



PERFIL DO CONSUMO ALIMENTAR E FATORES ASSOCIADOS À SAÚDE DE TABAGISTAS

Edjane Marcela de Oliveira Lima¹, Ellen Daltra Ferreira Bonfim², Raquel Cristina Silva de Jesus³, Marcia Maria Hernandes de Abreu de Oliveira Salgueiro⁴, Elias Ferreira Porto⁵, Anselmo Cordeiro de Souza⁶

¹Graduada em Nutrição, Centro Universitário Adventista do Nordeste (UNIAENE), Cachoeira-BA. edjane.marcela@gmail.com

²Graduada em Nutrição, Centro Universitário Adventista do Nordeste (UNIAENE), Cachoeira-BA. edna.b.nfim@hotmail.com

³Graduada em Enfermagem, Centro Universitário Adventista do Nordeste (UNIAENE), Cachoeira-BA. raqueljesus.edu@gmail.com

⁴Doutora em Saúde Pública, docente no Mestrado em Promoção da Saúde no Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), Cachoeira-BA. marciasalgueironutricionista@yahoo.com.br

⁵Doutor em Ciências, docente no Mestrado em Promoção da Saúde no Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), Cachoeira-BA. eliasporto@gmail.com

⁶Orientador, mestre em Promoção da Saúde, Escola de Saúde no Centro Universitário Adventista do Nordeste (UNIAENE), Cachoeira-BA. anselmo.souza@adventista.edu.br

RESUMO

O tabagismo está associado a aproximadamente 6 milhões de óbitos no mundo, e cerca de US\$ 500 bilhões de custos em saúde são atribuíveis à doença e fatores relacionados. Todavia, poucos estudos investigam as relações entre tabagismo e seus efeitos no perfil de saúde do indivíduo. A presente pesquisa objetivou traçar o perfil do consumo alimentar e de fatores associados à saúde de tabagistas de um Centro de Referência em Reabilitação e Assistência à Saúde (CRRAS) da cidade de São Paulo. Trata-se de investigação não experimental, de amostra não probabilística, de aplicação transversal, e abordagem quantitativa, realizada de novembro de 2016 a novembro de 2017. Foram aplicados os questionários: sociodemográfico, para verificar os critérios de inclusão no estudo; "Questionário de tolerância à nicotina", sobre hábito de fumar; "Como está sua alimentação?", instrumento do Ministério da Saúde; e exame Absorciometria Radiológica de Raio X de Dupla Energia (DEXA). Participaram 18 tabagistas com idade entre 45 e 66 anos, de ambos os sexos; com grau de dependência nicotínica prevalente baixa (33%); consumo alimentar classificado como de "atenção" (55%); baixo Índice de Massa Magra em ambos os sexos; e Índice de Gordura Corporal para amostra do presente estudo, que resultou, respectivamente, em sobrepeso e obesidade classe I. Os indivíduos apresentaram inadequação no consumo alimentar e baixíssima realização de atividades físicas, o que está associado a um estilo de vida regular, em que é desejável melhorar. Assim, são necessárias abordagens mais assertivas quanto a essa temática por parte dos prestadores de cuidados de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Estilo de vida; Hábito de fumar; Ingestão de alimentos; Perfil de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo, considerado uma doença crônica, é causado pela dependência da nicotina, substância psicoativa presente nos produtos que derivam do tabaco (BRASIL, 2021). As substâncias contidas na fumaça do cigarro ao ser inalado são absorvidas pela corrente sanguínea (CHAO *et al.*, 2019). Assim, o tabagismo causa riscos à saúde, provocando diversas enfermidades como: câncer (de pulmão, laringe, faringe etc.), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças cardiovasculares, infecções respiratórias, infertilidade e outras (DAI *et al.*, 2022; BRASIL, 2022; 2023).

