de Fagerström (ANEXO B), aplicada ao responsável pela produção de tabaco que é fumante. O Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) foi um instrumento elaborado por Fagerström (FAGERSTRÖM, SCHNEIDER, 1989) e adaptado por Healtherton et al. (1991), tendo sido validado no Brasil por Carmo e Pueyo (2002).

O FTND consiste em um instrumento com seis perguntas com escore que varia de 0 a 10. Para cada alternativa das questões do teste, corresponde uma pontuação. A soma dos pontos permite a avaliação do grau de dependência da nicotina, sendo de 0 a 2 dependência

muito baixa; de 3 a 4 dependência baixa; 5 dependência média; de 6 a 7 dependência elevada e de 8 a 10 dependência muito elevada (FAGERSTRÖM, SCHNEIDER, 1989).

3.5 Teste-Piloto

Para avaliar a necessidade de adequação do conteúdo das questões do instrumento e o desempenho dos auxiliares de pesquisa, foi realizado um teste-piloto com três famílias de fumicultores. A escolha dessas famílias seguiu os critérios de inclusão do estudo através de amostragem aleatória simples (sorteio).

O teste-piloto permitiu analisar a pertinência ou a facilidade/dificuldade de entendimento dos sujeitos para responder às perguntas feitas na entrevista. Após a aplicação do teste-piloto e a análise conjunta por parte das auxiliares de pesquisa, detectou-se a necessidade de pequenos ajustes na reformulação de algumas perguntas do instrumento. Cabe salientar que a amostra utilizada no teste-piloto não fez parte da amostra final, ou seja, não está incluída entre as 100 famílias.

3.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por inquérito domiciliar através de entrevista, sendo utilizado um instrumento (APÊNDICE A), o BDI (ANEXO A) e a Escala de Fagerström (ANEXO B).

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora (mestranda) e por seis auxiliares de pesquisa – alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – no período de 19 a 27 de janeiro de 2012, na residência dos fumicultores.

Para a seleção dos auxiliares de pesquisa, foi feito um convite informal aos discentes de graduação em Enfermagem a partir do 4º semestre, devido ao conhecimento científico, relacionado à saúde adquirido até o momento. Os auxiliares de pesquisa participaram de treinamento e capacitação para essa atividade, com a finalidade de apresentação do projeto, dos objetivos e do método, dando-se ênfase ao instrumento e aos procedimentos para a coleta de dados. Foi elaborado um manual de orientações aos auxiliares de pesquisa sobre como realizar o preenchimento do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B).

Ao chegar ao domicílio, o entrevistador deveria apresentar-se e perguntar quem era a pessoa responsável pela produção de tabaco na família, explicando-lhe então o projeto e a

importância de sua participação. A partir do interesse demonstrado em participar da pesquisa, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como iniciada a entrevista. O tempo gasto para preencher o instrumento de coleta de dados foi em média de 33 minutos em cada domicílio.

3.7 Análise de Dados

Os dados foram digitados, revisados, codificados em um banco de dados no programa Microsoft Excel[®] e após importados ao programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 18.

Para a análise descritiva, foram realizados os cálculos de frequência simples e relativa, de medidas de tendência central, de dispersão (média e desvio padrão para as variáveis com distribuição simétrica ou mediana e amplitude interquartílica para as variáveis com distribuição assimétrica) e de posição.

Foi realizado teste de normalidade de Shapiro-Wilk para verificar a distribuição das variáveis. Para as variáveis com distribuição assimétrica, foi realizado o teste de Mann-Whitney. Variáveis com teste de anormalidade não significativo foram representadas por média e desvio padrão (DP), tendo sido realizado o teste t-student. Variáveis categóricas foram comparadas pelos testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Foi considerada estatisticamente significativa toda associação com $p < 0,05$.

As variáveis com valor $p < 0,20$ na análise bivariada foram inseridas em um modelo de regressão de Poisson multivariado. A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências (RP) com o intervalo de 95% de confiança.

O grau de dependência da nicotina foi classificado de acordo com o número de pontos somados: muito baixo (de 0 a 2); baixo (3 e 4); médio (5); elevado (6 e 7) e muito elevado 8 a 10.

Os escores da escala que avalia os sintomas depressivos foram somados, sendo que escores inferiores a 10 representam ausência de depressão; de 10 a 18, depressão leve; de 19 a 29, depressão moderada e, acima de 30, depressão grave.

3.8 Aspectos Éticos

O projeto foi apreciado e autorizado pela Secretaria de Saúde do município mediante ofício (ANEXO C), tendo sido aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de

Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (ANEXO D) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da URI (sob o nº CAAE 0055.0.284.000-11) (ANEXO E). O estudo atende às determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), contemplando a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça. Os sujeitos foram convidados a participar deste estudo e informados sobre os objetivos a que se propõe esta investigação. Todos assinaram o TCLE em duas vias (ANEXO F), sendo que uma cópia ficou com a pesquisadora e outra com o fumicultor.

Os princípios éticos foram respeitados, tendo-se em vista proteger os direitos das pessoas envolvidas. Garantiu-se o anonimato dos sujeitos, o uso das informações exclusivamente para a pesquisa e a liberdade de desistir em participar do estudo a qualquer momento. Além da divulgação dos resultados da pesquisa através de relatórios, publicações em periódicos indexados e divulgação em eventos científicos, assume-se também o compromisso de divulgá-los junto à equipe da ESF do município e aos fumicultores.

Cada sujeito da pesquisa foi identificado com um valor numérico de acordo com a ordem das entrevistas (nº da família – 1, 2, 3). O risco da pesquisa esteve relacionado ao desconforto do fumicultor em responder às questões do instrumento. O estudo apresenta como benefício conhecer o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde das famílias dos fumicultores do município, contribuindo com as políticas locais de saúde.

Como medida de segurança, os instrumentos serão guardados pela pesquisadora por um período de cinco anos, quando então serão destruídos por incineração. Assim, será evitado o extravio ou o manuseio desses instrumentos que colocam em risco o anonimato dos fumicultores que participaram da pesquisa.

Os auxiliares de pesquisa participaram de forma voluntária, sem que houvesse vínculo empregatício com a URI e/ou com a pesquisadora, o que foi assegurado por meio da assinatura do TCLE (ANEXO G). Esse documento descreve o voluntariado e garante a autonomia do auxiliar de pesquisa em participar ou não, com a garantia de poder desistir quando julgar necessário. O termo assegura ainda que os auxiliares não terão direitos autorais em relação aos dados da pesquisa. No entanto, cabe destacar que os custos com transporte/deslocamento e alimentação ficaram a cargo da pesquisadora. No final da coleta de dados, os auxiliares de pesquisa receberam atestado de participação nessa atividade.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados em 15 tabelas, dispostas ao longo de duas sessões. A primeira apresenta as características das famílias fumicultoras e a segunda descreve as características dos fumicultores responsáveis pela produção de tabaco.

4.1 Características das Famílias Fumicultoras

Participaram do estudo 100 famílias de fumicultores de um município da região Sul do Brasil, no ano de 2012, perfazendo um total de 366 pessoas. A Tabela 1 apresenta as características gerais dessas famílias.

Tabela 1 - Características das famílias fumicultoras de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100 famílias/ 366 pessoas)	n(%)
Pessoas >18 anos	283(77,3)
Idade [‡]	44,5±16,6
Pessoas <18 anos	83(22,7)
Idade [‡]	10,1±5,3
Nº de pessoas no domicílio[‡]	3,7±1,1
Sexo	
Masculino	201(54,9)
Feminino	165(45,1)
Participação na cultura do tabaco	
Sim	239(65,3)
<18 anos	17(7,1)
Não	127(34,7)
Status tabágico	
Não fumante	336(91,8)
Fumante	30(8,2)

[‡]Média±DP

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Os dados da Tabela 1 evidenciam que entre as 366 pessoas que compunham as 100 famílias entrevistadas, 283(77,3%) são adultos e 83(22,7%) crianças e adolescentes (menores de 18 anos), com média de 3,7±1,1 pessoas residentes por domicílio, havendo de uma a seis pessoas nas famílias. Em relação ao sexo, 201(54,9%) eram homens, sendo 30(8,2%) fumantes. A média de idade dos maiores de 18 anos foi de 44,5±16,6 e dos menores foi de 10,1±5,3 anos. Grande maioria 239(65,3%) dos indivíduos participa da cultura do tabaco, dentre os quais foram identificados 17(7,1%) menores de 18 anos, apresentam média de idade de 13,5±3,5 anos.

A Tabela 2 descreve as condições socioeconômicas das famílias fumicultoras.

Tabela 2 - Condições socioeconômicas das famílias fumicultoras de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100)	n(%)
Condição da moradia	
Própria	97(97,0)
Alugada	2(2,0)
Cedida	1(1,0)
Tipo de construção	
Mista	42(42,0)
Material	40(40,0)
Madeira	18(18,0)
Arquitetura do domicílio	
Casa	100(100,0)
Número de peças do domicílio[‡]	5,4±1,2
Energia elétrica	100(100,0)
Tipo de abastecimento de água*	
Rede geral	82(82,0)
Poço/nascente	36(36,0)
Outro	1(1,0)
Destino do lixo*	
Coletado	96(96,0)
Queimado/enterrado	20(20,0)
Destino das fezes e da urina	
Fossa	98(98,0)
Casinha	1(1,0)
Drenado	1(1,0)
Renda mensal da família (R\$)[†]	1.500,00(1.000,00-2.500,00)
Contribuição da cultura do tabaco na renda familiar[‡]	45,9±22,4
Tempo (anos) em que a família trabalha com a cultura do tabaco[†]	19,5(10,5-20,7)
Extensão (hectares - ha) da propriedade da família[†]	12,3(6,8-15,0)
Área (ha) para a cultura do tabaco[†]	1,5(1,0-2,0)

*Múltipla escolha

[‡]Média±DP

[†]Mediana (percentil 25-75)

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Quanto às condições socioeconômicas, todas as famílias possuem casa com energia elétrica, sendo a maioria própria 97(97,0%), com construção do tipo mista 42(42,0%) e em média com 5 peças. O abastecimento de água predominante em 82(82,0%) dos domicílios é rede geral. Tanto a coleta de lixo como a presença de fossa estava presente em praticamente todas as moradias.

Quanto à renda mensal da família, a mediana foi de 1.500,00 reais (AIQ=1.000,00-2.500,00), com mínimo de 150,00 e máximo de 9.000,00. A cultura do tabaco contribui em média com 45,9±22,4% da renda, com mínimo de 5% e máximo de 95%. Além disso, as famílias trabalham com a cultura do tabaco há 19,5(AIQ=10,5-20,7) anos, com mínimo de 3 e máximo de 60.

Quanto à renda mensal da família foi encontrado um mínimo de 150,00 e máximo de 9.000,00 e a cultura do tabaco contribui com quase a metade da renda, variando de 5% a 95%. Além disso, as famílias trabalham com a cultura do tabaco há 19,5(AIQ=10,5-20,7) anos, com mínimo de 3 e máximo de 60.

O tamanho da propriedade da família foi de 12,3(AIQ=6,8-15,0) ha, com mínimo de 1 e máximo de 38, sendo a extensão destinada à cultura do tabaco de 1,5(AIQ=1,0-2,0) ha, com mínimo de 0,5 e máximo de 4.

A Tabela 3 lista as atividades e ocupações das famílias dos fumicultores.

Tabela 3 - Atividades e ocupações desenvolvidas pelas famílias fumicultoras de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100)	n(%)
Atividades/ocupações além do tabaco*	96(96,0%)
Agrícolas	
Produção de leite	72(32,9)
Plantio de milho	50(22,8)
Plantio de soja	25(11,4)
Plantio de feijão	5(2,3)
Plantio de trigo	4(1,8)
Fruticultura	3(1,4)
Suinocultura	3(1,4)
Gado de corte	2(0,9)
Serviços gerais (suinocultura)	2(0,9)
Piscicultura	1(0,5)
Vinicultura	1(0,5)
Apicultura	1(0,5)
Não agrícolas	
Aposentado	30(13,7)
Empregada doméstica	5(2,3)
Funcionário público	4(1,8)
Servente de pedreiro	2(0,9)
Auxiliar de padaria	2(0,9)
Auxiliar em marcenaria	1(0,5)
Auxiliar de escritório de contabilidade	1(0,5)
Auxiliar de limpeza	1(0,5)
Técnico de enfermagem	1(0,5)
Auxiliar em agropecuária	1(0,5)
Vigilante	1(0,5)
Pedreiro	1(0,5)

*Múltipla resposta

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Além da cultura do tabaco, observa-se que as famílias praticam outras atividades ligadas à agricultura, como produção de leite 72(32,9%), plantio de milho 50(22,8%) ou têm outras fontes de renda como aposentadoria 30(13,7%), entre outras apresentadas na Tabela 3.

A Tabela 4 apresenta as atividades de substituição da cultura do tabaco.

Tabela 4 - Atividades alternativas de substituição à cultura do tabaco de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100)	n(%)
Substituição do tabaco*	42(42,0%)
Produção de leite	27(50,0)
Suínocultura	6(11,1)
Produção de soja	4(7,4)
Produção de milho	4(7,4)
Trabalho como doméstica, pedreiro e auxiliar de pedreiro	4(7,4)
Avicultura	2(3,7)
Piscicultura	2(3,7)
Fruticultura	1(1,9)
Viveiro de árvores nativas	1(1,9)
Hortifrutigranjeiros (pepino, melancia)	1(1,9)
Plantio de feijão	1(1,9)
Apicultura	1(1,9)

*Múltipla resposta

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Verifica-se que a maioria 58(58,0%) das famílias não tem procurado outras atividades e ocupações para substituir a cultura do tabaco. No entanto, convém destacar que as que têm procurado a substituição a cultura do tabaco por outras atividades, a maior parte 27(50,0%) refere interesse em aumentar a produção leiteira.

A Tabela 5 descreve a ação dos fumicultores quanto a sinais de doenças ou sintomas de intoxicação e quanto ao uso de EPIs.

Tabela 5 - Busca por serviços de saúde, sintomas de intoxicação e uso de EPIs de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100)	n(%)
Em caso de doença, procura-se*	
Hospital	84(84,0)
Unidade de saúde	20(20,0)
Farmácia	2(2,0)
Aplicação de agrotóxicos	97(97,0)
Sintomas de intoxicação*	20(20,0)
Vômito	14(22,6)
Náusea	10(16,1)
Tontura	10(16,1)
Cefaleia	10(16,1)
Mal-estar	5(8,1)
Febre	3(4,8)
Diarreia	2(3,2)
Dor no corpo	1(1,6)
Calafrios	1(1,6)
Cólicas abdominais	1(1,6)
Tosse	1(1,6)
Queimação na pele	1(1,6)
Coceira	1(1,6)
Gosto amargo na boca	1(1,6)
Dor epigástrica	1(1,6)
Suporte de saúde fornecido pela empresa fumageira	61(61,0)

Variáveis (n=100)	n(%)
Uso equipamentos de proteção individual (EPIs)*	81(81,0)
Bota	69(85,2)
Macacão	66(81,5)
Luva	66(81,5)
Mascara	65(80,2)
Viseira	19(23,5)
Calça	12(14,8)
Óculos protetor	11(13,6)
Chapéu	9(11,1)
Boné	8(9,9)
Camisa/camiseta	8(9,9)
Capa/avental	4(4,9)
Botina	2(2,5)
Casaco	2(2,5)

*Múltipla resposta

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Em caso de doença, maioria das famílias 84(84,0%) procura por hospital. Cabe salientar que a unidade de saúde e o hospital do município estudado estão localizados na mesma estrutura física.

Dos 100 responsáveis pela produção de tabaco, 97(97,0%) responderam que os membros de sua família aplicam um ou mais produtos agrotóxicos na lavoura, dos quais 20(20,0%) das famílias já apresentaram sintomas de intoxicação. Quanto aos sinais de intoxicação, cabe ressaltar que estes foram apenas relatados, não sendo realizados exames de exposição aos agrotóxicos que pudessem comprová-los.

Em relação ao uso de EPIs, verifica-se que 81(81,0%) dos fumicultores que aplicam agrotóxicos fazem uso desses equipamentos, mas não de forma completa. Os mais utilizados são bota 69(85,2%), macacão 66(81,5%) e luva (81,5%).

A maioria das famílias 61(61,0%) refere receber orientações sobre o destino correto das embalagens de agrotóxico e o uso de EPIs pelos representantes das empresas fumageiras. Também oferecem cursos de manuseio dos agrotóxicos e primeiros-socorros, bem como disponibilizam cartazes, livretos explicativos, placas indicativas de aplicação de agrotóxicos na lavoura e orientações gerais sobre como cuidar da saúde.

A Tabela 6 lista os agrotóxicos utilizados pelas famílias de fumicultores.

Tabela 6 - Agrotóxicos utilizados pelas famílias fumicultoras de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100)	n(%)
Antibrotante*	97(97,0)
Primeplus	95(97,0)
Não lembra	2(2,0)
Pódos	1(1,0)
Herbicida*	94(94,0)
Roundup	59(40,7)
Gamit	30(20,7)
Glifosato	13(9,0)
Extrazin	10(6,9)
Primatop	10(6,9)
Pôster	7(4,8)
Triamex	5(3,4)
Sanson	3(2,1)
Boral	2(1,4)
Sitraq	2(1,4)
Atanor	1(0,7)
Plenum	1(0,7)
Herbi-D	1(0,7)
Gramoxone	1(0,7)
Inseticida*	90(90,0)
Karate	41(31,5)
Orthene	36(27,7)
Talstar	21(16,2)
Confidor	15(11,5)
Actara	6(4,6)
Talcord	3(2,3)
Engeo Pleno	2(1,5)
Lorsban	2(1,5)
Evidence	1(0,8)
Vertimec	1(0,8)
Decis	1(0,8)
Cipermetrima	1(0,8)
Fungicida*	38(38)
Rovral	15(28,3)
Não lembra	7(13,2)
Infinito	6(11,3)
Ridomil	6(11,3)
Dithane	4(7,5)
Opera	3(5,7)
Priori	3(5,7)
Cercobim	3(5,7)
Cobre Sandoz BR	2(3,8)
Manzate	2(3,8)
Supera	1(1,9)
Nativo	1(1,9)

*Múltipla resposta

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Os fumicultores utilizaram 39 tipos de agrotóxicos na lavoura. Dos agrotóxicos utilizados, os mais frequentes foram antibrotantes 97(97,0%), seguidos de herbicidas 94(94,0%), inseticidas 90(90,0%) e fungicidas 38(38,0%). O antibrotante mais utilizado é o Primeplus 95(97,0%).

