



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS ERECHIM/RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS
HUMANAS**

TANISE FITARELLI PANDOLFI FRIDRICH

**A VIDA ANTES DO CÂNCER:
O ESTILO DE VIDA PREGRESSO DE PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE
ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA NO ALTO URUGUAI**

**ERECHIM/RS
2022**

TANISE FITARELLI PANDOLFI FRIDRICH

**A VIDA ANTES DO CÂNCER:
O ESTILO DE VIDA PREGRESSO DE PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE
ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA NO ALTO URUGUAI**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas sob a orientação do Prof. Dr. Alexandre Paulo Loro

**ERECHIM/RS
2022**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

Av. Fernando Machado, 108 E
Centro, Chapecó, SC - Brasil
Caixa Postal 181
CEP 89802-112

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Fridrich, Tanise Fitarelli Pandolfi
A VIDA ANTES DO CÂNCER: O ESTILO DE VIDA PREGRESSO
DE PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE
EM ONCOLOGIA NO ALTO URUGUAI / Tanise Fitarelli Pandolfi
Fridrich. -- 2022.
188 f.

Orientador: Doutor Alexandre Paulo Loro

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da
Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação
Interdisciplinar em Ciências Humanas, Erechim,RS, 2022.

1. Câncer. 2. Estilo de vida. 3. Fatores de risco. 4.
Biopolítica. 5. Promoção da saúde. I. Loro, Alexandre
Paulo, orient. II. Universidade Federal da Fronteira
Sul. III. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

TANISE FITARELLI PANDOLFI FRIDRICH

A VIDA ANTES DO CÂNCER: O ESTILO DE VIDA PREGRESSO DE PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA NO ALTO URUGUAI

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Para obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas, defendida em banca examinadora em

Aprovado em: 18/10/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alexandre Paulo Loro – UFFS
Presidente da Banca / orientador

Prof. Dr. Juliano Sartori – URI
Membro Titular Externo

Prof. Dra. Maurem Ramos – UFRGS
Membro Titular Externo

Prof. Dr. Jeferson Santos Araújo – UFFS
Membro Titular Interno

Prof. Dra. Adriana Salete Loss – UFFS
Membro Suplente

ERECHIM/RS – Outubro/2022.

AGRADECIMENTOS

Não farei jus em lembrar ou refletir em palavras meu agradecimento a tantas pessoas que fizeram parte deste processo. Mas não posso deixar de agradecer a minha família que sempre está do meu lado. Aqui em especial, agradeço aos meus pais: minha mãe Evani por sempre ser uma fã incondicional, e meu pai Clóvis, que não apenas sempre me apoiou e esteve comigo, mas como paciente oncológico, me fez vivenciar profundamente a realidade desta doença e com isso me tornar participante do meu próprio estudo. Pai, Deus sempre estará contigo!

Agradeço ainda ao meu marido Estéfano, que há tantos anos me apoia em todos os meus sonhos e permanece sempre ao meu lado me incentivando e auxiliando a crescer e ser uma profissional e, acima de tudo, uma pessoa melhor.

Agradeço ainda a todos da FHSTE, não apenas pelo tempo de trabalho compartilhado, mas pelo apoio enquanto executava esta pesquisa e por me receberem de braços abertos enquanto pesquisadora também. À equipe da Nutrição pelas histórias e vidas compartilhadas e à equipe da Oncologia por toda a ajuda e parceria desenvolvida ao longo destes anos.

Agradeço aos docentes do PPGICH da UFFS que entenderam que uma nutricionista poderia sim conversar com as Ciências Humanas, e assim abriram espaço para a conquista do meu sonho. Em especial ao Prof. Alexandre Loro que foi incansável desde a nossa primeira conversa, até a finalização deste trabalho sempre me incentivando a dar um passo adiante.

E em especial, agradeço a cada paciente da UNACON da FHSTE que de alguma forma faz parte do meu trabalho. Obrigada por terem emprestado um pouco do seu conhecimento para que meu sonho virasse realidade. Que vocês encontrem paz e cura.