De acordo com Szklo e Bertoni (2020) em uma escala global, a exposição à fumaça do cigarro e o uso do tabaco estão associados a mais de 8 milhões de mortes, e custos de saúde relacionados a fumantes alcançam aproximadamente R\$ 57 bilhões anualmente. No Brasil, até 2019 o percentual de fumantes era de 12,6%, tendo uma queda em relação a 2013, que foi de 14,7%. Na Região Sudeste, a proporção foi de 13,3% em indivíduos com 18 anos ou mais. Diante desse quadro, o Brasil dispõe de um grande sistema que realiza pesquisa, vigilância, propagandas pró e antitabaco e em relação a produção, distribuição e uso do mesmo (BRASIL, 2002; 2021; 2022; 2023).



Destaca-se que a nicotina provoca alterações entre o tamanho das refeições e o número daquelas feitas ao dia ao prolongar o crescimento do intervalo entre elas (CHAO *et al.*, 2019). Pode ainda suprimir o apetite e modificar o comportamento alimentar, pois diminui o desejo por comida e leva ao aumento do metabolismo (BLOOM *et al.*, 2019). Os tabagistas apresentam menor diversidade nas escolhas alimentares e são menos aderentes a orientações dietéticas, assim as dietas com alto teor calórico, lipídico e baixa ingestão de frutas e vegetais têm menor índice de vitaminas, antioxidantes e fibras (MACLEAN; COWAN; VERNARELLI, 2018).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), ocorre grande redução nos hábitos alimentares dos fumantes, pois a nicotina age no sistema nervoso central, alterando o paladar, aumentando o nível dos neurotransmissores anorexígenos como a dopamina e serotonina. Isso faz com que os fumantes consumam menos frutas e vegetais e mais sal, café, bebidas alcoólicas e guloseimas – esta última com a única finalidade de diminuir o cheiro da fumaça do tabaco (BRASIL, 2022; 2023).

Fumantes formam grupo prioritário para ações multiprofissionais que incluam, além do objetivo de cessação do tabagismo, ações de educação alimentar e combate ao sedentarismo, hábitos saudáveis de vida, prática de algum esporte que os agrade, momentos de lazer como cinema, leitura, ouvir música, conversar com amigos. Além disso, a religião pode ser fundamental ao tratamento do tabagismo no exercício de práticas que lhes são sagradas e religiosas na busca por conforto espiritual, podendo assim alcançar a cura por meio da fé. É sabido que a fé é benéfica à saúde, e pequenos atos de fé podem aliviar tensões causadas no dia a dia (BRASIL, 2022; 2023; PONTES; GUIMARÃES, 2012).

No entanto, parece haver poucos estudos investigando a relação entre tabagismo e fatores de estilo de vida, como consumo alimentar, e seus efeitos no perfil de saúde. A presente pesquisa teve como objetivo traçar o perfil de consumo alimentar e fatores associados à saúde entre fumantes em um Centro de Referência em Reabilitação e Atenção à Saúde (CRRAS), localizado na zona sul da cidade de São Paulo (SP).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo é parte de um projeto temático com percurso metodológico que compreendeu a coleta de outros dados previamente publicados e discutidos (SOUZA *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2018). Assim, o presente trabalho diz respeito a uma investigação não experimental, de amostra não probabilística, de aplicação transversal, e abordagem quantitativa, realizada de novembro de 2016 a novembro de 2017 em um CRRAS situado em São Paulo.

2.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A investigação teve como população-alvo adultos de meia-idade (45-66 anos), moradores da zona sul da cidade de São Paulo. Realizou-se no Centro de Referência em Reabilitação e Assistência à Saúde (Policlínica UNASP), localizada na região de saúde do Capão Redondo. A capacidade de atendimento da policlínica é de cerca de 5 mil atendimentos por mês.