Entre os herbicidas, estão o Roundup 59(40,7%) e o Gamit 30(20,7%), cuja classificação toxicológica é III, sendo considerados medianamente tóxicos. Entre os inseticidas, destaca-se o Karate 41(31,5%), cuja classificação toxicológica é III, sendo considerado medianamente tóxico, e o Orthene 36(27,7%), pertencente ao grupo dos inseticidas organofosforados de classificação toxicológica IV, considerado pouco tóxico. Entre os fungicidas, estão o Rovral 15(28,3%) e o Ridomil 6(11,3%), cuja classificação toxicológica é III, sendo considerados medianamente tóxicos, e o Infinito 6(11,3%), cuja classificação toxicológica é II, sendo considerado altamente tóxico. Alguns fumicultores 7(13,2%) não lembraram o nome dos produtos no momento da entrevista.

4.2 Características dos Fumicultores Responsáveis pela Produção de Tabaco

A Tabela 7 apresenta as características sociodemográficas dos responsáveis pela produção de tabaco.

Tabela 7 - Características sociodemográficas dos fumicultores responsáveis pela produção de tabaco de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100)	n(%)
Parentesco do responsável em relação ao núcleo familiar	
Pai	82(82,0)
Filho	10(10,0)
Esposo	8(8,0)
Sexo (masculino)	100(100,0)
Cor	
Branca	72(72,0)
Parda	28(28,0)
Idade[‡]	46,9±10,8
Estado conjugal	
Casado/companheiro	90(90,0)
Solteiro	9(9,0)
Separado/desquitado	1(1,0)
Nº de filhos[†]	3,0(1,0-3,0)
0	11(11,0)
1	18(18,0)
2	32(32,0)
3	24(24,0)
4	11(11,0)
5	2(2,0)
7	2(2,0)
Anos de estudo[‡]	6,0±2,5

[‡]Média±DP

[†]Mediana (percentil 25-75)

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Os responsáveis pela produção de tabaco eram em sua maioria pais 82(82,0%), e todos eram homens com média de idade 46,9±10,8 anos e prevalência da cor branca 72(72,0%).

Dentre os entrevistados, 90(90,0%) eram casados, sendo que 89(89,0%) têm filhos com mediana de 3,0(AIQ=1,0-3,0) filhos, mínimo 0 e máximo de 7 filhos. A média de anos de estudo dos responsáveis pela produção de tabaco foi de $6,0\pm 2,5$ anos.

A Tabela 8 apresenta o perfil de saúde dos responsáveis pela produção de tabaco.

Tabela 8 - Perfil de saúde dos responsáveis pela produção de tabaco de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100)	n(%)
Presença de doença	
Sim	24(24,0)
Não	54(54,0)
Não sabe	22(22,0)
Problemas de saúde referidos pelos fumicultores*	
Problemas de coluna	16(66,7)
Doenças cardíacas	6(25,0)
Doenças respiratórias	6(25,0)
Colesterol elevado	3(12,5)
Distúrbios gastrintestinais	3(12,5)
Câncer	1(4,2)
Outros**	4(16,7)
Inventário de Depressão de Beck[‡]	6,5±5,2
Ausência de depressão (escores inferiores a 10)	80(80,0)
Depressão leve (escores de 10 a 18)	18(18,0)
Depressão moderada (escores de 19 a 29)	2(2,0)
Doenças que acreditam ser causadas pelo uso do tabaco*	
Respiratórias	95(95,0)
Câncer	90(90,0)
Gastrintestinais	69(69,0)
Cardíacas	67(67,0)
Neurológicas	64(64,0)
Impotência/infertilidade	55(55,0)
Circulatórias	52(52,0)
Renais	37(37,0)
Depressão	35(35,0)

*Múltipla resposta

**Bursite (n=1; 4,2%), cálculo renal (n=1; 4,2%) e hérnia (n=2; 8,3%)

[‡]Média±DP

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Quando questionados se tinham alguma doença, 54(54%) fumicultores responderam que não e 24(24%) responderam que sim. Dentre aqueles que apresentam algum tipo de doença, os mais citados foram problemas de coluna 16(66,7%), seguidos de doenças cardíacas 6(25,0%) e respiratórias 6(25,0%). Também foram referidas outras condições, como bursite 1(4,2%), cálculo renal 1(4,2%) e hérnia 2(8,3%).

Conforme os achados da Tabela 8, observa-se presença de sintomas de depressão leve em 18(18%) e depressão moderada em 2(2%) fumicultores. Nenhum indivíduo apresentou depressão grave. A média da intensidade de depressão foi de $6,5\pm 5,2$ pontos.

Para os fumicultores, entre as doenças relacionadas ao uso do tabaco, estão as do sistema respiratório 95(95,0%), o câncer 90(90,0%), os distúrbios gastrintestinais 69(69,0%), a intoxicação e a tosse.

A Tabela 9 apresenta os sinais e sintomas apresentados pelos fumicultores responsáveis pela produção de tabaco.

Tabela 9 - Sinais e sintomas apresentados pelos fumicultores responsáveis pela produção de tabaco durante a cultura em um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100)	n(%)
Sinais/sintomas durante a cultura do tabaco*	67(67,0)
Cefaleia	51(51,0)
Fraqueza	38(38,0)
Tontura	37(37,0)
Náusea	33(33,0)
Vômito	29(29,0)
Aumento da salivação	22(22,0)
Cólicas abdominais	19(19,0)
Tristeza	18(18,0)
Calafrios	15(15,0)
Alterações da PA [#] e FC [#]	13(13,0)
Outra(s)	3(3,0)
Nunca apresentou	33(33,0)
Momento em que apresentou*	
Colheita	43(64,2)
Preparo das folhas	15(22,4)
Desbrote	7(10,4)
Preparo da lavoura	6(9,0)
Plantio	5(7,5)
Cuidado com as mudas	4(6,0)

[#]PA: Pressão Arterial e FC: Frequência Cardíaca

*Múltipla resposta

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Durante a cultura do tabaco, 67(67,0%) fumicultores responderam já terem apresentado algum sinal ou sintoma que atribuem a tal atividade. Dentre os sinais e sintomas apresentados, os mais citados foram cefaleia 51(51,0%), fraqueza 38(38,0%) e tontura 37(37,0%), seguidos de alergia, dor na coluna e irritação na garganta. Esses sinais e sintomas ocorreram mais frequentemente durante a colheita 43(64,2%) e durante o preparo das folhas 15(22,4%).

A Tabela 10 apresenta o *status* tabágico, a dependência da nicotina e o uso de bebidas alcoólicas pelos fumicultores responsáveis pela produção de tabaco.

Tabela 10 - Status tabágico, dependência da nicotina e uso de bebidas alcoólicas pelos fumicultores responsáveis pela produção de tabaco de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100)	n(%)
Status tabágico	
Não fumante	58(58,0)
Fumante em abstinência	25(25,0)
Fumante	17(17,0)
Idade de início do tabagismo[‡]	16,9±4,8
Tempo (anos) de consumo[‡]	29,3±14,5
Tipo de cigarro*	
Industrializado	17(100,0)
Palha	7(41,2)
Pensou em parar de fumar	15(88,2)
Tentou parar de fumar	16(94,1)
Impede parar de fumar*	
Dependência da nicotina	13(61,9)
Falta de vontade	4(19,0)
Sinais e sintomas de abstinência	4(19,0)
Escala de Fagerström[†]	4,0(2,0-5,5)
Muito baixa (0-2 pontos)	5(29,4)
Baixa (3-4 pontos)	6(35,3)
Média (5 pontos)	2(11,8)
Elevada (6-7 pontos)	3(17,6)
Muito elevada (8-10 pontos)	1(5,9)
Uso de bebidas alcoólicas	90(90,0)
Tipo de bebida*	
Cerveja	90(44,3)
Vinho	70(34,5)
Cachaça	43(21,2)
Tempo de uso de bebida (anos)[‡]	24,7±10,2

*Múltipla resposta

[‡]Média±DP

[†]Mediana (percentil 25-75)

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Dos 100 entrevistados, 17(17,0%) são fumantes. A média de idade para o início do consumo de tabaco foi de 16,9±4,8 anos, com tempo médio de 29,3±14,5 anos de consumo. Dentre os fumantes, todos fazem uso de cigarro industrializado e 7(41,2%) também fazem uso de cigarro de palha.

Em relação à cessação do tabagismo, 15(88,2%) sujeitos referiram já ter pensado em parar de fumar e 16(94,1%) tentaram parar de fumar, mas não tiveram sucesso. Os motivos relatados que os impedem de fazer isso são a dependência 13(61,9%) e o “hábito de tomar cerveja com o uso do cigarro”.

Na avaliação da dependência da nicotina, observou-se que 5(29,4%) sujeitos apresentaram dependência muito baixa, 6(35,3%) dependência baixa, 2(11,8%) dependência média, 3(17,6%) dependência elevada e 1(5,9%) dependência muito elevada. A mediana de

dependência da nicotina foi de 4,0(AIQ=2,0-5,5), com variação de 1,0 e 8,0, o que representa baixa dependência.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 90(90%) responsáveis pela produção de tabaco responderam fazer tal uso. O consumo de cerveja foi de 6(AIQ=3-9) copos, mínimo de 1,0 e máximo de 20,0, havendo maior frequência de uso 65(65,0%) nos finais de semana. O vinho teve consumo de 2(AIQ=1-2) copos, mínimo 0,5 e máximo de 4, havendo consumo “de vez em quando” por 44(44,0%) indivíduos e consumo “diário” por 20(20,0%). O uso da cachaça foi de 1(AIQ=1-2) doses, mínimo de 1 e máximo de 4, com frequência de uso “às vezes” citada por 27(27,0%) indivíduos e frequência “diária” por 11(11,0%). Também foi referido o uso de outros tipos de bebidas, como bitter, conhaque, vermute e vodka, com média de consumo de 1,6±0,5 doses e frequência de uso “às vezes” citada por 3(3,0%) indivíduos.

A Tabela 11 descreve a satisfação e os motivos apresentados pelos fumicultores responsáveis pela produção para parar ou não com a cultura do tabaco.

Tabela 11 - Satisfação e motivos apresentados pelos fumicultores responsáveis pela produção para parar ou não com a cultura do tabaco em um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis (n=100)	n(%)
Satisfação com a cultura tabaco	
Satisfeito	39(39,0)
Pouco satisfeito	38(38,0)
Não satisfeito	23(23,0)
Motivos para parar com a cultura do tabaco*	84(84,0)
Pouca mão de obra disponível na família	42(32,1)
Baixo preço	34(26,0)
Trabalho pesado que demanda esforço físico	14(10,7)
Atividade essencialmente manual	11(8,4)
Preocupação com agravos à saúde pelo uso de agrotóxicos	10(7,6)
Uso excessivo de agrotóxicos na cultura	9(6,9)
Idade avançada	4(3,1)
Desejo de cultivar outras culturas	2(1,5)
Desejo de trabalhar com carteira assinada	2(1,5)
Período de colheita no verão (calor excessivo + uso de EPIs)	2(1,5)
Terra pouco produtiva para cultura	1(0,8)
Motivos para seguir com a cultura do tabaco*	16(16,0)
Fonte de renda significativa	12(70,6)
Gosto de trabalhar com essa cultura	4(23,5)
Fato de só saber fazer isso	1(5,9)
Proposta para substituir	3(3,0)

*Múltipla resposta

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Os resultados identificam que 84(84,0%) fumicultores referem ter vontade de parar de produzir tabaco, sendo que 61(61,0%) estão pouco satisfeitos ou não satisfeitos com tal cultura. Os motivos que levam os fumicultores a ter vontade de parar com a cultura do tabaco

incluem: pouca mão de obra disponível na família 42(32,1%), baixo preço pago pelas empresas fumageiras 34(26,0%) e trabalho pesado que exige esforço físico 14(10,7%), entre outros.

Contudo, 16(16%) fumicultores não têm vontade de parar de cultivar o tabaco por ser uma fonte significativa de contribuição na renda da família 12(70,6%), por gostar de trabalhar com a cultura 4(23,5%) e por só saber trabalhar com essa cultura 1(5,9%). Apenas 3(3,0%) dos participantes referiram ter recebido proposta para substituir a cultura do tabaco por outra atividade.

A Tabela 12 apresenta a associação entre as variáveis de interesse do estudo a condições de saúde, satisfação com a cultura do tabaco, renda e *status* tabágico dos fumicultores.

Tabela 12 - Associação entre as variáveis de interesse do estudo a condições de saúde, satisfação com a cultura do tabaco, renda e status tabágico dos fumicultores de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis*	Problemas de saúde		p**	Satisfação com a cultura do tabaco		p**	Renda		p**	Status tabágico		p**
	Sim	Não		Sim	Não		<2 salario	≥2 salario		Fumante	Não fumante	
Nº de pessoas no domicílio	3,5(3-5)	3(3-4)	0,345	3(3-4)	4(3-4)	0,302	4(3-4)	3(3-4)	0,955	3(2,5-4)	4(3-5)	0,049
Renda mensal familiar	1.500(958-2.375)	1.500(750-2.500)	0,602	1.500(1.000-3.000)	1.500(950-2.500)	0,935	800(550-1.000)	2.300(1.500-4.000)	–	1.400(800-2.000)	1.850(1.000-2.625)	0,151
Contribuição do tabaco na renda familiar	44,8±22,9	46,3±21,6	0,778	51,7±23,9	42,2±20,7	0,038	61,5±20,4	36,6±18,0	<0,001	51,9±30,8	46,3±19,7	0,501
Tempo (anos) dedicado à cultura do tabaco	20(18,5-22)	15(10-20)	0,001	20(13-25)	18(10-20)	0,246	15(10-20)	20(13-23)	0,008	18(12,5-26,5)	18,5(10-21)	0,460
Área (ha) destinada à cultura do tabaco	1,25(1-1,88)	1,5(1-2,63)	0,075	1,5(1,2-2,5)	1,5(1-2)	0,087	1,5(1,1-2)	1,5(1-2)	0,103	1,5(1-3)	1,5(1-2,4)	0,862
Aplicação de agrotóxicos			0,223			1,000			1,000			0,127
Sim	22(91,7)	53(98,1)		38(97,4)	59(96,7)		36(97,3)	61(96,8)		15(88,2)	57(98,3)	
Não	2(8,3)	1(1,9)		1(2,6)	2(3,3)		1(2,7)	2(3,2)		2(11,8)	1(1,7)	
Uso de EPIs			0,534			0,318			0,804			0,004
Sim	18(75,0)	45(83,3)		34(87,2)	47(77,0)		29(78,4)	52(82,5)		9(52,9)	51(87,9)	
Não	6(25,0)	9(16,7)		5(12,8)	14(23)		8(21,6)	11(17,5)		8(47,1)	7(12,1)	
Sintomas de intoxicação			0,451			0,091			0,277			0,704
Sim	7(29,2)	10(18,5)		4(10,3)	16(26,2)		10(27,0)	10(15,9)		3(17,6)	8(13,8)	
Não	17(70,8)	44(81,5)		35(89,7)	45(73,8)		27(73,0)	53(84,1)		14(82,4)	50(86,2)	
Idade	50,8±10,0	45,8±11,4	0,065	47,7±11,7	46,3±10,3	0,498	46,3±9,6	47,3±11,6	0,646	49,0±13,1	44,0±10,6	0,1
Estado conjugal			0,204			0,246			0,172			1,000
Casado/companheiro	22(91,7)	47(87,0)		33(84,6)	57(93,4)		36(97,3)	54(85,7)		16(94,1)	52(89,7)	
Separado/desquitado	1(4,2)	0(0)		1(2,6)	0(0)		0(0)	1(1,6)		0(0)	0(0)	
Solteiro	1(4,2)	7(13,0)		5(12,8)	4(6,6)		1(2,7)	8(12,7)		1(5,9)	6(10,3)	

Anos de estudo	5(5-7)	5(4-8)	0,899	5(5-8)	5(4-7)	0,570	5(4-7)	6(5-8)	0,051	5(3-6)	6(5-8)	0,010
Sinais e sintomas na cultura do tabaco			0,279			0,044			0,754			1,000
Sim	18(75,0)	32(59,3)		21(53,8)	46(75,4)		26(70,3)	41(65,1)		11(64,7)	39(67,2)	
Não	6(25,0)	22(40,7)		18(46,2)	15(24,6)		11(29,7)	22(34,9)		6(35,3)	19(32,8)	
Status tabágico			0,193			0,424			0,826			
Fumante	3(12,5)	10(18,5)		7(17,9)	10(16,4)		7(18,9)	10(15,9)		–	–	
Fumante abstinência	9(37,5)	10(18,5)		7(17,9)	18(29,5)		10(27,0)	15(23,8)		–	–	
Não fumante	12(50,0)	34(63)		25(64,1)	33(54,1)		20(54,1)	38(60,3)		–	–	
Bebidas alcoólicas			0,660			0,736			0,492			0,188
Sim	23(95,8)	49(90,7)		36(92,3)	54(88,5)		32(86,5)	58(92,1)		14(82,4)	54(93,1)	
Não	1(4,2)	5(9,3)		3(7,7)	7(11,5)		5(13,5)	5(7,9)		3(17,6)	4(6,9)	
Escala de Fagerström			0,146			0,243			0,748			-
Baixa	1(33,3)	7(70,0)		3(42,9)	8(80,0)		5(71,4)	6(60,0)		11(64,7)	–	
Média	1(33,3)	0(0)		1(14,3)	1(10,0)		1(14,3)	1(10,0)		2(11,8)	–	
Alta	1(33,3)	3(30,0)		3(42,9)	1(10,0)		1(14,3)	3(30,0)		4(23,5)	–	
BDI			0,469			0,828			0,164			0,727
Escores inferiores a 10	18(75)	45(83,3)		32(82,1)	48(78,7)		26(70,3)	54(85,7)		13(76,5)	44(75,9)	
Escores de 10 a 18	5(20,8)	8(14,8)		6(15,4)	12(19,7)		10(27,0)	8(12,7)		4(23,5)	12(20,7)	
Escores de 19 a 29	1(4,2)	1(1,9)		1(2,6)	1(1,6)		1(2,7)	1(1,6)		0(0)	2(3,4)	
Deseja parar com a cultura do tabaco			1,000			<0,001			1,000			0,275
Sim	20(83,3)	45(83,3)		25(64,1)	59(96,7)		31(83,8)	53(84,1)		16(94,1)	46(79,3)	
Não	4(16,7)	9(16,7)		14(35,9)	2(3,3)		6(16,2)	10(15,9)		1(5,9)	12(20,7)	

*Variáveis categóricas expressas em frequência e percentil; variáveis contínuas expressas em média±DP ou mediana (percentis 25-75).