RESUMO

O câncer é uma das quatro principais causas de morte precoce do mundo, sendo considerado o principal problema de saúde pública, em especial em países de média e baixa renda. Esta doença é conhecida por ser multifatorial, ou seja, depende de uma combinação de fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (alimentares, ambientais, ocupacionais, sociais) para se desenvolver. No entanto, um terço dos casos poderia ser evitado se a população tivesse acesso à informação sobre os fatores de riscos associados à doença. O estilo de vida, fator relacionado com a cultura e a identidade, não é algo que apresente uma mudança simples, visto que além do conhecimento, o indivíduo necessita entender a mudança com um fator importante e inerente a sua cultura. Além do mais, o interesse biopolítico do Estado e hoje deslocado ao mercado, induz com que as pessoas busquem incessantemente por padrões de saúde irreais, que no geral não afetam positivamente a saúde, apenas geram temor e um estado de constante alerta contra o adoecimento. Realizou-se uma análise dos hábitos de vida prevalentes entre os pacientes oncológicos em sua vida pregressa (alimentação, sedentarismo, vícios, ocupação) e sua associação com a doença, vinculando esses dados com as informações obtidas acerca da doença e o acesso às equipes de saúde. O estudo foi misto, realizado em duas etapas na UNACON da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, primeiramente coletando dados quantitativos a partir de prontuários e após, através de entrevista semiestruturada, coletando dados qualitativos. Dos 377 pacientes avaliados e dos 16 entrevistados, encontrou-se uma prevalência de pacientes idosos, brancos, casados; que vivem ou trabalham em área rural; apresentam sobrepeso, mantém uma alimentação com base em alimentos *in natura*, mas já em transição com presença diária de alimentos ultraprocessados; praticam atividade física em sua atividade laboral, mas poucos têm o hábito do exercício físico; não apresentam acompanhamento médico de rotina e acessam as informações principalmente através da mídia e da internet. Apesar de conseguirem atendimento na rede SUS, apresentam dificuldade de acesso e pouco recebem informações que impactem em suas escolhas. Percebemos que atuar na promoção da saúde traga um impacto positivo na diminuição da incidência do câncer ao considerarmos que 70% dos casos relacionam-se com o estilo de vida, entretanto essas ações só poderão ter impacto positivo quando passarem do estrito interesse do Estado e sim se intercruzarem através do conhecimento científico juntamente ao conhecimento e cultura do povo ao qual se está querendo atingir. Para tanto, trabalhar essas questões de forma interdisciplinar, com olhar descolonizado com respeito e ética ao conhecimento de todos, tende a melhorar o alcance das informações e quiçá modificar a prevalência desta doença.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer. Estilo de vida. Fatores de risco. Biopolítica. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Cancer is one of the four leading causes of early death in the world, being considered the main public health problem, especially in low- and middle-income countries. This disease is known to be multifactorial, in other words, depends on a combination of intrinsic (genetic) and extrinsic (food, environmental, occupational, social) factors to develop. However, a third of the cases could be avoided if the population had access to information about the risk factors associated with the disease. Lifestyle, a factor related to culture and identity, is not something simple, further to knowledge, the individual needs to understand this change as an important factor inherent to their culture. Besides, the biopolitical interest of the State, which is now moved to the market, induces people to incessantly search for unrealistic health standards, which in general do not positively affect health, but only generate fear and a constant state of alert against illness. An analysis of the lifestyle habits prevalent among cancer patients in their previous lives (diet, sedentary lifestyle, addictions, occupation) and their association with the disease was carried out, linking these data with the information obtained about the disease and access to health teams. The study was carried out in two stages at the UNACON of Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, firstly collecting quantitative data from medical records and then, through semi-structured interviews, collecting qualitative data. Of the 377 patients evaluated and the 16 interviewees, there was a prevalence of elderly, white, married patients; who live or work in rural areas; are overweight, maintain a diet based on natural foods, but already in transition with the daily presence of ultra-processed foods; practice physical activity in their work, but few are in the habit of physical exercise; do not have routine medical follow-up and access information mainly through the media and the internet. Despite getting care in the SUS, they have difficulty accessing and receive little information that impacts their choices. We realize that perform in health promotion has a positive impact on reducing the incidence of cancer when considering that 70% of cases are related to lifestyle, however these actions can only have a positive impact when they go beyond the strict interest of the State. Rather, they intersect through scientific knowledge together with the knowledge and culture of the people to whom they are trying to reach. Therefore, working on these issues in an interdisciplinary way, with a decolonized look with respect and ethics to everyone's knowledge, tends to improve the reach of information and perhaps change the prevalence of this disease.