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA AMOSTRA

Ser indivíduo fumantes de ambos os sexos, com idade entre 45 e 66 anos e com carga tabagística igual ou superior a 20 anos/maço, como proposto em outros estudos sobre tabagismo (KUMPEL *et al.*, 2010; KUMPEL *et al.*, 2014), que concordaram em



participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA AMOSTRA

Os critérios de não inclusão foram: indivíduos que apresentaram condições neurológicas graves; lesões ou doenças ortopédicas ou reumatológicas graves; doenças pulmonares graves, com redução de função pulmonar; diminuição da mobilidade por doenças crônicas que podem afetar o desempenho físico; cirurgia prévia no prazo de dois meses; infarto agudo do miocárdio nos últimos seis meses prévios ao estudo; uso de corticoides sistêmicos durante as últimas seis semanas.

2.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O convite para participação no estudo foi feito pelos profissionais (fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas) atuantes no Centro de Referência em Reabilitação e Assistência à Saúde (Policlínica UNASP), que se deu durante a avaliação de admissão dos pacientes, no período de novembro de 2016 a novembro de 2017. Os interessados foram encaminhados aos pesquisadores, e as entrevistas, marcadas em local reservado e horário previamente agendado. Ressalta-se, como já citado, que inicialmente o percurso metodológico proposto para operacionalização do estudo compreendeu a coleta de vários dados, portanto nesta investigação descreveram-se estritamente os procedimentos de coleta de dados e os instrumentos utilizados para o alcance dos objetivos elencados. Logo, apesar de a coleta de dados originalmente ter sido operacionalizada em três momentos, para este trabalho utilizaram-se somente os coletados nos dois primeiros momentos, os quais se explicitam a seguir.

No primeiro momento, foram informados aos convidados detalhes da investigação explícitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aos que concordaram em participar assinando o TCLE, aplicou-se um questionário sociodemográfico e fatores relacionados, criado pelos pesquisadores, de avaliação individual, visando verificar os critérios de inclusão, além de caracterização da amostra e fins de conhecimento do perfil dos respondentes. Na sequência, aplicou-se um questionário sobre o hábito de fumar conhecido como “Teste de Fagerström”, assim como o do Ministério da Saúde do Brasil denominado “Como está sua alimentação?”. No segundo momento, foi realizado o exame Absorciometria Radiológica de Raio X de Dupla Energia (DEXA), que avaliou a composição corporal total.

2.4.1 Questionário sociodemográfico

Utilizou-se um questionário sociodemográfico e fatores relacionados, criado pelos pesquisadores, de avaliação individual, para caracterizar a amostra em busca de dados, visando conhecer o perfil dos participantes do estudo, tais como sexo, idade, estado civil e escolaridade.

2.4.2 Questionário de tolerância à nicotina

O questionário de tolerância à nicotina (*Fagerström*) foi elaborado pelo médico dinamarquês *Karl Fagerström* em 1974. Esse método de avaliação, constituído de questões de múltipla escolha relacionadas a dados pessoais, escolaridade e estado tabagístico, é amplamente empregado hoje por especialistas para ajudar a definir a melhor estratégia para quem deseja parar de fumar. O instrumento contém sete questões com uma



pontuação máxima igual a 11 pontos, e quanto maior for a pontuação, maior é a dependência à nicotina (MARQUES *et al.*, 2001).

2.4.3 Consumo alimentar

O consumo alimentar foi avaliado por meio do questionário do Ministério da Saúde intitulado “Como está sua alimentação?”, composto por 18 questões de múltipla escolha que contemplam aspectos contidos no guia alimentar. As questões apresentam de duas a quatro alternativas, com pontuações entre 0 a 4, que classificam o consumo alimentar e outros hábitos de vida em adequado e inadequado. Respostas com pontuação 0, 1 ou 2 foram classificadas como comportamentos inadequados, e aquelas com pontuação 3 ou 4, comportamentos adequados. Nas questões 5, 15 e 18, referentes a consumo diário de carnes, consumo de água e leitura de rótulos dos alimentos, as respostas com pontuação 0 ou 1 foram consideradas comportamentos inadequados, já aquelas com pontuação 2 ou 3, comportamentos adequados. Para a questão 4, sobre o consumo de cereais, pães e outros carboidratos complexos, as pontuações 0, 1, 2 ou 4 foram classificadas como comportamento inadequado, e 3, comportamento adequado (BRASIL, 2013).