**As variáveis referentes a nº de pessoas no domicílio, tempo dedicado à cultura do tabaco, área destinada à cultura do tabaco e anos de estudo foram analisadas pelo teste de Mann-Whitney; as variáveis referentes a renda mensal familiar e idade foram analisadas por teste t-student; as demais variáveis foram analisadas pelos testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher caso a frequência esperada tenha sido inferior a cinco indivíduos.

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

Para avaliar a associação entre as variáveis, algumas categorias foram agrupadas ou excluídas a fim de aumentar o poder das análises estatísticas, conforme descrito a seguir.

- Problema de saúde: excluíram-se os sujeitos que disseram não saber se têm alguma doença.
- Satisfação com a cultura do tabaco: foram agrupadas as respostas dos pouco satisfeitos com os não satisfeitos, mantendo-se apenas a categoria dos não satisfeitos.
- Baixa renda familiar: considerou-se renda menor que dois salários mínimos, ou seja, R\$1.090,00.
- *Status* tabágico: foram excluídos os fumantes em abstinência.

Foi encontrada associação significativa entre problemas de saúde e tempo (anos) de trabalho com a cultura do tabaco. Indivíduos que relataram problemas de saúde apresentaram um período de tempo de trabalho significativamente maior do que aqueles que não têm problemas de saúde ($p=0,001$) (Tabela 12).

Também foi estatisticamente significativa a associação entre satisfação com a cultura do tabaco e percentual de contribuição do tabaco na renda, sinais e sintomas durante a cultura do tabaco e vontade de parar com a cultura. Indivíduos satisfeitos com a cultura do tabaco apresentam maior percentual de contribuição do tabaco na renda ($p=0,038$), menor prevalência de sinais e sintomas na cultura ($p=0,044$) e menos vontade de parar ($p<0,001$) (Tabela 12).

Houve associação estatisticamente significativa entre renda e percentual de contribuição do tabaco na renda e tempo (anos) que a família trabalha com a cultura do tabaco. Fumicultores que apresentam baixa renda (menos de dois salários mínimos) têm maior percentual de contribuição do tabaco na renda da família ($p<0,001$) e menor tempo de trabalho com a cultura do tabaco ($p=0,008$) (Tabela 12). Houve tendência de associação entre renda e anos de estudo. Assim, indivíduos com renda <2 salário tenderam a apresentar menor escolaridade ($p=0,051$) (Tabela 12).

Quanto ao *status* tabágico, houve associação significativa entre número de pessoas no domicílio, uso de EPIs e anos de estudo. Fumicultores tabagistas apresentaram menor número de pessoas no domicílio ($p=0,049$), menor prevalência de uso de EPIs ($p=0,004$) e menor escolaridade ($p=0,010$) (Tabela 12).

A análise multivariada de regressão de Poisson avaliou fatores independentemente associados a problemas de saúde, satisfação com cultura do tabaco e renda < 2 salários.

A Tabela 13 apresenta a análise multivariada de regressão de Poisson, a qual avaliou os fatores independentemente associados a problemas de saúde.

Tabela 13 - Análise multivariada de regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados a problemas de saúde de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis	RP (IC 95%)	p
<i>Status</i> tabágico		
Fumante	0,31(0,07-1,51)	0,148
Fumante abstinência	1,91(0,94-3,88)	0,076
Não fumante	1,0	
Área (ha) destinada à cultura do tabaco	0,83(0,53-1,28)	0,391
Tempo (anos) dedicado à cultura do tabaco	1,07(1,03-1,12)	0,001
Idade (anos)	0,99(0,95-1,03)	0,588

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

A única variável que permaneceu associada a problemas de saúde após o ajuste pela análise multivariada foi o tempo (em anos) dedicado à cultura do tabaco ($p=0,001$). Para o aumento de um ano de trabalho na cultura do tabaco, a prevalência de problemas de saúde aumenta em 7% (RP=1,07; IC 95%: 1,03-1,12) (Tabela 13).

A Tabela 14 apresenta a análise multivariada de regressão de Poisson, a qual avaliou os fatores independentemente associados à satisfação com a cultura do tabaco.

Tabela 14 - Análise multivariada de regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados à satisfação com a cultura do tabaco de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis	RP (IC 95%)	p
Área (ha) destinada à cultura do tabaco	1,07(0,81-1,41)	0,645
Contribuição do tabaco na renda familiar	1,01(1,00-1,02)	0,099
Sinais e sintomas de intoxicação	0,58(0,25-1,35)	0,206
Sinais e sintomas apresentados na cultura do tabaco	0,61(0,40-0,94)	0,027
Vontade de parar com a cultura do tabaco	0,39(0,27-0,57)	<0,001

Fonte: CARGNIN, M. C. S., 2013.

As variáveis que permaneceram associadas à satisfação com a cultura do tabaco após o ajuste pela análise multivariada foram sinais e sintomas apresentados na cultura do tabaco ($p=0,027$) e vontade de parar com a cultura do tabaco ($p<0,001$). Fumicultores que apresentam sinais e sintomas de intoxicação na cultura do tabaco demonstram redução na prevalência da satisfação em 39% (RP=0,61; IC 95%: 0,40-0,94). Trabalhadores que relataram vontade de parar com a cultura do tabaco apresentam prevalência 61% menor de satisfação com a cultura do tabaco (RP=0,39; IC 95%: 0,27-0,57) (Tabela 14).

A Tabela 15 apresenta a análise multivariada de regressão de Poisson, a qual avaliou os fatores independentemente associados à renda <2 salários.

Tabela 15 - Análise multivariada de regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados à renda < 2 salários de um município da região Sul do Brasil em 2013

Variáveis	RP (IC 95%)	P
Área (ha) destinada à cultura do tabaco	0,99(0,73-1,33)	0,928
Contribuição do tabaco na renda familiar	1,03(1,02-1,04)	<0,001
Tempo (anos) dedicado à cultura do tabaco	0,97(0,94-1,00)	0,052
Anos de estudo	0,96(0,88-1,04)	0,314
Casado/com companheiro*	3,63(0,68-19,4)	0,132
BDI		
Escores inferiores a 10	1,0	
Escores de 10 a 18	1,30(0,85-1,99)	0,226
Escores de 19 a 29	2,08(0,72-6,08)	0,179

*Risco em relação aos outros estados conjugais (separado/desquitado e solteiro).

Fonte: CARGNIN M. C. S., 2013.

A única variável que permaneceu associada à renda <2 salários após o ajuste pela análise multivariada foi a contribuição do tabaco na renda familiar. Para um aumento de 1% nessa variável, a prevalência de renda < 2 salários aumenta em 3% (RP=1,03; IC 95%: 1,02-1,04) (Tabela 15).

5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados foi organizada em sete etapas, a saber: perfil das famílias fumicultoras; sintomas de intoxicação por agrotóxicos e uso de EPIs; perfil dos fumicultores responsáveis pela produção de tabaco; caracterização do *status* tabágico e consumo de bebidas alcoólicas; problemas de saúde relacionados à cultura do tabaco e/ou ao consumo do tabaco; satisfação dos fumicultores em relação à cultura do tabaco e fatores associados à cultura do tabaco.

5.1 Perfil das Famílias Fumicultoras

Pesquisa desenvolvida pelo Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais (DESER) em três estados da região Sul do Brasil com famílias fumicultoras e não fumicultoras apresentou resultados semelhantes em relação à constituição das famílias, sendo que 74,7% das pessoas estão na faixa etária entre 15 e 60 anos ou mais e 25,2% são crianças e adolescentes (BONATO, 2009).

Neste estudo, a média de idade dos maiores de 18 anos foi semelhante ao estudo realizado pelo DESER, em que o maior percentual das famílias fumicultoras maiores de 15 anos encontram-se na faixa etária de 41 a 60 anos, havendo 1.169(27,3%) pessoas. Para os menores de 15 anos, o maior percentual situa-se na faixa de 6 a 10 anos, havendo 396(9,2%) crianças e adolescentes (BONATO, 2009). No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a faixa etária de 40 a 59 anos é mais frequente, totalizando 24,0% da população (IBGE, 2011).

Verificou-se uma proporção maior de homens em relação às mulheres. Essa diferença assemelha-se às proporções encontradas no Censo 2010, em que o total de homens na área rural do município foi de 943(52,3%) indivíduos (IBGE, 2010a), pressuposto que relaciona o processo de masculinização rural e a migração de mulheres para o meio urbano. Contudo, esses dados diferem dos apresentados pela PNAD, em que as mulheres representavam 51,5% da população e os homens, 48,5% (IBGE, 2011).

Quanto à média de pessoas residentes por domicílio, resultados semelhantes foram observados em outros estudos, cuja média de pessoas nas famílias de fumicultores foi de 3,8 e 3,9 pessoas respectivamente (BONATO, 2009; ZOTTI, 2010), com a média nacional de 3,0 pessoas por família (IBGE, 2011).

Já em pesquisa realizada em Santa Cruz do Sul, a média foi de 4,6 sujeitos por família (HEEMANN, 2009). Constatou-se o mesmo no estudo divulgado pela Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA, [s.d.]), em seu diagnóstico socioeconômico com fumicultores sul-brasileiros, na safra 2010/2011, em que a média familiar foi de 4,3 pessoas, das quais 2,5 trabalhavam com a cultura do tabaco. Em estudo realizado em Pelotas, a média de pessoas por família foi ainda maior, resultando em 6,0 pessoas por residência (AGOSTINETTO et al., 2000).

Talvez a diferença do último estudo esteja relacionada ao fato de ter sido realizado na década passada. Esses resultados evidenciam tendência das gerações na redução do número de filhos, o que conseqüentemente se reflete em famílias cada vez menores, mesmo na área rural. Essa diminuição tem contribuído para tornar a força de trabalho das famílias insuficiente, já que a cultura do tabaco demanda grande mão de obra nas diversas etapas do processo de produção.

Portanto, segundo Bonato (2009), restam duas alternativas ao fumicultor: ou a contratação de mão de obra, a qual está cada vez mais escassa nas regiões produtoras, ou o abandono da cultura do tabaco. Riquinho e Hennington (2012) destacam que as mudanças na estrutura familiar, especialmente devido ao declínio das taxas de fecundidade, refletem a maneira como será organizada a produção de tabaco no futuro, isto é, se haverá uma redução na safra ou a contratação de trabalhadores, considerando-se que a mecanização é limitada e que um número significativo de trabalhadores é necessário.

Observou-se um maior percentual de participação das pessoas na cultura do tabaco no presente estudo do que em pesquisa realizada em Paraíso do Sul, região em que predomina a cultura do tabaco, cujo total de pessoas maiores de 15 anos que trabalham/ajudam de alguma forma na lavoura correspondia a 58,6% (TURCI, 2009). Esses achados podem estar relacionados ao percentual de indivíduos que são aposentados e/ou que trabalham em outras atividades agrícolas.

Identificou-se maior número de menores de 18 anos na cultura do tabaco em relação ao estudo de Zotti (2010), realizado com famílias fumicultoras e não fumicultoras, no qual houve presença de apenas uma pessoa com idade superior a 7 anos que contribuía na produção. A mão de obra infantil constitui-se em um problema mundial, sendo um dos mais polêmicos da cadeia do tabaco. A grande demanda de mão de obra exigida por essa cultura, somada aos baixos preços pagos pelas empresas e às dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias, dificulta a contratação de mão de obra. Por isso, segundo Abdala e

Gossenheimer (2012), torna-se inviável o sustento da família sem a participação dos filhos na cultura do tabaco.

Cabe destacar que, ao assinar o contrato com a indústria fumageira, o fumicultor deve concordar com uma das cláusulas, a qual proíbe o trabalho infantil. Contudo, a erradicação do trabalho infantil promovido pelas companhias é dúbia, pois, na concepção dos fumicultores, a participação na cultura é uma forma de educação para seus filhos, com orientação para o trabalho no campo, sendo esse conhecimento um legado que garante os saberes necessários para os cuidados com a terra e desenvolvido por todos os membros da família, conforme suas habilidades e possibilidades, colaborando com a manutenção familiar (ALMEIDA, 2005).

Em relação às condições socioeconômicas das famílias, todas possuem casa com energia elétrica, o que vai ao encontro do estudo de Vargas e Oliveira (2012), realizado com 222 fumicultores e 77 não fumicultores nos seguintes municípios do estado do Rio Grande do Sul: Venâncio Aires, Candelária, Santa Cruz do Sul, Vale do Sol, Rio Pardo, Arroio do Tigre, Passa Sete, Passo do Sobrado e Sobradinho, em que 99,5% das propriedades de fumicultores dispunham de energia elétrica.

Esses dados são semelhantes aos divulgados pela AFUBRA, em que 97,9% das famílias dispõem de energia elétrica (AFUBRA, [s.d.]). Segundo dados da PNAD, a média nacional de iluminação elétrica foi de 99,3%, ficando o Rio Grande do Sul com 99,6% (IBGE, 2011). O fato de todas as famílias do estudo contarem com energia elétrica em suas casas pode estar relacionado à implantação pelo governo federal, desde 2003, do Programa Luz para Todos, que visa levar energia elétrica à população do meio rural e predominantemente aos pobres de todo o País de forma gratuita.

Quanto à condição da moradia, a maioria das famílias possuem casa própria, sendo a maioria das construções do tipo mista e de material, com média de $5,4 \pm 1,2$ peças. Segundo dados da AFUBRA ([s.d.]), a maior parte dos fumicultores sul-brasileiros (53,9%) possui casa do tipo alvenaria, conhecida também como de material, e 46,1% chulé e média de 7,2 peças. Apesar de o presente estudo apresentar categorias diferentes, os resultados em relação aos do estudo da AFUBRA são semelhantes. De modo geral, os resultados sugerem que as moradias das famílias apresentam infraestrutura adequada.

O acesso à água predominante é do tipo rede geral, seguido de poço ou nascente. Água do tipo rede geral estão abaixo da média nacional e estadual, que apresentaram índices de 84,6% e 85,7% respectivamente (IBGE, 2011). Em relação ao lixo, o maior percentual foi para o coletado, o qual é recolhido pela prefeitura mensalmente, embora também ocorra a queima. Mesmo assim, os resultados desta pesquisa são superiores aos percentuais em âmbito

nacional e estadual, que são respectivamente de 88,8% e 92,4% para lixo coletado (IBGE, 2011). A maior parte do esgoto sanitário dos domicílios das famílias estudadas, por sua vez, é drenada em fossas sem tratamento dos dejetos. De modo geral, pouco mais da metade (54,9%) dos domicílios tem acesso à rede coletora de esgotos no Brasil, enquanto no Rio Grande do Sul esses percentuais caem drasticamente para 26,0% (IBGE, 2011).

A mediana da renda mensal da família foi de R\$1.500,00, o que representa média de 3,8 salários mínimos (salário mínimo de 545,00). De acordo com a classificação de Bonato (2009), tal valor pertence ao grupo da renda média. Segundo o mesmo autor, 34% das famílias obtiveram renda proveniente do tabaco de 2 e 4 salários mínimos mensais, ao passo que 38% obtiveram menos de 2 salários mínimos mensais, sendo que destes 16,7% sobrevivem com renda inferior a um salário mínimo, pertencendo ao grupo de baixa renda.

Ainda em relação à renda da família, a contribuição média da cultura do tabaco foi de $45,9 \pm 22,4\%$. Esse resultado foi semelhante ao encontrado por Zotti (2010), em cujo estudo a cultura do tabaco contribuiu com 45% na renda das famílias. Tal resultado difere dos achados da AFUBRA ([s.d.]) nos períodos de 2008-2009 (65%), 2009-2010 (63%) e 2010-2011 (56%). Observa-se que, nos últimos anos, ocorreu um declínio significativo da contribuição da cultura do tabaco na renda das famílias, o que pode ser consequência da diversificação de produtos agrícolas e não agrícolas, representando menor dependência em relação à cultura do tabaco, maior dignidade para a manutenção financeira da família e maior acesso a bens e serviços.

As famílias trabalham com a cultura do tabaco em mediana há 19,5(10,5-20,7) anos. Esse resultado difere dos observados nos estudos de Sell (2009) e Carvalho (2006), em que a cultura do tabaco nas propriedades ocorre há mais de 20 anos, e no estudo de Vargas e Oliveira (2012), realizado na região do Vale do Rio Pardo (RS), onde o tempo médio de permanência na cultura do tabaco foi de 24,7 anos. Verifica-se que os fumicultores aprenderam a lidar com o tabaco com seus ascendentes e desde então vêm reproduzindo tal prática, como pode ser evidenciada pelos resultados apresentados.

Os fumicultores de baixa renda (menos de 2 salários mínimos) apresentaram menor tempo (anos) de trabalho com a cultura do tabaco ($p < 0,008$). Esse dado corrobora a realidade das demais classes de trabalhadores, para as quais um maior tempo na atividade significa maior rentabilidade.

O tamanho das propriedades das famílias, incluindo as de infraestrutura, de matas e não cultivadas, foi de 12,3(6,8-15,0) ha. A maior parte das terras é própria, e os fumicultores também arrendam área de outros para a cultura. Estudos apresentaram médias semelhantes na

região do Vale do Rio Pardo (RS), cujo tamanho médio das propriedades foi de 9,8 ha, enquanto nos três estados da região Sul do Brasil a média foi de 11,7 ha (VARGAS, OLIVEIRA, 2012; BONATO, 2009). Médias de 16,4 ha em 2010-2011 foram apresentadas pela AFUBRA (2012), de 16,9 ha em 2009 por Heemann (2009) e de 23,4 ha em 2000 por Agostinetto et al., (2000), sendo mais elevadas do que as médias desta investigação.

A extensão destinada à cultura do tabaco foi de 1,5(1,0-2,0) ha. Outros estudos apresentam resultados maiores, sendo a média de 2,7 ha, 2,8 ha e 2,9 ha respectivamente (AFUBRA, [s.d.]; HEEMANN, 2009; AGOSTINETTO et al., 2000). A área das lavouras de tabaco oscila em torno de dois hectares principalmente devido à cultura ser desenvolvida por pequenas propriedades de agricultura familiar e à elevada demanda por força de trabalho. Isso corrobora a afirmação de Bonato (2009) de que o tabaco é uma das atividades agrícolas altamente intensivas, exigindo pouca área de terra para o seu cultivo.

Na comunidade em estudo, a área destinada à cultura do tabaco é menor, fato que pode estar relacionado com a diversificação de cultura que vem ocorrendo nessa região. Perondi e Schneider (2012) apontam a diversificação como a criação da diversidade em processos sociais e econômicos que pressionam as famílias a se adaptarem e a diversificarem suas rendas, o que permite a elas sobreviverem e obterem uma melhor qualidade de vida.

Segundo Fernandez (2010), a existência de políticas públicas, projetos e programas de incentivo à diversificação das áreas cultivadas com tabaco não é garantia de que os fumicultores venham a diversificar, já que é preciso haver conscientização da necessidade de mudança e ruptura de uma cultura que é repassada de geração para geração. A maioria das famílias estudadas desenvolve outras atividades agrícolas, como a produção de leite e o plantio de milho. Além da fonte agrícola, os fumicultores dependem ainda de renda não agrícola, como a aposentadoria.

Verifica-se que 42% das famílias têm procurado substituir o plantio do tabaco por outras atividades e ocupações, como produção leiteira, investimento na suinocultura e na produção de soja, entre outras, inclusive com atividades não agrícolas. A atividade de produção de leite tem-se intensificado nos últimos dois anos na região do estudo em decorrência da geração contínua de renda ao longo do ano e da compatibilização com outras atividades sazonais ou permanentes no mesmo período.

No estudo com fumicultores do município de Vera Cruz (RS) que gostariam de abandonar a produção do tabaco, 28,6% substituíram-na pelo plantio de milho, soja e arroz e 14,3% pela pecuária bovina e suína (GUERRA et al., 2012). Tais resultados evidenciam que de alguma forma a diversificação das culturas já vem ocorrendo nessa região.

A diversificação também vem acontecendo no município de Santa Cruz do Sul, onde 95,2% dos fumicultores cultivam outros produtos na mesma época em que cultivam o tabaco, tendo em vista que este não ocupa toda a capacidade produtiva das pequenas propriedades. Os produtos mais citados são o milho e o leite (HEEMANN, 2009). Em outro estudo realizado por Ney e Hoffmann (2008) com a população rural, a soma de aposentadoria ou pensão, aluguel, pensão alimentícia ou mesada e bolsa família, entre outros rendimentos, representa aproximadamente 22% da renda total. Segundo os autores, o meio rural não deve ser caracterizado como um espaço quase exclusivamente agrícola, embora a maioria de seus habitantes ainda se ocupe com essa atividade. Isso acontece no município em estudo, sendo as atividades não agrícolas desenvolvidas por alguns membros das famílias.

As atividades e ocupações não agrícolas desenvolvidas pelas famílias podem estar relacionadas com a necessidade que as famílias rurais pobres têm de diversificar a renda, embora algumas condições como capital inicial, garantia de crédito, educação e infraestrutura constituam limitações encontradas (NEY, HOFFMANN, 2008).

Para a diversificação, as famílias do município em estudo têm recebido apoio técnico da Secretaria Municipal de Agricultura e da Emater. O Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, criado em 2005 no contexto da ratificação da CQCT, garante acesso à linha de financiamentos e apoio à comercialização.

5.2 Sintomas de Intoxicação por Agrotóxicos e Uso de EPIs

Observou-se que a maioria das famílias aplica produtos agrotóxicos, sendo que 20% delas já relataram ter apresentado sintomas de intoxicação. Esse percentual é semelhante ao constatado entre fruticultores do município de Bento Gonçalves (RS), com 19,4% (FARIA, ROSA, FACCHINI, 2009), e de Maringá (PR), com 17,1% (OLIVEIRA, ZAMBRONE, 2006). Entre fumicultores da região de Santa Cruz do Sul (RS), de Paraíso do Sul (RS) e de Sombrio (SC), 20,0%, 25,5% e 64% respectivamente dos fumicultores já foram vítimas de episódios de intoxicação aguda ou conheceram alguém que se intoxicou (ETGES, 2002; TURCI, 2009; CARVALHO, 2006).

Em outro estudo realizado com fumicultores envolvidos na aplicação de agrotóxicos durante a safra de tabaco em dois distritos de Swabi, no Paquistão, com coleta de sangue para análise dos níveis de colinesterase plasmática (PChE), constatou-se que 58(55%) dos níveis de PChE estavam normais, 35(33%) intoxicação leve e 12(11%) intoxicação moderada (KHAN et al., 2010). Foram observados sintomas como dor de cabeça, tontura, vômito, falta

de ar, fraqueza muscular e erupções na pele durante e após a pulverização de agrotóxico na cultura do tabaco (KHAN et al., 2010).

Os sintomas de intoxicação mais relatados pelos fumicultores neste são semelhantes aos referidos pelos fumicultores na investigação de Schoenhals, Follador e Silva (2009), como dores de cabeça (60%), náuseas e dores estomacais (30%) e intoxicação com necessidade de internação hospitalar decorrente do uso de agrotóxicos (10%). Entre trabalhadores rurais, a queixa após a utilização de agrotóxicos incluiu tontura, cefaleia, salivação, coceira na garganta, prurido ou ardência na pele e náusea (OLIVEIRA, ZAMBRONE, 2006), além de náuseas, dores de cabeça e fortes dores estomacais (EICHLE, TROIAN, 2009).

Os resultados do presente estudo, somados à revisão da literatura, evidenciam que os sintomas de intoxicação entre fumicultores é uma realidade que compromete a saúde desses trabalhadores. Esses danos nem sempre são percebidos, ou sua ocorrência é pouco valorizada. Portanto, é importante que os profissionais da equipe de saúde, sobretudo os enfermeiros, identifiquem as causas mais comuns, planejem e atue com o objetivo de minimizar o problema, com medidas de promoção da saúde, proteção contra os riscos ocupacionais e acidentes de trabalho, na prevenção das intoxicações e na vigilância epidemiológica.

No que se refere ao uso de EPIs, os resultados indicam que a maioria dos fumicultores faz uso de macacão, luva, máscara, avental, bota, viseira ou óculos protetor. No entanto, eles não usam todos os equipamentos ao mesmo tempo, conforme as recomendações para a exposição aos agrotóxicos. Estudo realizado por Heemann (2009) revelou que todos os fumicultores faziam uso dos EPIs e, entre os mais utilizados, inclui-se chapéu (98,1%), botas (94,2%), luvas (54,8%), máscara (29,8%) e tênis (5,8%) em vez de botas. Dentre as vestimentas mais utilizadas, inclui-se calça (91,3%), camiseta de manga comprida (64,4%), camiseta de manga curta (35,6%) e bermuda (8,6%). Tais resultados evidenciam que, embora todos tenham afirmado usar EPIs, a análise dos equipamentos mais utilizados depõe contra essa informação e revela o risco a que estes trabalhadores estão expostos.

Estudo realizado com trabalhadores rurais de um município do estado do Espírito Santo mostrou que 60% dos sujeitos utilizam EPIs (JACOBSON et al., 2009). Estudo realizado com trabalhadores rurais do Rio de Janeiro mostrou que 70% utilizam EPIs, só que estes nem sempre são apropriados ou suficientes para a proteção contra agentes químicos, como o uso apenas de botas e chapéus (OLIVEIRA-SILVA et al., 2001). Importante destacar que as famílias que utilizam agrotóxicos estão vulneráveis à intoxicação e que o uso de EPIs adequados reduziria esse risco. Estudo com fumicultores do Paquistão demonstrou que a

maioria referiu não utilizar qualquer EPI durante o manuseio de agrotóxicos (KHAN et al., 2010).

O uso de agrotóxicos observado foi semelhante em outros estudos com a mesma população, sendo 100% e 94,2% respectivamente (CARVALHO, 2006; OLIVEIRA, ZAMBRONE, 2006). Em outro estudo, 60% dos entrevistados afirmaram utilizar agrotóxicos na produção agrícola para fins de controle de pragas, aumento da produção e por tradição familiar (JACOBSON et al., 2009). Levigard e Rozemberg (2004) afirmam que os agrotóxicos representam uma condição que faz parte da vida dos agricultores, estando aliada à crença de que são produtos indispensáveis à lavoura.

Dentre o grupo químico dos agrotóxicos mais utilizados nesta pesquisa, cabe destacar os piretroides, organofosforados, ditiocarbamatos e carbamatos, responsáveis em sua maioria por causar problemas ao sistema nervoso central e periférico. Esses resultados também foram identificados entre fumicultores da Malásia expostos a tais substâncias, em que a velocidade de condução nervosa e as oscilações posturais pareceram ser um indicador sensível dos efeitos dos pesticidas (KIMURA et al., 2005).

Em relação à classe toxicológica, a maior parte dos produtos utilizados pelo fumicultores não pertence ao tipo I, isto é, extremamente tóxico. No estudo de Jacobson et al. (2009), 8% dos agrotóxicos usados nas culturas são produtos extremamente tóxicos (classe I), 17% são produtos altamente tóxicos (classe II), 50% moderadamente tóxicos (classe III) e 25% pouco tóxicos (classe IV). Embora os fumicultores não utilizem apenas produtos com classificação toxicológica do tipo I, isso não significa que não sejam prejudiciais à saúde, pois qualquer nível de toxicidade é danoso.

5.3 Perfil dos Fumicultores Responsáveis pela Produção de Tabaco

Os responsáveis pela produção de tabaco são pais, filhos e esposo, de cor branca e média de idade $46,9 \pm 10,8$ anos, e já nos estudos de Agostinetti et al. (2000), Turci (2009) e Heemann (2009), que encontraram média de idade dos sujeitos inferiores, sendo de 41, 43 e 43,2 anos respectivamente. Outros estudos que utilizaram categorização diferente apresentaram prevalência entre a faixa etária de 40 a 50 anos e de 44 a 59 anos respectivamente (SEEL, 2009; ZOTTI, 2010). Esse resultado revela que esse grupo abrange basicamente adultos de meia-idade, caracterizado em sua maioria por pais em relação ao núcleo familiar, e que possivelmente a prática da cultura do tabaco tem transcorrido de geração em geração.

A cor branca prevaleceu entre os responsáveis pela produção de tabaco. Segundo dados do IBGE (2010c), entre a população do município em estudo, há predomínio da cor branca (74,9%), característica que pode ser justificada pelo fato de a população do município ser composta predominantemente por descendentes de imigrantes italianos. Em outro estudo, a cor branca também predominou entre os sujeitos (86,2%) que dele participaram (TURCI, 2009). A prevalência da cor branca no Rio Grande do Sul é maior (77,8%) do que a encontrada neste estudo (IBGE, 2011).

No presente estudo, a média de anos de estudo foi de $6,0 \pm 2,5$ anos, ou seja, ensino fundamental incompleto. Dados semelhantes foram encontrados por Zotti (2010), Turci (2009) e pela AFUBRA ([s.d.]), que identificaram que 73,8% a 89,9% dos produtores de tabaco têm ensino fundamental completo e/ou incompleto. Em contrapartida, estudo realizado com fumicultores pelotenses evidenciou que 97,8% não concluíram o ensino fundamental (antigo primeiro grau) (AGOSTINETTO et al., 2000). Dados da PNAD apontam que a população com 10 anos ou mais de idade atingiu média de 7,3 anos de estudo em 2011 (IBGE, 2011).

De acordo com Bonato (2009), a mão de obra do tabaco é considerada menos qualificada que outros sistemas de produção, o que colabora para a vulnerabilidade dos fumicultores, constituindo um dos fatores que contribui para o aumento dos riscos de intoxicação por agrotóxicos, devido à dificuldade de leitura que interfere na interpretação do rótulo dos produtos e na menor conscientização dos riscos de exposição aos mesmos.

Conforme Agostinetto et al. (2000), a baixa escolaridade também pode restringir a atuação dessa mão de obra não especializada no mercado de trabalho, colaborando para que os produtores mantenham-se em suas unidades de produção, onde o trabalho torna-se minimamente rentável para a sobrevivência da família.

Fumicultores que possuem baixa renda tendem a apresentar menor escolaridade ($p < 0,051$). Os indivíduos com baixos níveis educacionais, particularmente os pobres, desempenham ocupações pouco rentáveis, casuais e de baixa renda (NEY, HOFFMANN, 2008; BONATO, 2009).

O quesito renda < 2 salários é um agravante geral em relação aos baixos níveis educacionais, não apenas entre a população de fumicultores, mas também entre a população geral, e agrava-se principalmente quando se trata do meio rural. Isso pode ter relação com a influência dos antecedentes familiares, já que a média da idade dos participantes do estudo foi 46,9 anos e, antigamente, a prioridade de seus pais era o trabalho para o sustento da família e não havia preocupação com a escolaridade. Outros fatores a serem considerados incluem o

interesse ou o gosto pelos estudos e o acesso à escola, devido à localização geográfica, entre outros.

Identificou-se que o número de filhos dos responsáveis pela produção de tabaco foi de 3,0(1,0-3,0) filhos. Resultados semelhantes foram observados nos estudos de Zotti (2010) e Agostinetto et al. (2000), embora a medida de tendência central tenha sido diferente, os quais evidenciaram média de 2,5 e 3 filhos respectivamente. No estudo de Carvalho (2006), os maiores percentuais giram em torno de 2 e 4 filhos.

O número de filhos entre famílias fumicultoras tem permanecido o mesmo com o passar dos anos, caracterizando as propriedades com famílias pequenas e, com isso, a necessidade de contratação de mão de obra, o que resulta em diminuição da renda da família ou na opção de parar com a cultura do tabaco.

5.4 Caracterização do *Status* Tabágico e Consumo de Bebidas Alcoólicas

No que se refere ao tabagismo, a prevalência de uso do tabaco entre as famílias fumicultoras foi de 30(8,2%). Percentual maior foi encontrado no estudo de Bonato (2009), cuja prevalência foi de 39,4% entre os fumicultores, com média de 1,3 pessoa fumantes por família em que há a cultura do tabaco. O resultado da presente investigação está abaixo da média nacional publicada pelo Ministério da Saúde em 2011 para a população adulta (maiores de 18 anos), com prevalência de 14,8%, e a capital gaúcha apresenta a maior frequência de adultos fumantes, com prevalência de 22,6% (BRASIL, 2012).

Tal resultado é ainda menor quando comparado aos dados da Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), publicada em 2011, cujo percentual de fumantes na área rural foi de 20,4%, sendo maior quando comparado à área urbana, que ficou com um percentual de 16,6% (INCA, 2011b). É possível que essa diferença esteja relacionada ao fato de que em 2008 foi implantado o programa de cessação de tabagismo, e desde então, os profissionais da ESF do município vêm desenvolvendo grupos de cessação de tabagismo entre a população, o que pode ter contribuído com a baixa prevalência de tabagismo observada no município, e ao fato de que a presente investigação foi realizada com um grupo específico de famílias fumicultoras.

Em relação ao tabagismo de fumicultores responsáveis pela produção do tabaco, a prevalência foi de 17(17%), com média de 29,3±14,5 anos de consumo. A maior prevalência foi de não fumantes, resultando em 58(58%) e 25(25%) fumantes em abstinência. De modo semelhante, o estudo de Heemann (2009) constatou uma prevalência de 84,6% de não

fumantes, 4,8% de fumantes em abstinência e 10,6% de fumantes. Quanto aos achados de Turci (2009), houve uma prevalência de 60,7% de não fumantes, 15,8% de fumantes em abstinência e 23,5% de fumantes. Para os resultados de Oliveira et al. (2010), 77% nunca fumaram, 12% eram fumantes em abstinência (parado pelo menos um mês antes da entrevista) e 11% eram fumantes.