A pontuação final do questionário é o resultado do somatório de todas as questões, e pode variar de 1 a 58. Os indivíduos que alcançaram até 28 pontos precisam tornar sua alimentação e hábitos de vida mais saudáveis; já aqueles entre 29 e 42 pontos devem ter mais atenção com a alimentação e hábitos de vida; e os que atingiram 43 pontos ou mais estão no caminho para um modo de vida saudável (BRASIL, 2013). Para análise das três categorias relativas à qualidade do consumo alimentar e outros hábitos de vida, no presente estudo foram adotados os seguintes termos: “Precisa melhorar”, “Atenção” e “Parabéns”, respectivamente.

2.4.4 Absorciometria radiológica de Raio X de dupla energia (DEXA)

Essa técnica baseia-se na suposição de que o corpo é formado por três compartimentos – gordura, mineral ósseo e tecido magro não ósseo –, todos com densidades diferentes. Utiliza os raios-X em vez do isótopo gadolínio como a Absorciometria de fóton duplo (DPA). Os raios-X de DEXA têm potência constante e um filtro de extremidade cerium (K), para gerar dois picos de energia (40 KeV e 70 KeV). A técnica tem o potencial para resultados muito precisos, seja qual for a idade, sexo ou raça do avaliado (ANDRADE, 2016; MONTEIRO; FERNANDES FILHO, 2002).

Para tanto, os participantes realizaram um exame de densitometria óssea de corpo inteiro, no qual se avaliaram a densidade mineral óssea e a massa muscular por segmento corporal. Para esse exame, feito com o indivíduo em jejum mínimo de 8 horas e de rápida duração (não ultrapassa 30 minutos), firmou-se parceria com clínica ou universidade que dispõe do recurso, solicitado pelo médico da UBS que colabora com a policlínica.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, em observância à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2013), com parecer favorável sob o nº 1.820.836. As análises estatísticas dos dados foram realizadas por meio do *software Statistical Package of Social Science (SPSS)*, versão 22. Os dados são apresentados em média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas, e em frequência relativa para as qualitativas.



3 RESULTADOS

Dos indivíduos elegíveis, 18 completaram os questionários, espirometria e exames DEXA, os quais foram avaliados nesta investigação. O perfil deles era: entre 45 e 66 anos, de ambos os sexos, idade média de $59,3 \pm 5,4$ anos, Índice de Massa Corporal médio de $26,5 \pm 3,4$, a maioria do sexo feminino (13) – o equivalente a 72% – e grau de dependência nicotínica prevalente baixa (6), correspondente a 33%.

Na caracterização geral em relação ao consumo alimentar, houve maior proporção de tabagistas classificados em estado de “atenção” ($n = 10$; 55,6%) para com o seu consumo alimentar (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização da amostra do estudo em média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas, e frequência relativa para as variáveis qualitativas

Variáveis	Total (N = 18)
Idade (anos)	$59,3 \pm 5,4$
Peso (kg)	$68,9 \pm 12,1$
IMC (kg/m ²)	$26,5 \pm 3,0$
Sexo	n (%)
Feminino	13 (72,3)
Masculino	05 (27,7)
Estado civil	n (%)
Casado	07 (38,8)
Solteiro	05 (27,7)
Viúvo	04 (22,2)
Divorciado	02 (11,3)
Classificação socioeconômica	n (%)
Classe B	03 (16,5)
Classe C	15 (83,5)
Grau de dependência tabágica	n (%)
Baixo	06 (33,4)
Médio	03 (16,5)
Elevado	07 (38,8)
Muito elevado	02 (11,3)
Como está sua alimentação	
Precisa melhorar	04 (22,2)
Atenção	10 (55,6)
Parabéns	04 (22,2)

Fonte: Dados da pesquisa.