Nesta investigação, o percentual de fumantes responsáveis pela produção do tabaco está acima da média nacional de 14,8% (BRASIL, 2012) e aproxima-se do percentual de 20,4% encontrado pela PETab em áreas rurais (INCA, 2011b). Acredita-se que tal fato vai ao encontro dos resultados observados em estudos internacionais em que a residência rural e a cultura do tabaco são fatores de risco para o tabagismo.

Em estudo realizado com adolescentes norte-americanos entre 12 e 18 anos, os resultados indicaram que os adolescentes rurais eram significativamente mais propensos a tornar-se fumantes regulares do que os adolescentes do meio urbano e suburbano (LUTFIYYA et al., 2008). Em pesquisa realizada na Província de Yunnan, China, concluiu-se que os indivíduos que cultivavam tabaco tiveram maior probabilidade de tornar-se fumantes em relação aos que não cultivavam (CAI et al., 2012).

No estudo de Cai et al. (2012), os fumicultores tiveram maiores taxas de prevalência de tabagismo, dependência da nicotina e exposição ao fumo passivo quando comparados a participantes que não estavam envolvidos com a cultura de tabaco. Segundo o autor, isso possivelmente acontece porque os fumicultores têm acesso mais fácil ao tabaco.

A idade de iniciação do cigarro teve média de $16,9 \pm 4,8$ anos, com idade mínima de 8 anos. Estudos apresentaram resultados semelhantes, sendo média de 17 anos e menor idade de iniciação 5 anos (TURCI, 2009) e mediana de 15 anos (OLIVEIRA et al., 2010). Grande parte dos fumantes adultos (90%) começa a fumar antes dos 19 anos (75% entre 14 e 17 anos) e 50% dos experimentadores jovens se tornarão fumantes na idade adulta (GOLDFARB, 1999). Esse dado corrobora os argumentos de Johnson et al. (2009), segundo os quais há indicações de que o uso de tabaco na adolescência está associado ao uso na vida adulta.

Resultados da PETab apontam que, entre os fumantes diários e ex-fumantes com idade entre 20 e 34 anos, a faixa etária de 17 a 19 anos foi a predominante para a iniciação ao consumo regular dos produtos de tabaco fumado (INCA, 2011b). Em estudo realizado no maior país produtor de tabaco do mundo, entre pessoas com idade ≥ 18 anos, em áreas rurais da Província de Yunnan, China, identificou-se que a idade de início do tabagismo ocorreu na faixa etária dos 12 aos 20 anos, totalizando 81,0% (CAI et al., 2012).

A iniciação precoce do uso de tabaco é um importante fator prognóstico para o adoecimento, ou seja, quanto mais cedo se estabelece a dependência ao tabaco, maior o risco de morte prematura. A diferença em alguns anos no início do uso do tabaco pode aumentar em quase o dobro os riscos de danos à saúde (INCA, 2011b).

No presente estudo, todos os fumicultores responsáveis pela produção de tabaco que eram tabagistas faziam uso tanto de cigarro industrializado quanto de cigarro de palha. Turci (2009) identificou em seu estudo que 73,6% dos cigarros consumidos foram do tipo industrializado com filtro e 13,6% palheiro ou cigarro de palha, como é popularmente conhecido, ou enrolado à mão de modo artesanal.

O consumo de cigarro de palha é maior (41,2%) quando comparado aos resultados da PETab: nas áreas rurais, o percentual foi de 13,8% de fumantes de cigarros de palha ou enrolados à mão, sendo maior inclusive em relação ao cigarro industrializado (INCA, 2011b).

Em relação à cessação do tabagismo, 16(94,1%) dos fumicultores já haviam feito tentativas de abandonar o fumo sem sucesso. Entre os fatores relatados que impedem a cessação, está (61,9%) a dependência da nicotina. Nenhum estudo com população de fumicultores foi encontrado, porém achados da PETab apontam que, do total de pessoas com 15 anos ou mais que fumavam, 45,6% haviam tentado parar de fumar nos últimos 12 meses (INCA, 2011b).

O grande vilão que impede a cessação e causa a dependência física e psicológica é a nicotina. Todavia, cabe destacar que os profissionais de saúde devem discutir as dificuldades do abandono e os meios para enfrentá-las, bem como elaborar ações de promoção da cessação de fumar, tendo como foco o perfil do fumante, o grau de dependência e sua motivação para deixar de fumar.

A dependência da nicotina por parte dos fumantes responsáveis pela produção de tabaco foi baixa. Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado com chineses, migrantes rurais e urbanos, cuja dependência da nicotina foi avaliada em 894 fumantes diários, sendo a pontuação total de 3,39(DP: 2,32) (WU et al., 2011). Em outro estudo com pessoas com idade ≥ 18 anos, em áreas rurais na China, observaram-se percentuais de 85,1% para dependência baixa, 8,1% para dependência média e 6,8% para dependência elevada (CAI et al., 2012).

Os achados desta pesquisa, a exemplo de outros estudos, também apresentaram baixos percentuais de dependência da nicotina entre fumicultores, o que reforça a necessidade de estratégias específicas para esses indivíduos no estímulo à cessação. A dependência da nicotina entre os jovens da região Sul, com idade entre 15 e 24 anos, conforme pesquisa da

PETab, apresentaram percentual de dependência elevada ou muito elevada, sendo inclusive similar ao dos adultos da mesma região e acima do nível de outras regiões (INCA, 2011b).

O mesmo estudo avaliou a dependência da nicotina calculando o consumo médio de cigarros ao dia e o intervalo de tempo para fumar o primeiro cigarro depois de acordar. Ao analisar conjuntamente essas perguntas, concluiu-se que as mulheres, os jovens, os indivíduos com baixo nível de instrução e de renda e a população residente em áreas rurais apresentaram menor indicação de dependência à nicotina. Esta última informação contrapõe os achados de Cai et al. (2012), em que os fumicultores tiveram maiores taxas de dependência da nicotina.

Os anos de estudo apresentaram associação significativa para os responsáveis pela produção de tabaco que são tabagistas. Esse resultado também foi observado em outros estudos (BRASIL, 2004; CAI et al., 2012) que destacam a correlação entre tabagismo e baixo nível de escolaridade: pessoas de baixa escolaridade têm probabilidade cinco vezes maior de se tornar fumantes, enquanto indivíduos com níveis mais elevados de educação apresentam menor probabilidade de fumar ($p < 0,01$).

Resultados do Ministério da Saúde apontam que a frequência do hábito de fumar apresentou maior percentual (18,8%) entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (BRASIL, 2012). A PETab indica que o percentual de fumantes diminui à medida que cresce o número de anos completos de estudo. Pessoas com 11 anos de estudo ou mais apresentaram cerca de metade do percentual de usuários de tabaco quando comparadas às pessoas sem instrução. Destaca-se ainda que a maior escolaridade resulta em maior receptividade às informações sobre os malefícios do cigarro (INCA, 2011b).

Estudo realizado nas capitais brasileiras com indivíduos de 18 anos ou mais, entre 2006 a 2009, destaca que a prevalência do tabagismo varia em função de cada ano de escolaridade, assumindo uma diminuição à medida que aumentam os anos de estudo (SILVA, VALENTE, MALTA, 2011). Tal achado é corroborado pelo estudo de Abreu e Caiaffa (2011), em que jovens com menor escolaridade apresentaram maior chance de fumar, e por um estudo com chineses do sexo masculino, maiores de 15 anos e residentes no meio rural, cujos participantes com grau universitário ou nível superior eram menos propensos a fumar em comparação àqueles que tinham níveis mais baixos de educação ($p < 0,001$) (YANG et al., 2008).

O número de pessoas no domicílio de fumicultores tabagistas apresentou menor número de pessoas no domicílio ($p = < 0,049$), o que pode estar associado à queda da fertilidade entre mulheres e homens devido ao tabagismo. Estudos comprovam que a prevalência da infertilidade em mulheres é mais elevada entre fumantes quando comparadas a não fumantes e

os homens que fumam apresentam baixa concentração de espermatozoides, motilidade espermática e aumento de anormalidades tanto na forma quanto na função do espermatozoide (EL-MELEGY, ALI, 2011; AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 2012). Portanto, o tabaco afeta negativamente a qualidade do espermatozoide e os níveis hormonais.

Entre os fumantes, houve menor prevalência de uso dos EPIs ($p < 0,004$). Existe carência de estudo sobre essa temática, mas acredita-se que os fumantes tendem a se preocupar menos com a saúde. Além disso, o uso dos EPIs atrapalha o consumo do cigarro.

A maioria 90(90%) dos responsáveis pela produção de tabaco relata fazer uso de bebidas alcoólicas. Resultados semelhantes foram observados no estudo de Turci (2009) e Heemann (2009), em que 92,3% e 82,5%, respectivamente, consomem bebidas alcoólicas. Outro estudo verificou que 35% consomem bebidas alcoólicas (OLIVEIRA et al., 2010).

O consumo tanto de cigarro quanto de bebidas alcoólicas causa prejuízos à saúde e ao desempenho dos trabalhadores, podendo ocasionar acidentes de trabalho. Constituem ainda fatores de risco que respondem pela maior parte das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2011b).

5.5 Problemas de Saúde Relacionados à Cultura e/ou ao Consumo do Tabaco

Mais da metade dos responsáveis pela produção de tabaco referiu não apresentar doenças, enquanto 24(24%) relataram apresentar algum tipo, sendo o mais frequente 16(66,7%) problema de coluna, seguido de doenças cardíacas e respiratórias. Resultado semelhante foi encontrado em estudo com fumicultores de Santa Cruz do Sul (RS), em que 19,2% afirmaram ter algum problema de saúde. No estudo de Heemann (2009), os problemas de coluna variaram de 22,1% a 49%. A atividade de produção do tabaco requer força física, o que pode estar relacionado a problemas de coluna. Ainda existe a exposição ao sol em pleno verão, o que contribui para a ocorrência de doenças de pele, inclusive o câncer.

Em revisão de literatura que estudou as condições de trabalho e os impactos sobre a saúde associados à cultura do tabaco, evidenciou-se que, entre os muitos efeitos do tabaco, destacam-se lesões musculoesqueléticas, distúrbios respiratórios, doença da folha verde e doenças mentais (RIQUINHO, HENNINGTON, 2012). Ressaltam-se ainda os problemas respiratórios associados à cultura do tabaco devido à exposição dos trabalhadores a poeiras de folhas secas durante o seu empilhamento, o transporte e a pulverização de produtos químicos.

Quanto à intensidade de sintomas depressivos entre os responsáveis pela produção do tabaco, foram identificados 20(20%) fumicultores com sintoma leve e moderada. Convém ressaltar que, no período da coleta de dados, a seca, intempérie climática que assolava a região, pode ter influenciado nos resultados referentes à avaliação dos sintomas depressivos. Esse dado é preocupante, uma vez que alguns fumicultores desconhecem o risco de depressão associado à cultura tabaco. Ressalta-se ainda que em nenhum momento os sujeitos do estudo referiram apresentar ou fazer uso de medicação para depressão, nem mesmo se declaram como deprimidos.

Estudos entre fumicultores têm apontado que há um maior risco de desenvolver alterações neurocomportamentais capazes de evoluir para quadros de depressão e suicídio, as quais estão associadas ao uso dos agrotóxicos (ETGES, 2002; BIOLCHI, 2003; FARIA, FASSA, FACCHINI, 2007). Investigação realizada na comunidade de Candido Brum, em Arvorezinha (RS), vários plantadores de tabaco relataram estar em tratamento médico por depressão (EICHLE, TROIAN, 2009).

Levigard e Rozemberg (2004) também referem que as queixas de “nervos alterados” são quase unanimidade, estando em estreita relação com o uso de agrotóxicos. Essa mesma condição foi constatada por Schoenhals, Follador e Silva (2009), em que 44% dos sujeitos apresentaram morbidade psiquiátrica, 65% ansiedade e 25% referiram sofrer “dos nervos”. Em outro estudo com trabalhadores rurais da Carolina do Norte, que cultivam tabaco, pepinos e batata doce, os sintomas depressivos foram observados nos quatro meses de temporada agrícola, apresentando oscilações nos sintomas em forma de U, ou seja, mais elevado no início da temporada agrícola, com decréscimos e aumento no fim da temporada agrícola. Além disso, os resultados apontaram que os sintomas depressivos mais altos foram observados entre trabalhadores rurais solteiros, enquanto para trabalhadores casados e/ou com companheira os sintomas depressivos eram mais baixos (CRZYWACZ et al., 2010).

Outros estudos indicam relação entre transtornos psiquiátricos e suicídio com a exposição aos agrotóxicos (ETGES, 2002; BIOLCHI, 2003; LEVIGARD, ROZEMBERG, 2004; FARIA, FASSA, FACCHINI, 2007; EICHLE, TROIAN, 2009; SCHOENHALS, FOLLADOR, SILVA, 2009; CRZYWACZ et al., 2010). Isso aponta para a necessidade de realizar estudos para melhor avaliar, comparar e identificar os reais fatores desencadeantes dos sinais de depressão nesses sujeitos.

Além do uso de agrotóxicos que causam distúrbios psiquiátricos e problemas ergonômicos, os fumicultores estão em risco para desenvolver a DFV. Durante a cultura do tabaco, 67(67%) participantes referiram ter apresentado sinais e sintomas como cefaleia,

fraqueza, tontura e náusea, entre outros, cuja ocorrência mais prevalente deu-se no momento da colheita e no preparo das folhas. Embora se trate de autorrelato, esses sintomas são compatíveis com intoxicação por nicotina de contato ou DFV que, por sua vez, confunde com as da intoxicação por agrotóxicos. Estudo realizado por Carvalho (2006) identificou que as principais ocorrências atendidas pelo posto de saúde aconteceram no período de outubro a janeiro, época que coincide com a colheita do tabaco, e os sintomas mais prevalentes foram náuseas, vômito, diarreia, tontura, dores de cabeça e dermatites.

No Brasil, outro estudo com fumicultores destinado a identificar a ocorrência da doença foi realizado na Região Nordeste do Brasil, onde os sintomas mais referidos foram tontura (90%), fraqueza (88%), vômitos (83%), náuseas (82%) e dor de cabeça (59%) (OLIVEIRA et al., 2010). Em Candelária (RS), os sujeitos que apresentaram sinais e sintomas da doença realizaram a dosagem de cotinina urinária para detectar a absorção dérmica de nicotina. Dos 46 casos investigados, 33 tiveram a confirmação da doença. Dentre os sinais e sintomas apresentados, os mais frequentes foram náusea (93,9%), tontura e vômito (72,7%), cefaléia (66,7%), cólicas abdominais (57,6%) e fraqueza (54,5%) (BARTHOLOMAY et al., 2012).

Estudos internacionais confirmaram a DFV em plantadores de tabaco do leste da Carolina do Norte, Polônia, Flórida, Kentucky, Tennessee, Connecticut, Japão, Índia e Itália, com relatos de dor de cabeça, tontura, náusea, vômitos, coceira e erupção na pele (ARCURY et al., 2008; SATORA et al., 2009).

Os riscos de saúde ocupacional a que esses trabalhadores estão expostos são motivo de preocupação. Porém, o uso adequado de EPIs (utilizar vestuário resistente à água, evitar o contato direto com as plantas e a colheita quando as folhas estiverem molhadas ou no início da manhã, bem como trocar de roupa quando estiver molhada) consiste em medidas de proteção que reduziriam a quantidade de nicotina de contato absorvida e, conseqüentemente, o risco de surgimento dos sinais e sintomas da doença. Além disso, é importante que ocorra o monitoramento e a notificação de casos suspeitos aos sistemas de informação para que a magnitude do problema possa ser determinada.

Os resultados indicam que os fumicultores têm bom nível de conhecimento acerca dos malefícios causados pelo consumo de tabaco e acreditam que o uso do cigarro seja responsável por doenças do sistema respiratório, câncer e problemas gastrintestinais. Apesar da carência de estudos entre fumicultores sobre essa temática, achados da PETab apontam que, entre pessoas com 15 anos ou mais, 96,1% acreditam que fumar causa doenças graves. A

percepção apresentada com maior frequência foi a do tabaco como causador de câncer de pulmão (94,7%), infarto (85,6%) e derrame (73,1%) (INCA, 2011b).

Observa-se tendência a menores percentuais de conhecimento entre os indivíduos de baixa escolaridade e residentes nas áreas rurais, o que pode indicar a necessidade de intensificar ou desenvolver estratégias mais específicas e apropriadas para esses grupos (INCA, 2011b). Tal achado pode ser evidenciado no momento da entrevista em que os fumicultores responderam que “acreditavam” que determinada doença era causada pelo uso do tabaco, mas que nunca tinham ouvido falar sobre algumas das doenças.

5.6 Satisfação dos Fumicultores em Relação à Cultura do Tabaco

A maioria dos responsáveis pela produção de tabaco 84(84%) referiu ter vontade de interrompê-la. No estudo de Guerra et al. (2012), todos os fumicultores deixariam de produzir tabaco. De modo semelhante, no estudo de Bonato (2009), 73,3% responderam que, se pudessem, deixariam de produzir tabaco. Resultado divergente foi encontrado na investigação de Heemann (2009), em que apenas 4,8% dos plantadores de tabaco tinham vontade de parar. Acredita-se que a baixa prevalência observada nesse estudo esteja relacionada à influência da indústria do tabaco em Santa Cruz do Sul (RS) e na região, ao fato de a população ser vulnerável às estratégias de marketing da indústria e aos reflexos culturais sobre a população.