Destaca-se ainda que, em relação ao consumo alimentar, houve prevalência de inadequação nos itens 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 17 e 18 do questionário “Como está sua alimentação?”; ou seja, 11 (61,2%) dos 18 itens do questionário indicaram prevalências de inadequação (Quadro 1).

Quadro 1: Consumo alimentar de tabagistas avaliado por questão do instrumento “Como está sua alimentação?”

Questão	Adequado	Inadequado
---------	----------	------------



	n (%)	n (%)
1. Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/ fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?	04 (22,2)	14 (77,8)
2. Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?	-	18 (100)
3. Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?	12 (66,6)	06 (33,4)
4. Qual é a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados...	07 (38,8)	11 (61,2)
5. Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes) ou ovos que você come por dia?	08 (44,4)	10 (55,6)
6. Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?	16 (88,7)	02 (11,3)
7. Com que frequência você costuma comer peixes?	05 (27,7)	13 (72,3)
8. Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurte, bebida láctea, coalhada, requeijão, queijo e outros) que você come por dia?	02 (11,3)	16 (88,7)
9. Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?	08 (44,4)	10 (55,6)
10. Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça etc.). Com que frequência você costuma comer qualquer um deles?	12 (66,6)	06 (33,4)
11. Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Com que frequência você costuma comer qualquer um deles?	10 (55,6)	08 (44,4)
12. Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?	18 (100)	-
13. Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?	16 (88,7)	02 (11,3)
14. Pense na sua rotina semanal: quais refeições você costuma fazer habitualmente no dia?	06 (33,4)	12 (66,6)
15. Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).	8 (44,4)	10 (55,6)
16. Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, cerveja etc.) com qual frequência?	9 (50,0)	9 (50,0)
17. Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante seu tempo livre?	7 (38,8)	11 (61,2)
18. Você costuma ler a informação nutricional presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?	6 (33,4)	12 (66,6)

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2: Caracterização da composição corporal apresentada em média e desvio-padrão, para as variáveis quantitativas, e frequência absoluta e relativa para as variáveis qualitativas

Variáveis (n = 16)	M/DP
Tecido gordo (g)	24,19±6,9
Tecido magro (g)	40,43±9,3
Tecido macio (magro + gordo) (g)	64,62±12,1



Tecido livre de gordura	42,7±9,6
Índice de massa magra apendicular (kg/m ²)	6,59±0,9
Índice de gordura corporal (kg/m ²)	9,33±2,6
Tecido gordo (%)	35,89±7,8
Gordura androide (%)	41,16±9,1
Gordura gonoide (%)	44,42±8,8
Índice de gordura corporal – FMI (laudo)	
Normal	5 (27,7)
Sobrepeso	12 (66,6)
Obeso classe I	1 (5,5)

Fonte: Dados da pesquisa.

Na caracterização da composição corporal, apresentam-se as médias e desvio-padrão dos principais componentes avaliados pelo exame DEXA. Em relação ao índice de gordura corporal, houve maiores proporções de sobrepeso, 66,6% (Tabela 2).

4 DISCUSSÃO

Esta pesquisa objetivou traçar o perfil de consumo alimentar e fatores associados à saúde entre fumantes em um Centro de Referência em Reabilitação e Atenção à Saúde localizado na cidade de São Paulo. Dentre os principais achados, destacam-se baixo consumo de frutas e verduras, alto consumo de alimentos industrializados ricos em açúcares e gorduras e baixíssima realização de atividades físicas, o que pode acarretar problemas metabólicos.

Estudo de Gonçalves *et al.* (2018) indicou que o consumo de frutas e hortaliças é baixa em pessoas tabagistas e que entre esse público a grande maioria relata não ter o hábito de se alimentar de forma adequada e saudável, o que leva a chances de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis. Berto, Carvalhaes e Moura (2010) abordam com mais detalhes essas consequências, enfatizando que, além da mortalidade, o hábito de fumar está relacionado com pressão arterial elevada, aterosclerose, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, enfisema pulmonar, doenças respiratórias, e vários tipos de câncer, tudo isso consequência do tabaco associado ao estilo de vida sedentário, ingestão excessiva de álcool, peso acima do normal e alimentação inadequada.

Nessa direção, Billerbeck *et al.* (2019) deixam claro que fumantes sedentários têm mais chances de desenvolver câncer e doenças cardiovasculares, cerebrais e respiratórias. Por outro lado, sublinham que praticar exercícios físicos regularmente contribui para a diminuição do tabaco e ajuda a prevenir tais doenças. A esse respeito, Barboza *et al.* (2016) evidenciam em seu estudo que pessoas fumantes praticantes de alguma atividade física de intensidade média ou intensa diariamente, demonstram menor declínio da função pulmonar. Além disso, ressaltam que a prática regular de atividade física pode minimizar os efeitos negativos do tabagismo mediante uma ação anti-inflamatória e antioxidante.

Por sua vez, Alkerw *et al.* (2017), ao compararem o consumo alimentar de fumantes e não fumantes, descobriram que tabagistas têm em sua dieta alimentos mais açucarados, gordurosos e mais calóricos do que os não tabagistas e que costumam consumir menos alimentos reguladores (frutas e verdura). Consoante esse estudo, Belio *et al.* (2022) enfatizam esses resultados encontrados em sua pesquisa de coorte prospectivo, indicando os efeitos do tabagismo associados a má alimentação. Os índices de mortalidade aumentam significativamente quando há junção desses dois estilos de vida, pois as chances de adquirir doenças crônicas não transmissíveis são bem altas.



Em relação a ganho de peso, já mencionado no presente estudo, Chao *et al.* (2019), em seu trabalho de pesquisa, indicam uma diferença em relação à composição corporal de fumantes. Os resultados apontaram que tabagistas têm a tendência de ter baixo peso em comparação aos não tabagistas. Essas diferenças nos resultados podem estar relacionadas ao modo como a pesquisa foi realizada, condições regionais ou até culturais.

As limitações do presente estudo se dão pelo fato de o tamanho da amostra ser relativamente pequeno e por aparentemente ter poucos estudos recentes sobre a temática do consumo alimentar de tabagistas no contexto nacional, limitando a discussão dos resultados. Dentre os pontos fortes, destaca-se que os achados dele se assemelham a outras pesquisas, o que lhes confere mais confiabilidade. Assim, pode-se afirmar que os trabalhos disponíveis citados no presente estudo corroboram que por vezes os fumantes têm um consumo alimentar inadequado, o que aumenta os riscos de doenças crônicas não transmissíveis e o risco de mortalidade.

O tabagismo associado ao estilo de vida sedentário e à má alimentação implica consequências graves à saúde. Nesse contexto, se fazem necessárias a formulação e a implementação de políticas públicas de saúde, conscientizando a população sobre os problemas que esse estilo de vida pode acarretar. Também é preciso apoio de uma equipe multidisciplinar, fazendo intervenções e auxiliando de forma mais direta esse público para que os números de fumantes possam ser reduzidos de modo significativo (BAZOTTI *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2014).

5 CONCLUSÃO

Os resultados alcançados possibilitam compreender como o tabagismo associado ao estilo de vida de forma geral se relaciona com a saúde dos indivíduos pesquisados. Esse grupo apresentou inadequação no consumo alimentar, assim como um perfil de estilo de vida regular. A saúde dessas pessoas é prejudicada pelas consequências biológicas e químicas que o uso constante dos cigarros acarreta, somadas a aspectos culturais e ambientais em que estão inseridas.

A escassez de informações, bem como de incentivos, contribui para tal cenário. Os serviços de saúde precisam frisar à sociedade os importantes danos causados pelo tabagismo, suas consequências em curto e longo prazos, mantendo as pessoas cientes dos riscos de saúde que tal hábito pode desencadear. Sendo assim, tornam-se necessárias abordagens mais incisivas com respeito a essa temática.

REFERÊNCIAS

ALKERW, A. *et al.* O tabagismo está inversamente associado à qualidade geral da dieta: descobertas do estudo ORISCAV-LUX. **Nutrição Clínica**, v. 36, n. 5, p. 1275-1282, 2017.