Os principais motivos relatados pelos fumicultores que têm vontade de abandonar a cultura do tabaco são principalmente a pouca mão de obra na família, o baixo preço pago pelas empresas fumageiras e a exigência de esforço físico, entre outros. Dados semelhantes são apontados no estudo de Bonato, (2009), sendo citadas razões como a baixa rentabilidade da comercialização do tabaco (27,3%), a intensiva utilização de agrotóxicos (22,7%), as questões de saúde (19,8%) e a penosidade do trabalho e/ou a crescente falta de mão de obra (45,9%). Nos achados de Guerra et al. (2012), os motivos foram o baixo preço pago pelas indústrias e a desvalorização do produto (38,1%), a idade avançada (4,8%), o tempo que se deve dedicar à cultura (4,8%) e a crença de que afeta negativamente a saúde (9,5%).

No estudo de Heemann (2009), entre os motivos citados estão a vontade de dedicar-se ao cultivo de outras culturas, o fato de o tabaco não render tanto quanto antigamente, a necessidade do uso de agrotóxico e a pouca valorização por parte das fumageiras em relação ao trabalho desenvolvido pelos fumicultores.

Embora a maioria dos fumicultores tenha manifestado vontade de parar, isso não quer dizer que não irão mais cultivar o tabaco na próxima safra. Os fumicultores referem que não

existe outra cultura que ofereça o mesmo rendimento proporcionado pelo tabaco em pequenas propriedades.

Aqueles que não têm vontade de parar de cultivar o tabaco afirmam que o tabaco é uma fonte significativa de contribuição de renda da família, além de gostarem de trabalhar com a cultura e de não terem preparo para desenvolver outra atividade. Esses achados são semelhantes aos observados no estudo de Heemann (2009), em que a maior prevalência foi por não haver outra cultura que garanta melhor retorno financeiro (66,3%), por ser uma cultura com venda garantida (19,2%), por gostar de trabalhar com o tabaco (4,8%) e por ser a única cultura com que se sabe lidar (1,9%).

Os fumicultores satisfeitos com a cultura do tabaco são os que apresentaram maior percentual de contribuição do tabaco na renda, ou seja, quanto mais arrecadam com a cultura do tabaco, mais satisfeitos ficam, o que os impulsiona a produzir cada vez mais. Nesta investigação, poucos fumicultores foram procurados com vistas a substituir a cultura do tabaco por outra atividade. Os agricultores do município já vêm desenvolvendo ações de diversificação em parceria com a Emater.

Apesar da existência de vários programas e políticas de apoio à diversificação da produção de tabaco pelo governo federal, o que se vê é que os fumicultores que querem diversificar a produção buscam políticas de apoio, mas não as encontram. Nesse sentido, o Estado encontra-se em dívida com os agricultores que lidam com a cultura do tabaco, havendo a necessidade de se implementar políticas de diversificação efetivas, como a organização de uma cadeia de comercialização de outros produtos para viabilizar a diversificação.

5.7 Fatores Associados à Cultura do Tabaco

No que se refere ao fator tempo (em anos) na cultura do tabaco, verifica-se que, para cada aumento de um ano de trabalho com a cultura do tabaco, a prevalência de problemas de saúde aumenta em 7%. Esse dado corrobora a gravidade do problema, uma vez que os fumicultores estão expostos a riscos ocupacionais consideráveis, como esforço físico, exposição ao sol no verão durante a colheita, uso indiscriminado de agrotóxicos, contato com a folha verde do tabaco, uso e/ou exposição ambiental do tabaco, entre outros. Em síntese, quanto maior o tempo de exposição a esses fatores, maior o risco de adoecer.

Evidencia-se que os responsáveis pela produção de tabaco que referiram sinais e sintomas apresentaram uma redução de 39% na prevalência da satisfação com a cultura do tabaco. Acredita-se que esse resultado possa estar relacionado com o surgimento dos

sintomas, que em algumas situações “obriga” fumicultor a afastar-se do trabalho, fazer uso de medicamentos para alívio dos sintomas e até mesmo recorrer à internação hospitalar.

Os fumicultores que têm vontade de parar com a cultura do tabaco apresentaram uma prevalência de 61% menor de satisfação com a cultura do tabaco. Tal resultado pode estar relacionado com o baixo preço pago na última safra, os problemas de saúde nos fumicultores e o esforço físico exigido, entre outros.

Verifica-se que, quanto maior o percentual de contribuição do tabaco na renda, mais baixa é a renda dos fumicultores. Esse fator pode ter relação com a dependência dessa cultura, tendo em vista que, de acordo com o estudo de Bonato (2009), 68% das famílias que obtiveram baixa renda com o tabaco apresentaram forte dependência do produto, sendo que, para 56% desses produtores, o tabaco representa mais de 80% da renda agrícola. Já para 32% desses produtores, o problema é menos sério, pois contam com um nível maior de diversificação e grande parte de sua renda está vinculada a outros produtos agrícolas. Os resultados mostram que, quanto maior a diversificação produtiva, maior é a renda das famílias e, conseqüentemente, menor é a dependência do tabaco.

Os resultados também evidenciam que a maior contribuição na renda familiar provém de outras atividades e ocupações desenvolvidas pelas famílias, e não da cultura do tabaco. Esses resultados contribuem para desmistificar a ideia de que a cultura do tabaco é tão rentável quanto as empresas fumageiras divulgam. A comparação realizada por Vargas e Oliveira (2012) entre fumicultores e não fumicultores demonstra que a renda líquida advinda de culturas alternativas ao tabaco, como hortifrutigranjeiros, pode ser superior à obtida por fumicultores.

5.8 Limitações do estudo

Considera-se como limitação do estudo ter delineamento transversal, o que impossibilita a identificação de causalidade. O fato de os sintomas da doença da folha verde terem sido avaliados apenas com o autorrelato dos fumicultores. Acredita-se que o instrumento deveria ser aplicado a todos os integrantes do núcleo familiar, e não apenas ao responsável pela produção do tabaco. Além disso, a carência de estudos relacionados a fatores associados à cultura do tabaco e à temática em si dificultou a discussão dos resultados.

6 CONCLUSÕES

Um dos resultados preocupantes foi a participação de crianças e adolescentes na cultura do tabaco. O trabalho infantil é um sério problema observado na cadeia do tabaco em todas as suas etapas, intensificando-se no período do preparo final das folhas, quando as crianças e os jovens estão em férias escolares.

A composição da família foi em média de 3,7 pessoas, as quais possuem boas condições de moradia, domicílio, energia elétrica, água, lixo, destino de dejetos.

As famílias vivem com renda mensal mediana de R\$1.500,00 sendo o tabaco responsável em média por $45,9 \pm 22,4\%$ dessa renda.

Os responsáveis pela produção de tabaco em sua maioria são pais em relação ao núcleo familiar, de cor branca, casados, com média de idade de 46,9 anos e mediana de 3,0 filhos e média de 6,0 anos de estudo. Observaram-se ainda os seguintes achados:

- As famílias fazem uso dos EPIs de forma parcial, ficando expostos a intoxicações por agrotóxicos.

As famílias relataram receber orientações referentes à aplicação dos agrotóxicos, ao uso correto de EPIs e aos cuidados com a saúde, entre outras;

Em relação ao *status* tabágico conclui-se que:

- nas famílias de fumicultores a prevalência de 8,2% de fumantes;
- entre os fumicultores responsáveis pela produção do tabaco prevalência 58% de não fumantes e 17% fumantes.

- a média de tempo de consumo foi de 29,3 anos para os fumicultores tabagistas responsáveis pela produção do tabaco;

- a idade de iniciação do cigarro teve média de 16,9 anos, sendo que todos faziam uso de cigarro industrializado e 7(41,2%) do cigarro de palha;

- 16 dos 17 tabagistas já fizeram tentativas de cessação do tabaco, mas sem sucesso;

- a dependência da nicotina entre os fumicultores responsáveis pela produção do tabaco apresentou mediana de 4,0;

Nesta pesquisa foram identificados problemas de saúde nos fumicultores responsáveis pela produção do tabaco sendo mais prevalentes os problemas de coluna, o que pode estar relacionado ao esforço físico principalmente na colheita do tabaco. Além disso, presença de intoxicação por agrotóxicos, sintomas depressivos leves e moderados e fumicultores com doença da folha verde.

A maioria dos fumicultores estão insatisfeitos e com vontade de parar com a cultura do tabaco.

A maioria das famílias tem praticado outras atividades ligadas à agricultura ou não agrícolas, como a produção leiteira e o plantio de milho, o que evidencia que o município está diversificando suas áreas de tabaco em busca de menor dependência dessa cultura.

Na associação dos fatores associados a cultura do tabaco, conclui-se que:

- o trabalho na cultura do tabaco aumenta em 7% os problemas de saúde;
- a presença de sinais e sintomas da doença da folha verde reduz a prevalência da satisfação com a cultura do tabaco;
- os trabalhadores que relataram vontade de parar com a cultura do tabaco apresentaram menor satisfação
- cada aumento na contribuição do tabaco na renda familiar, a prevalência de renda < 2 salários aumenta.

Com base nesses resultados, acredita-se que os profissionais da enfermagem, bem como a equipe multidisciplinar, com apoio dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador, poderão desenvolver ações de educação em saúde e de prevenção principalmente no que diz respeito a doenças ocupacionais, como doença da folha verde, problemas de coluna e intoxicação por agrotóxicos, e ao uso correto dos EPIs.

Embora os órgãos estaduais e federais tenham implementado desde 2005 o Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, no contexto da ratificação pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco com vistas ao desenvolvimento de políticas públicas na área da agricultura familiar, para subsidiar o processo de diversificação da produção e renda em áreas fumicultoras, poucos são os incentivos e as ações disponibilizados pelos ministérios a esses fumicultores do município estudado.

Sugere-se, por fim, a realização de estudos que identifiquem os fatores desencadeantes de depressão entre fumicultores dessa região, além disso, a necessidade de identificar a existência de intoxicação pela folha do tabaco por meio de exames de cotinina.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, P. R. Z.; GOSSENHEIMER, A. N. Reflexões sobre as lavouras de tabaco na perspectiva do desenvolvimento sustentável. **Desenvolvimento em Questão**, v. 10, n. 19, p. 176-206, jan./abr. 2012.
- AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Smoking and infertility: a committee opinion. **Fertil Steril**, v. 98, n. 6, p. 1400-1406, dec. 2012.
- ABREU, M. N. S.; CAIAFFA, W. T. Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 30, n. 1, p. 22-30, 2011.
- AGOSTINETTO, D. et al. Caracterização da fumicultura no município de Pelotas-RS. **Revista Brasileira de Agrociência**, v. 6, n. 2, p. 171-175, maio/ago. 2000.
- ALMEIDA, G. E. G. **Fumo**: servidão moderna e violação de direitos humanos. Curitiba: Terra de Direitos, 2005. p. 168.
- AFUBRA. Associação dos Fumicultores do Brasil. **Perfil do fumicultor e diagnóstico socioeconômico**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.afubra.com.br/index.php/mutualidade/index/menu2/3>>. Acesso em: 26 set. 2012.
- ARCURY, T. A.; QUANDT, S. A. Health and social impacts of tobacco production. **Journal of Agromedicine**, v. 11, n. 3-4, p. 71-81, 2006.
- ARCURY, T. A. et al. Green Tobacco Sickness and Skin Integrity Among Migrant Latino Farmworkers. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 51, n. 3, p. 195-203, 2008.
- BARTHOLOMAY, P. et al. Epidemiologic investigation of an occupational illness of tobacco harvesters in southern Brazil, a worldwide leader in tobacco production. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 69, n. 7, p. 514-518, jul. 2012.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. Beck Depression Inventory (BDI). In: RUSH, A.J.; PINCUS, H.A.; FIRST, M.B.; et al (Eds). **Handbook of Psychiatric Measures**. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, p. 519-23, 2000.
- BIOLCHI, M. A. Contexto rural: a cadeia produtiva do fumo. Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. (DESER). **Revista do Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais**, Curitiba (PR), Gráfica Popular, v. 3, n. 4, dez. 2003.

BONATO, A.; ZOTTI, C. F.; ANGELIS, T. Tabaco da produção ao consumo: uma cadeia da dependência. Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. (DESER). **Revista do Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais**, Curitiba (PR), ago. 2010.

BONATO, A. A. A fumicultura e a Convenção-Quadro: desafios para a diversificação Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. (DESER). **Revista do Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais**, Curitiba (PR), out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em saúde. **Dica em saúde**: doença da folha verde do tabaco. Elaborada em maio 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/204_doenca_folha_verde.html>. Acesso em: 14 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em saúde. **Dica em saúde**: tabagismo. Elaborada em novembro de 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/136tabagismo.html>>. Acesso em: 07 ago. 2011.

BRASIL. **Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006**. Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. Diário Oficial da União, 25 jul. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a agrotóxicos**. Data da versão: ago. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual de Sistema de Informação de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, 1. ed. 4. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Legislação. **Normas regulamentadoras**. [s.d.]. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>>. Acesso em: 06 out. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 4.074, de 04 de janeiro de 2002**. Regulamenta a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a

classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4074.htm#art98>. Acesso em: 06 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco**: uma resposta. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAI, L. et al. Patterns and socioeconomic influences of tobacco exposure in tobacco cultivating rural areas of Yunnan Province, China. **BMC Public Health**, v. 12, p. 842, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/842>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

CARMO, J. T.; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, p. 73-80, 2002.

CARVALHO, C. R. S. **O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo**: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. Rio de Janeiro, 2009. 208p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP).

CARVALHO, C. B. **Relação socioeconômica dos fumicultores-fumageiras da região de Sombrio (SC) e uma proposta de transição agroecológica**. Santa Catarina, 2006. 131p. Tese (Mestrado em Agroecossistemas) – Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal de Santa Catarina.

EICHLE, M. L.; TROIAN, A. “Somente os mais fracos ficam doentes”: a utilização de agrotóxicos por agricultores de tabaco da Comunidade Cândido Brum, em Arvorezinha (RS). **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, SP, v. 5, n. 3, p. 116-139, set./dez. 2009.

EL-MELEGY, N. T.; ALI, M-E. M. Apoptotic markers in semen of infertile men: association with cigarette smoking. **International Braz J Urol**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 495-506, july/aug. 2011.

ETGES, V. E. O impacto da cultura do tabaco no ecossistema e na saúde humana. **Textual**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 14-21, nov. 2002.

FAGERSTRÖM, K. O.; SCHNEIDER, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 12, n. 2, p. 159-182, 1989.

FARIA, N. M X.; ROSA, J. A. R.; FACCHINI, L. A. Intoxicação por agrotóxicos entre trabalhadores rurais de fruticultura, Bento Gonçalves (RS). **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 335-344, 2009.

FARIA, N. M X.; FASSA, A. G.; FACCHINI, L. A. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 25-38, 2007.

FERNANDEZ, S. M. **Da diversificação a especialização**: origem e evolução dos sistemas produtivos de tabaco em Sobradinho (RS). Porto Alegre, 2010. 138p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural). Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FRARE E SILVA, R. L. et al. Cessação de tabagismo em pacientes de um hospital universitário em Curitiba. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 4, p. 480-487, 2011.

GOLDFARB, L. C. Tabagismo: estudo em adolescentes e jovens. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S.; BRANCO, V. C. (Org.). **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 162-172.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GUERRA, R. R. et al. A dinâmica produtiva da fumicultura no município de Vera Cruz (RS).  rea temática D: Estudos setoriais, cadeias produtivas, sistemas locais de produ o. In: ENCONTRO DE ECONOMIA GAÚCHA, 6., PUCRS. **Trabalhos**, 2012. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/download/eeg/6/mesa5/A_dinamica_produtiva_da_fumicultur_a_no_municipio_de_Vera_Cruz_RS.pdf>. Acesso em: 28 set. 2012.

GRZYWACZ, J. G. et al. Depressive symptoms among latino farmworkers across the agricultural season: structural and situational influences. **Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology**, v. 16, n. 3, p. 335-343, jul. 2010.

HEATHERTON, T. F. et al. The Fagerstr m Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstr m tolerance questionnaire. **British Journal of Addiction**, v. 86, n. 9, p. 1119-1127, 1991.

HEEMANN, F. **O cultivo do fumo e condi es de saúde e segurança dos trabalhadores rurais**. Porto Alegre, 2009. 171p. Disserta o (Mestrado em Engenharia de Produ o). Faculdade de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IGLESIAS, R. **A economia do controle do tabaco nos países do Mercosul e associados:** Brasil. Washington, D.C.: OPAS, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Síntese de Indicadores, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. IBGE Cidades, 2010a. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10 out. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **CD 2010 – Questionário da Amostra.** IBGE, 2010b. Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/download/questionarios/centso2010_amostra.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo. IBGE Cidades, 2010c. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Tabagismo.** IBGE, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro; 2009.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco.** [s.d.]a. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home>. Acesso em: 16 jun. 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.** Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana de Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab:** relatório Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo:** dados e números. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. 22 out. 2008. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1856>. Acesso em: 15 set. 2011

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo:** dados e números no mundo. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. [s.d.]b. Disponível em:
<<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=brasil.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2010.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Ação global para o controle do tabaco**. 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. Por um mundo sem tabaco: mobilização da sociedade civil. Instituto Nacional do Câncer, 2004.

JACOBSON, L. S. V. et al. Comunidade pomerana e uso de agrotóxicos: uma realidade pouco conhecida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2239-2249, dez. 2009.

JOHNSON, C. C. et al. Co-use of alcohol and tobacco among ninth-graders in Louisiana. **Preventing Chronic Disease**, v. 6, n. 3, p. A85, 2009.