ANDRADE, S. A. F. A importância do exame de densitometria óssea. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 30, p. 11-17, jan./mar. 2016.

BARBOZA, M. *et al.* Associação entre o nível de atividade física na vida diária e a função pulmonar em tabagistas adultos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 2, p. 130-135, 2016.



BAZOTTI, A. *et al.* Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 45-52, 2016.

BELIO, M. *et al.* Associação conjunta da dieta mediterrânea e tabagismo com mortalidade por todas as causas na coorte Seguimiento Universidad de Navarra (SUN). **Nutrition**, v. 103-104, e111761, 2022.

BERTO, S. J.; CARVALHAES, M. A.; MOURA, E. C. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos e não transmissíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1573-1582, 2010.

BILLERBECK, N. *et al.* Nível de atividade física e tabagismo. **Jornal Internacional de Ciência do Movimento e Reabilitação**, v. 1, n. 1, p. 24-32, ago. 2019.

BLOOM, E. L. *et al.* Preocupações de peso e apetite relacionadas ao tabagismo e uso de cigarros eletrônicos entre fumantes diários, **Psicologia, Saúde e Medicina**, v. 24, n. 2, p. 221- 228, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como está o percentual de uso do tabaco no Brasil? Eu quero parar de fumar.** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-parar-de-fumar/noticias/2021/como-esta-o-percentual-do-uso-de-tabaco-no-brasil>. Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar**: como ter uma alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil**: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013, n. 12, seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Prevalência do tabagismo.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo#>. Acesso em: 4 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/tabagismo>. Acesso em: 2 nov. 2022.

CHAO, A. M. *et al.* Tabagismo, comportamentos alimentares e peso corporal: uma revisão. **Current Addiction Reports**, n. 6, p. 191-199, 2019.

DAI, X. *et al.* Health effects associated with smoking: a Burden of Proof study. **Nature Medicine**, 28, p. 2045-2055, 2022.



- GONÇALVES, I. *et al.* Estado nutricional de idosos fumantes e ex-fumantes da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, supl. 2, e180013, 2018.
- KUMPEL, C. *et al.* Características clínicas relacionadas ao tabagismo de indivíduos idosos assistidos pelo Programa Saúde da Família. **Rev Bras Med**, v. 67, n. 6, p. 208-213, 2010.
- KUMPEL, C. *et al.* Social aspects related to smoking in an elderly population attending the Health Family Program. **Kairós Gerontológica**, v. 17, n. 3, p. 183-199, 2014.
- MACLEAN, R. R.; COWAN, A.; VERNARELLI, J. A. More to gain: dietary energy density is related to smoking status in US adults. **BMC Public Health**, v. 18, p. 365, 2018.
- MARQUES, A. C. P. R. *et al.* Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 200-214, 2001.
- MONTEIRO, A. B.; FERNANDES FILHO, J. Análise da composição corporal: uma revisão de métodos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 4, n. 1, p. 80-92, 2002.
- PONTES, L. H.; GUIMARÃES, M. B. L. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 15, n. 3, p. 101-112, 2012.
- SILVA, M. D. M. *et al.* Relações entre tabagismo, fatores associados e densidade mineral óssea em mulheres de meia-idade. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 42499-42512, 2020.
- SILVA, S. T. *et al.* Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014.
- SOUZA, A. C. *et al.* Bone aging and functional capacity of smokers. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 24, n. 1, p. 57-65, 2021.
- SOUZA, A. C. *et al.* Perfil da composição corporal e densidade mineral óssea de tabagistas em um centro de referência em reabilitação e assistência à saúde. **Life Style**, v. 5, n. 1, p. 77-107, 2018.
- SZKLO, A. S.; BERTONI, N. Relação entre a epidemia de tabagismo e a epidemia recente de Covid-19: um panorama atual das evidências científicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. Tema Atual, p. e-1105, 2020.