KHAN, D. A. et al. Risk assessment of pesticide exposure on health of Pakistani tobacco farmers. **Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology**, v. 20, n. 2, p. 196-204, 2010.

KOIFMAN, S.; HATAGIMA, A. Exposição aos agrotóxicos e câncer ambiental. In: PERES, F; MOREIRA, J. C. (Org.). **É veneno ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

KIMURA, K. et al. Effects of pesticides on the peripheral and central nervous system in tobacco farmers in Malaysia: studies on peripheral nerve conduction, brain-evoked potentials and computerized posturography. **Industrial Health**, v. 43, n. 2, p. 285-294, 2005.

LEVIGARD, Y. E.; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1515-1524, nov./dez. 2004.

LUTFIYYA, M. N. et al. Adolescent daily cigarette smoking: is rural residency a risk factor? **Rural and Remote Health** (online), v. 8, n. 1, p. 875, 2008. Disponível em: <<http://www.rrh.org.au>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

MARTINS, A. et al. **Política Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário/Secretaria da Agricultura Familiar, Departamento de Assistência Técnica e Extensão Rural, 2007.

NEY, M. G.; HOFFMANN, R. A contribuição das atividades agrícolas e não-agrícolas para a desigualdade de renda no Brasil rural. **Economia Aplicada** (online), v. 12, n. 3, p. 365-393, 2008.

OLIVEIRA, P. P. V. de et al. First reported outbreak of green tobacco sickness in Brazil/ Primeiro relato do surto da doença da folha verde do tabaco no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2263-2269, dec. 2010.

OLIVEIRA, M. L. F.; ZAMBRONE, F. A. D. Vulnerabilidade e intoxicação por agrotóxicos em agricultores familiares do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, supl., p. 99-106, 2006.

OLIVEIRA-SILVA, J. J. et al. Influência de fatores socioeconômicos na contaminação por agrotóxicos, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 130-135, 2001.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

PERONDI, M. A.; SCHNEIDER, S. Bases teóricas da abordagem de diversificação dos meios de vida. **REDES - Revista do Desenvolvimento Regional**, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 2, p. 117-135, maio/ago. 2012.

RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A. Health, environment and working conditions in tobacco cultivation: a review of the literature. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1587-1600, 2012.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SATORA, L. et al. Green tobacco sickness in Poland. **Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej**, v. 119, n. 3, p. 184-186, mar, 2009.

SEEL, M. C. **Práticas ambientais na produção do tabaco**: um estudo a partir das interações entre organizações sociais e produtores. Lajeado (RS), 2009. 126p. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento). Centro Universitário Univates.

SILVA, S. S.; FERREIRA, P. A. A fumicultura no Brasil: um estudo exploratório sobre os impactos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e o posicionamento do Governo Federal. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DA PRODUÇÃO, 26. Ética e responsabilidade social – a contribuição do engenheiro na produção. Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 out. 2006. **Anais...**, 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR560372_8720.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2011.

SILVA, G. A.; VALENTE, J. G.; MALTA, D. C. Tendências do tabagismo na população adulta das capitais brasileiras: uma análise dos dados de inquéritos telefônicos de 2006 a 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, suppl.1, p. 103-114, 2011.

SILVA, J. M. et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, oct./dec. 2005.

SINDITABACO. Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco. **Tabaco no Sul do Brasil: uma cultura sustentável 2012**. Informativo Sinditabaco, 2012. Disponível em: <<http://sinditabaco.com.br/press-kit-e-publicacoes/institucional-2012>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

SCHOENHALS, M.; FOLLADOR, F. A. C.; SILVA, C. **Análise dos impactos da fumicultura sobre o meio ambiente, saúde dos fumicultores e iniciativas de gestão ambiental na indústria do tabaco**. Engenharia Ambiental, Espírito Santo do Pinhal, v. 6, n. 2, p. 16-37, maio/ago. 2009.

TURCI, S. R. Perfil de morbimortalidade de residentes em municípios fumicultores brasileiros. Resultados da pesquisa em Paraíso do Sul, RS. In: SEMINÁRIO DE DIVERSIFICAÇÃO NA AGRICULTURA FAMILIAR – Programa Nacional de Diversificação na Agricultura Familiar – Curitiba, 04 a 06 maio 2009. **Biblioteca Virtual da EMATER/PR**. Disponível em: <http://www.emater.pr.gov.br/arquivos/File/Seminarios/11Morbi_Mortalidade.pdf>. Acesso set. 2012.

WHO. World Health Organization. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco 2011**. Geneva: 2011a. Disponível em: <<http://www.who.int/publications/en/>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva: WHO, 2011b.

WHO. World Health Organization. **Guidelines for the conduct of the tobacco smoking surveys of the general population: report of a meeting**. Geneva, 1992. (N/WHO/SMO/83.4).

VARGAS, M. A.; OLIVEIRA, B. F. Estratégias de diversificação em áreas de cultivo de tabaco no Vale do Rio Pardo: uma análise comparativa. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 50, n. 1, p. 157-174, 2012.

WU, J. et al. Nicotine dependence among rural-urban migrants in China. **BMC Public Health**, v. 11, n. 296, 2011.

YANG, T. et al. Smoking patterns and sociodemographic factors associated with tobacco use among Chinese rural male residents: a descriptive analysis. **BMC Public Health**, v. 8, p. 248 (21 July 2008), 2008.

ZOTTI, C. F. **Meios de vida alternativos à cultura do tabaco nos municípios de Capanema e Planalto (PR)**. Porto Alegre, 2010. 128p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural). Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Instrumento n°: _____ Código do entrevistador: _____
 Data: ___/___/___ Horário início entrevista: ____:____ Término: ____:_____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

1. Nome da fonte da informação (responsável pela produção do tabaco):

2. Parentesco em relação ao núcleo familiar:

1 () Pai

2 () Filho

3 () Avô

4 () Mãe

5 () Outro – Especificar _____

3. Endereço: _____

4. Telefone: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

5. Quantas pessoas residem na mesma casa? _____ pessoa(s)

a) Nome: _____

Sexo: 1 () Masculino

2 () Feminino

Idade: _____ Parentesco: _____

Participa da cultura do tabaco? 1 () Sim 2 () Não Fumante? 1 () Sim 2 () Não

b) Nome: _____

Sexo: 1 () Masculino

2 () Feminino

Idade: _____ Parentesco: _____

Participa da cultura do tabaco? 1 () Sim 2 () Não Fumante? 1 () Sim 2 () Não

c) Nome: _____

Sexo: 1 () Masculino

2 () Feminino

Idade: _____ Parentesco: _____

Participa da cultura do tabaco? 1 () Sim 2 () Não Fumante? 1 () Sim 2 () Não

d) Nome: _____

Sexo: 1 () Masculino

2 () Feminino

Idade: _____ Parentesco: _____

Participa da cultura do tabaco? 1 () Sim 2 () Não Fumante? 1 () Sim 2 () Não

e) Nome: _____

Sexo: 1 () Masculino

2 () Feminino

Idade: _____ Parentesco: _____

Participa da cultura do tabaco? 1 () Sim 2 () Não Fumante? 1 () Sim 2 () Não

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS DA FAMÍLIA

6. Qual é a condição de moradia da família?

1 () Própria

2 () Alugada

3 () Cedida

4 () Outro – Especificar _____

7. Qual é o tipo de construção da moradia da família?

1 () Material

2 () Madeira

3 () Mista

4 () Outro – Especificar _____

8. Qual é a arquitetura do domicílio da família?

1 () Casa

- 2 () Apartamento
- 3 () Outro – Especificar _____

9. Qual é o número de peça(s) que tem o domicílio da família: _____ peça(s).

10. O domicílio da família possui energia elétrica?

- 1 () Sim
- 2 () Não

11. Que tipo de abastecimento de água o domicílio da família possui?

- 1 () Rede geral
- 2 () Poço/nascente
- 3 () Outro – Especificar _____

12. Qual é o destino do lixo do domicílio da família?

- 1 () Coletado
- 2 () Queimado/enterrado
- 3 () Céu aberto
- 4 () Outro – Especificar _____

13. Qual é o destino de fezes e urina do domicílio da família?

- 1 () Sistema de esgoto (rede geral)
- 2 () Fossa
- 3 () Céu aberto
- 4 () Casinha
- 5 () Outro – Especificar _____

14. Qual é a renda mensal da sua família? _____ R\$

15. Da renda anual, qual percentual de contribuição provém da cultura do tabaco?

16. Qual é a extensão da propriedade da família? _____ hectares. Destes, quantos hectares são destinados para a cultura do tabaco? _____ hectares.

17. Há quanto tempo à família trabalha com a cultura do tabaco?_____ em anos.

18. A sua família exerce outra atividade ou ocupação, além da cultura do tabaco?

1 () Sim. Especificar_____

2 () Não

19. A sua família tem procurado outra atividade ou ocupação para substituir a cultura do tabaco?

1 () Sim. Quais?_____

2 () Não

20. A sua família já recebeu alguma proposta visando, substituir a cultura do tabaco por outras?

1 () Sim. Quem?_____

2 () Não

VARIÁVEIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

21. Em caso de doença, qual serviço a sua família procura?

1 () Hospital

2 () Unidade de Saúde

3 () Farmácia

4 () Outros – Especificar_____

22. Os membros de sua família aplicam produtos agrotóxicos na lavoura?

1 () Sim. Quais: () Herbicidas: Quais:_____

() Inseticidas: Quais:_____

() Fungicidas: Quais:_____

() Antibrotante: Quais:_____

() Outro(s). Qual(is): _____

2 () Não

23. Os membros de sua família usam Equipamentos de Proteção Individual?

1 () Sim – Quais _____

2 () Não

24. Dos que auxiliam na cultura do tabaco, alguém já apresentou sintomas de intoxicação?

1 () Sim. Quais sintomas: _____

2 () Não

25. As empresas fumageiras oferecem a família suporte para o cuidado com a saúde?

1 () Sim - Qual _____

2 () Não

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DO RESPONSÁVEL PELA PRODUÇÃO**26. Sexo**

1 () Masculino

2 () Feminino

27. Idade: _____ anos**28. Quantos filhos você tem?**

1 () Sim. Número de filhos: _____

2 () Não

29. Qual é a sua cor ou etnia?

1 () Branca

2 () Preta

3 () Amarela

4 () Parda

5 () Indígena

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS DO RESPONSÁVEL PELA PRODUÇÃO**30. Estado conjugal?**

- 1 () Casado(a) ou com companheiro(a)
- 2 () Separado(a), desquitado(a), sem companheiro(a)
- 3 () Viúvo(a)
- 4 () Solteiro(a)

31. Quantos anos você estudou? _____ anos

32. Você está satisfeito com a cultura do tabaco?

- 1 () Satisfeito
- 2 () Pouco satisfeito
- 3 () Não satisfeito

33. Você tem vontade de parar com a cultura do tabaco?

- 1 () Sim. Por quê? _____
- 2 () Não. Por quê? _____

VARIÁVEIS DE SAÚDE E STATUS TABAGICO DO RESPONSÁVEL PELA PRODUÇÃO

34. Você tem alguma doença?

- 1 () Sim
- 2 () Não
- 3 () Não sabe

Se a resposta for “não”, pule para a questão 36.

35. Qual(is) é(são) a(s) doença(s) que você tem? (respostas múltiplas)

- 1 () Doença cardíaca
- 2 () Hipertensão arterial
- 3 () Colesterol
- 4 () Reumatismo
- 5 () Diabete melito
- 6 () Úlcera gástrica
- 7 () Gastrite
- 8 () Falta de ar

- 9 () Asma
- 10 () Bronquite
- 11 () Enfisema pulmonar
- 12 () Problemas de coluna
- 13 () Doenças intestinais
- 14 () Doenças de pele
- 15 () Depressão
- 16 () Câncer – Qual: _____
- 17 () Outras – Especificar _____

36. Durante a cultura do tabaco, você já apresentou/apresenta algum(ns) dos seguintes sintomas?

- 1 () Náusea
- 2 () Vômito
- 3 () Fraqueza
- 4 () Tontura
- 5 () Cefaleia
- 6 () Tristeza
- 7 () Cólicas abdominais
- 8 () Aumento da salivação
- 9 () Calafrios
- 10 () Alterações da pressão arterial e frequência cardíaca
- 11 () Outra(s) – Especificar _____
- 12 () Nunca apresentou

37. Em que momento da cultura você sentiu esses sintomas?

- 1 () Preparo da lavoura
- 2 () Cuidado com as mudas
- 3 () Plantio
- 4 () Colheita
- 5 () Preparo das folhas

38. Quais das doenças você acredita serem causadas pelo uso do tabaco?

- 1 () Câncer

- 2 () Problemas respiratórios
- 3 () Problemas cardíacos
- 4 () Problemas circulatórios
- 5 () Problemas renais
- 6 () Problemas gastrintestinais
- 7 () Problemas neurológicos
- 8 () Impotência/infertilidade
- 9 () Depressão
- 10 () Outra(s) – Especificar _____

39. Em relação ao cigarro, você é?

- 1 () Fumante
- 2 () Fumante em abstinência
- 3 () Não fumante

Se a resposta for 2 ou 3, pule para a questão 46.

40. Com que idade você começou a fumar? _____ anos

41. Há quanto tempo você é fumante? _____ anos

42. Qual o tipo de cigarro que você consome:

- 1 () Cigarro
- 2 () Charuto
- 3 () Cachimbo
- 4 () Cigarro de palha
- 5 () Cigarrilha (envolvidas em folhas de fumo)

43. Você já pensou em parar de fumar?

- 1 () Sim
- 2 () Não

44. Você já tentou parar de fumar?

- 1 () Sim
- 2 () Não

45. O que o impede de parar de fumar?

46. Você consome bebida alcoólica?

1 () Sim

2 () Não

Tempo de uso _____ em anos

Tipo de bebida: () Cerveja. Frequência e quantidade (copos): _____

() Vinho. Frequência e quantidade (copos): _____

() Cachaça. Frequência e quantidade (dose): _____

() Outros. Qual: _____

APÊNDICE B – Manual de Orientação para Coleta de Dados

Neste documento, encontram-se informações para auxiliar na condução da entrevista de aplicação do instrumento da pesquisa **Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da Região Sul do Brasil**.

CrITÉRIOS de inclusÃO: ser trabalhador rural e plantador de tabaco de ambos os sexos.

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **PORTANTO, DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Não tenha vergonha de consultá-lo. Consulte o manual **SEMPRE QUE SE FIZER NECESSÁRIO**, inclusive durante a entrevista. Releia o manual periodicamente.

Ao iniciar, apresente-se, fale por que você está ali e pergunte se a pessoa responsável pela produção do tabaco deseja participar, dizendo-lhe da importância de sua participação, explicando o objetivo do estudo (analisar o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da região Sul do Brasil).

Desejando participar do estudo, ele deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, lembrando ao participante que no termo contém o telefone e os contatos caso queira esclarecer dúvidas.

Mantenha seu celular desligado enquanto estiver entrevistando.

Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista.

Ao iniciar uma entrevista, tente concluí-la sem interrupções.

Preencha o questionário a caneta.

PREENCHA O INSTRUMENTO COM LETRA LEGÍVEL

Não faça codificação durante a entrevista.

Em caso de dúvida, anote tudo no questionário e busque esclarecer com o pesquisador responsável.

Não se esqueça dos materiais:

Crachá de identificação

Manual de instruções

Instrumentos de coleta de dados

Termo de consentimento livre e esclarecido

Caneta, borracha, prancheta e almofada para carimbo

Faça referência ao nome do(a) participante. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do(a) participante. Por exemplo: “Sr. Fulano, o que você acha sobre....” e não simplesmente “o que você acha sobre...”.

Nunca demonstre aprovação, surpresa, espanto diante das respostas. Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não influenciar condutas ou emitir julgamentos. A postura do(a) entrevistador(a) deve ser neutra em relação às respostas do(a) participante.

Lembre-se que você não pode influenciar ou sugerir respostas.

REGISTRE

- ✓ Todo instrumento terá um **número de identificação** em três dígitos, iniciando em 001, seguindo em sequência.
- ✓ **Código do coletador.** Ex.: 01
- ✓ **Data da realização da entrevista:** ____/____/____
- ✓ O **horário de início** da entrevista e também o **horário de encerramento** da entrevista, deve ser escrita no modo 24 horas (por exemplo: 03:15 horas da tarde, devendo ser codificada como 15:15horas).

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

1. **Nome da fonte da informação:** anote o nome (por extenso) da **pessoa que se autodenomina responsável pela produção do tabaco**, explicando a ele que o nome é somente para o controle de qualidade, que seu sigilo/anonimato está assegurado.
2. **Parentesco:** pergunte ao responsável pela produção do tabaco, qual o parentesco que tem em relação aos demais componentes da família ou núcleo familiar. Se ele é o pai, filho, avô, mãe ou outros, especificar.
3. **Endereço:** preencha o endereço do responsável pela produção do tabaco. É importante que esse dado seja o mais preciso possível.
4. **Telefone:** preencha com o número de telefone residencial e/ou celular do responsável pela produção. Se não existir, registre como “não tem”.

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

5. Quantas pessoas residem na mesma casa? _____ pessoa(s). Registre o número de pessoas no domicílio. Abaixo registre o nome completo, o sexo, a idade, o parentesco, se participa na cultura do tabaco e se é fumante (pessoas que fumam regularmente um ou mais cigarros por dia) ou não de todas as pessoas residentes no domicílio.

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS DA FAMÍLIA

6. Qual é a condição de moradia da família? Perguntar se a moradia da família é própria, alugada, cedida ou outro. Se outro, descrever como é a condição.

7. Qual é o tipo de construção da moradia da família? Perguntar se a moradia da família é de material, madeira, mista ou outro. Se outro, descrever como é o tipo.

8. Qual é a arquitetura do domicílio da família? Perguntar se o domicílio da família é casa, apartamento ou outro. Se outro, descrever como é a arquitetura.

9. Qual é o número de peça(s) tem o domicílio da família: _____
peça(s) Perguntar quantas peças tem no domicílio da família, exclua banheiro, garagem, corredor e depósito.

10. O domicílio da família possui energia elétrica? Perguntar se no domicílio da família possui ou não energia elétrica.

11. Que tipo de abastecimento de água no domicílio da família possui? Perguntar se o domicílio da família possui abastecimento de água por rede geral, poço/nascente ou outro. Se outro, descrever como é o abastecimento de água.

12. Qual o destino do lixo do domicílio da família? Perguntar se o lixo do domicílio da família é coletado, queimado/enterrado, céu aberto ou outro. Se outro, descrever como é o destino.

13. Qual é o destino de fezes e urina do domicílio da família? Perguntar se o destino de fezes e urina do domicílio da família é por sistema de esgoto (rede geral), fossa, céu aberto, casinha ou outro. Se outro, descrever qual é o destino.

14. Qual a renda mensal da sua família? _____ R\$. Pergunte a renda mensal da família em relação a reais.

15. Da renda anual, qual percentual de contribuição provém da cultura do tabaco? Pergunte e registre, da renda, quantos por cento provém da cultura do tabaco.

16. Qual é a extensão da propriedade da família? _____ hectares. Destes, quantos hectares são para a cultura do tabaco? _____ hectares. Pergunte quantos hectares de terra à família tem e (X hectares) quantos são destinados à cultura do tabaco.

17. Há quanto tempo à família trabalha com a cultura do tabaco? _____ em anos. Pergunte quanto tempo faz que a família trabalha com a cultura do tabaco em anos.

18. A sua família exerce outra atividade ou ocupação, além da cultura do tabaco? Pergunte se a família exerce outra atividade ou ocupação, além da cultura do tabaco. Se **sim**, especificar qual(is) é(são).

19. A sua família tem procurado outra atividade ou ocupação para substituir a cultura do tabaco? Pergunte se a família tem procurado outra atividade ou ocupação para substituir a cultura do tabaco. Se **sim**, especificar qual(is) é(são).

20. A sua família já recebeu alguma proposta visando, substituir a cultura do tabaco por outras? Pergunte se a família recebeu alguma proposta (prefeitura, Emater, associações, etc.) com o intuito de substituir a cultura do tabaco por outra cultura ou atividade. Se **sim**, especificar quem.

VARIÁVEIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

21. Em caso de doença qual serviço à sua família procura? Pergunte ao responsável pela produção quando algum membro da família adoece, qual(is) serviço(s) de saúde procuram, assinalando nas opções (hospital, unidade de saúde, farmácia) ou outros, especificando.

22. Os membros de sua família aplicam produtos agrotóxicos na lavoura? Pergunte se alguém da família aplica produtos agrotóxicos na lavoura. Se **sim**, citar quais são.

23. Os membros de sua família usam equipamentos de proteção individual (EPIs)? Pergunte se os membros da família fazem uso dos EPIs. Se **sim**, citar quais.

24. Dos que auxiliam na cultura do tabaco, alguém já apresentou sintomas de intoxicação? Pergunte se, dos que auxiliam na cultura do tabaco na família, alguém já apresentou sintomas de intoxicação. Se **sim**, citar quais.

25. As empresas fumageiras oferecem à família suporte para o cuidado com a sua saúde? Pergunte se alguma empresa fumageira oferece suporte para o cuidado a saúde do fumicultor. Se **sim**, citar qual(is).

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DO RESPONSÁVEL PELA PRODUÇÃO

26. Sexo. Pergunte o sexo da pessoa.

27. Idade: _____ anos. Pergunte qual a idade da pessoa.

28. Quantos filhos você tem filhos? Pergunte quantos filhos vivos o responsável pela produção do tabaco tem. Se **sim**, anote o número de filhos que ele relatar.

29. Qual a sua cor ou etnia. As opções estão de acordo com o IBGE. Pergunte ao responsável pela produção do tabaco, qual a sua cor ou etnia: branca, preta, amarela, parda, indígena (autodeclarada).

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS DO RESPONSÁVEL PELA PRODUÇÃO

30. Estado conjugal: pergunte a situação conjugal do responsável pela produção do tabaco, se é casado(a) ou mora com companheiro(a); separado(a), desquitado(a), sem companheiro(a); viúvo(a); nunca casou; solteiro(a).

31. Quantos anos você estudou? _____ anos. Pergunte quantos anos o responsável pela produção do tabaco estudou.

32. Você está satisfação com a cultura do tabaco? Pergunte se o responsável pela produção do tabaco está satisfeito, pouco satisfeito ou não satisfeito com a cultura do tabaco.

33. Você tem vontade de parar com a cultura do tabaco? Pergunte se o responsável pela produção do tabaco tem vontade de parar com a cultura do tabaco. Se a resposta for sim, ou não, perguntar a ele o porquê.

VARIÁVEIS DE SAÚDE E STATUS TABÁGICO DO RESPONSÁVEL PELA PRODUÇÃO

34. Você tem alguma doença? Pergunte se ao responsável pela produção do tabaco se ele tem alguma doença, não tem ou não sabe. Se a resposta for **não**, pule para a questão **36**.

35. Qual(is) é(são) a(s) doença(s) que você possui? Pergunte quais são as doenças que o(a) responsável pela produção do tabaco possui: doença cardíaca, hipertensão arterial, colesterol, reumatismo, diabete melito, úlcera gástrica gastrite, falta de ar, asma, bronquite, enfisema pulmonar, problemas de coluna, doenças intestinais, doenças de pele, depressão, câncer, especificar que tipo e outras, especificar outras doenças referidas. Essa questão pode ter **múltiplas respostas**.

36. Durante a cultura do tabaco, você já apresentou/apresenta algum dos seguintes sintomas? Pergunte ao responsável pela produção do tabaco, se ele já apresentou algum(s) dos sintomas: náusea, vômito, fraqueza, tontura, cefaleia, tristeza, cólicas abdominais, aumento da salivação, calafrios, alterações da pressão arterial e frequência cardíaca, outra(s) especificar, durante a cultura do tabaco.

37. Em que momento da cultura você sentiu estes sintomas? Pergunte ao responsável pela produção do tabaco, em que momento da cultura ele sentiu os sintomas acima referidos. A resposta pode ser de múltiplas escolhas. Se for ao preparo da lavoura, no cuidado com as mudas, no plantio, na colheita ou no preparo das folhas.

38. Quais das doenças você acredita ser/serem causadas pelo uso do tabaco? Pergunte quais das doenças (câncer, problemas respiratórios, cardíacos, circulatórios, renais, gastrintestinais, neurológicos, impotência/infertilidade, depressão). Se outra(s), especificar.

39. Em relação ao cigarro, você é. Pergunte ao responsável pela produção de tabaco se ele fuma, já foi fumante ou se nunca fumou. Se a resposta for **fumante em abstinência**, ou **não fumante encerre a entrevista**.

* Fumante: pessoa que fuma um ou mais cigarros por dia; fumante em abstinência (ex-fumante): pessoa em abstinência há mais de 06 meses; nunca fumante: pessoa que até pode ter experimentado, mas nunca mais fumou.

40. Com que idade você começou a fumar? _____ anos. Pergunte com que idade o responsável pela produção do tabaco começou a fumar.

41. Há quanto tempo você é fumante? _____ anos. Pergunte há quantos anos o senhor(a) fuma. Em anos.

42. Qual o tipo de cigarro que você consome: pergunte qual tipo de cigarro o responsável pela produção de tabaco consome – cigarro comercializado, charuto, cachimbo, cigarro de palha (feito em casa), cigarrilha (envolvidas em folhas de tabaco).

43. Você já pensou em parar de fumar? Pergunte ao responsável pela produção de tabaco se ele já **pensou** em parar de fumar.

44. Você já tentou parar de fumar? Pergunte ao responsável pela produção de tabaco se ele já **tentou** parar de fumar.

45. O que o impede de parar de fumar? (pergunta aberta). Pergunte e registre o que impede o responsável pela produção de tabaco parar de fumar. Resposta múltipla, pois pode ter mais de um motivo.

46. Você consome bebida alcoólica? Pergunte ao responsável pela produção de tabaco se ele consome bebida alcoólica. Se **sim**, pergunte o tipo de bebida (descrever), o tempo de uso (em anos), a quantidade (doses/dia) e a unidade (dose/lata/garrafa).

Se a resposta da **questão 39** for **FUMANTE**, aplique a **Escala de Fagerström**.

1. **Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?** Pergunte ao responsável pela produção de tabaco quanto tempo após acordar ele fuma o primeiro cigarro: dentro de 5 minutos; entre 6 e 30 minutos; entre 31 e 60 minutos; após 60 minutos.

2. **Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?** Pergunte ao responsável pela produção de tabaco se ele acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc., e marque sim ou não.

3. **Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?** Pergunte ao responsável pela produção de tabaco qual o cigarro do dia traz mais satisfação: o primeiro da manhã ou outros.

4. **Quantos cigarros você fuma por dia?** Pergunte ao responsável pela produção de tabaco quantos cigarros ele fuma/dia: menos de 10; de 11 a 20; de 21 a 30; mais de 31.

5. **Você fuma mais frequentemente pela manhã?** Pergunte ao responsável pela produção de tabaco se ele fuma mais pela manhã. Marque sim ou não.

6. **Você fuma mesmo quando está doente?** Pergunte ao responsável pela produção de tabaco se ele fuma mesmo quando está doente, marque Sim ou Não.

Faça a soma e marque a **pontuação total da Escala de Fagerström**: _____

Em seguida, **auxilie** o responsável pela produção de tabaco a **responder o Inventário de Depressão de Beck**. No final, faça a soma e marque a pontuação total.

Agradeça a participação.

ANEXOS

ANEXO A – Inventário de Depressão de Beck (BDI)

INSTRUÇÕES: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE!** Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

0 Não me sinto triste

1 Eu me sinto triste

2 Estou sempre triste e não consigo sair disso

3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar

0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro

1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro

2 Acho que nada tenho a esperar

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

0 Não me sinto um fracasso

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes

2 Não encontro um prazer real em mais nada

3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

0 Não me sinto especialmente culpado(a)

1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo

2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo

3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

0 Não acho que esteja sendo punido(a)

1 Acho que posso ser punido(a)

2 Creio que vou ser punido(a)

3 Acho que estou sendo punido(a)

0 Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a)

1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a)

2 Estou enojado(a) de mim

3 Eu me odeio

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

0 Não tenho quaisquer ideias de me matar

1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria

2 Gostaria de me matar

3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade

0 Não choro mais que o habitual

1 Choro mais agora do que costumava

2 Agora, choro o tempo todo

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

0 Não sou mais irritado(a) do que sempre estou

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava

2 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo

3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas

1 Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas do que costumava estar

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

0 Tomo decisões tão bem quanto antes

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava

2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes

3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes

1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo

3 Acredito que pareço feio(a)

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes

1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa

3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

0 Consigo dormir tão bem como o habitual

1 Não durmo tão bem como costumava

2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual

1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava

2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa

3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

0 Meu apetite não está pior do que o habitual

1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser

2 Meu apetite é muito pior agora

3 Absolutamente não tenho mais apetite

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente

1 Perdi mais do que 2 quilos e meio

2 Perdi mais do que 5 quilos

3 Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: ()Sim ()Não

0 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual

1 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa

3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava

2 Estou muito menos interessado por sexo agora

3 Perdi completamente o interesse por sexo

Subtotal da página 1 _____

Subtotal da página 2 _____

ESCORE TOTAL _____

ANEXO B – Escala de Fagerström**1) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?**

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1 () Dentro de 5 minutos | 3 |
| 2 () Entre 6 e 30 minutos | 2 |
| 3 () Entre 31 e 60 minutos | 1 |
| 4 () Após 60 minutos | 0 |

2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?

- | | |
|-----------|---|
| 1 () Sim | 1 |
| 2 () Não | 0 |

3) Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

- | | |
|---------------------------|---|
| 1 () O primeiro da manhã | 1 |
| 2 () Outros | 0 |

4) Quantos cigarros você fuma por dia?

- | | |
|-------------------|---|
| 1 () Menos de 10 | 0 |
| 2 () De 11 a 20 | 1 |
| 3 () De 21 a 30 | 2 |
| 4 () Mais de 31 | 3 |

5) Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- | | |
|-----------|---|
| 1 () Sim | 1 |
| 2 () Não | 0 |

6) Você fuma mesmo quando está doente?

- | | |
|-----------|---|
| 1 () Sim | 1 |
| 2 () Não | 0 |

Pontuação total Escala de Fagerström: _____

**ANEXO C – Declaração da Secretaria Municipal de Saúde Referente à Autorização
para a Realização da Coleta de Dados da Pesquisa**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARUÇU DO SUL
RUA DO COMÉRCIO 1424
FONE/FAX 55-3739-1080 - CEP 98.410.000
TAQUARUÇU DO SUL - RS

Taquaruçu do Sul, 18 de Novembro de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para dos devidos fins que Marcia Casaril dos Santos Cargin, orientanda da pesquisadora Enfermeira Professora Isabel Cristina Echer, portadora do CPF: 000.787.990-52 e RG: 9087316072, referente ao projeto de pesquisa: **Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da região Sul do Brasil**, está autorizada a realizar o levantamento do numero de famílias de fumicultores residentes no município, bem como desenvolver a pesquisa.

Certos de vossa atenção, subscrevemo-nos.

Atenciosamente.


Jair Antônio Zancan
Secretário Municipal de Saúde
Sec. Mun. de Saúde

**ANEXO D – Declaração da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

DECLARAÇÃO

Projeto: PG Mestre 014/ 2011

Pesquisadores: Marcia Casaril dos Santos e Profa. Isabel Cristina Echer

Título: PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DE FAMÍLIAS DE FUMICULTORES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, declara que CERTIFICA o projeto em tela, já submetido e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 01 de Dezembro de 2011.

Profª Dra Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEnf - UFRGS

ANEXO E – Carta de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da URI



URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
 Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 708 de 19/05/92 - D.O.U. de 21/05/92
 Mantida pela Fundação Regional Integrada – FuRI
 URI – CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN
 Site: <http://www.fw.uri.br>
 e-mail: secgeral@fw.uri.br

Frederico Westphalen, 05 de janeiro de 2012

Prezado (a) Senhor (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da URI-FW aprovou os projetos de pesquisa registrado sob número **CAAE 0055.0.284.000-11** –intitulados como **Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da região sul do Brasil-** sob responsabilidade da pesquisadora **Marcia Casaril dos Santos Carginin**

Lembramos que um relatório anual do projeto em andamento deverá ser apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da URI-FW.

Atenciosamente

Comitê de Ética em Pesquisa da URI-FW

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA URI
 Campus de Frederico Westphalen
 Resolução nº 799/CUN/2005

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participante

Projeto de pesquisa: Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da Região Sul do Brasil.

Pesquisadora responsável: Profa. Marcia Casaril dos Santos Cargnin.

Contato: e-mail: marciacasaril@hotmail.com. Fone: 3744 9259 ou 96441247.

Telefone do Comitê de Ética: (55) 3744-9200 – Ramal 306

Este documento tem a finalidade de obter seu consentimento formal para participar da pesquisa intitulada **Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da Região Sul do Brasil**, cujo objetivo é analisar o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da região Sul do Brasil. A justificativa do estudo é poder contribuir para propor ações de saúde com atuação intersetorial e multiprofissional com vistas a melhorar a qualidade de vida dessa população.

Sua participação consiste em responder às questões feitas pelo entrevistador. O tempo estimado para responder os instrumentos é de 45 minutos.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, preenchido e assinado em duas vias, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre os objetivos e a justificativa do projeto e os procedimentos a que serei submetido. O desconforto será o tempo gasto em responder os instrumentos. Fui igualmente informado da garantia de receber respostas a qualquer dúvida relacionada ao estudo; da liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que esta atitude traga prejuízo para a minha pessoa; da segurança de que não serei identificado(a) em momento algum e de que as informações obtidas em relação à minha pessoa serão confidenciais; os dados serão armazenados por 05 anos pelo pesquisador e depois destruídos.

A participação é voluntária e o participante poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que esta decisão acarrete dano.

Esta pesquisa tem finalidade acadêmica, tendo como pesquisadora responsável Marcia Casaril dos Santos Cargnin. Esse documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

Nome e assinatura do participante: _____

Impressão digital: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

_____, ____ de _____ de 2012.

ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Auxiliar de Pesquisa

Este projeto de pesquisa, intitulado **Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da Região Sul do Brasil**, tem o objetivo de analisar o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de famílias de fumicultores de um município da região Sul do Brasil. A justificativa do estudo é poder contribuir para propor ações de saúde com atuação intersetorial e multiprofissional com vistas a melhorar a qualidade de vida dessa população.

De acordo com o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) de que não possuo vínculo empregatício com a URI e com a pesquisadora Marcia Casaril dos Santos Cargnin e de que o trabalho de auxiliar de pesquisa caracteriza-se como voluntário, ou seja, sem remuneração. Declaro também que não possuo direitos autorais com relação aos dados da pesquisa e que posso decidir de participar da pesquisa quando julgar necessário.

Pelo presente consentimento informado eu, _____, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, do trabalho voluntário e da autonomia em querer participar desta pesquisa como auxiliar na coleta de dados.

 Nome completo do auxiliar de pesquisa
 Fone:

 Assinatura do auxiliar de pesquisa

 Marcia Casaril dos Santos Cargnin
 Fone: (55)96441247

 Assinatura do pesquisador

_____, ____ de _____ de 2012.