KEYWORDS: Cancer. Lifestyle. Risk factors. Biopolitics. Health promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Estimativa de Casos de Câncer no Brasil	26
FIGURA 2: Estimativa de Casos de Câncer na Região Sul do Brasil	26
FIGURA 3: Processo Da Oncogênese	29
FIGURA 4: Fatores Relacionados À Carcinogênese	30
FIGURA 5: Mapa da 11ª Coordenadoria Regional da Saúde	102
FIGURA 6: Mapa da 15ª Coordenadoria Regional da Saúde	102
FIGURA 7: Mapa da 2ª Coordenadoria Regional da Saúde	103
FIGURA 8: Quantidade de Agrotóxicos utilizados por regiões brasileiras	151
FIGURA 9: Quantidade de Agrotóxicos utilizados por estado	152
FIGURA 10: Quantidade de Agrotóxicos utilizados por estabelecimentos agrícolas no Rio Grande do Sul	153

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Número de casos por Sexo	109
TABELA 2: Número de casos por Faixa Etária	110
TABELA 3: Número de casos por Raça/Cor	110
TABELA 4: Número de casos por Escolaridade	111
TABELA 5: Número de casos por Estado Conjugal	112
TABELA 6: Número de casos por Regional de Saúde	113
TABELA 7: Número de casos por Área	113
TABELA 8: Ocupação / Profissão dos Pacientes	114
TABELA 9: Comparação dos 10 tipos de cânceres mais prevalentes por sexo	116
TABELA 10: Consumo de Tabaco	117
TABELA 11: Consumo de Bebida Alcoólica	118
TABELA 12: Classificação do Índice de Massa Corporal	119
TABELA 13: Presença de Comorbidades	120
TABELA 14: História Familiar de câncer	121
TABELA 15: Tempo de espera para início do tratamento	122

LISTA DE ABREVIATURAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
HPV	Papilomavírus Humano
HTLV1	Vírus Linfotrópico de Células T Humana do Tipo 1
IMC	Índice de Massa Corporal
RUV-A	Raios Ultravioletas A
RUV-B	Raios Ultravioletas B

LISTA DE SIGLAS

CUP	Projeto de Atualização Contínua (<i>Continuous Update Project</i>)
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (<i>Food and Agriculture Organization of the United Nations</i>)
FHSTE	Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim
IARC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (<i>International Agency for Research on Cancer</i>)
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RHC	Registro Hospitalar do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. CÂNCER E A RELAÇÃO COM OS ESTILOS DE VIDA	22
2.1. ONCOGÊNESE	27
2.2. FATORES DE RISCO	30
2.2.1. Alimentação	35
2.2.2. Sedentarismo	45
2.2.3. Tabaco e álcool	49
2.2.4. Infecções	52
2.2.5. Ocupação	53
2.2.6. Ambiente	57
2.3. IDENTIDADE E FORMAÇÃO DO ESTILO DE VIDA	61
2.4. O QUE ENTENDEMOS POR ESTILO DE VIDA	67
3. A MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE E O BIOPODER	73
3.1. NEOLIBERALISMO E MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE	76
3.2. BIOPOLÍTICA E BIOPODER	87
3.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE	92
3.4. DESCOLONIZAÇÃO DA SAÚDE	96
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	101
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	101
4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	101
4.3. COLETA DE DADOS	104
4.4. ANÁLISE DOS DADOS	105
4.5. CRITÉRIOS ÉTICOS	106
4.6. RISCOS E BENEFÍCIOS	107
4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	107
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	109
5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	109
5.2. HÁBITOS PREVALENTES DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	123
5.2.1. Alimentação	123
5.2.2. Sedentarismo	134
5.2.3. Tabaco e álcool	138
5.2.4. Comorbidades	142
5.2.5. Ocupação e ambiente	145
5.3. ACESSO E INFORMAÇÃO À PREVENÇÃO: ESTAMOS CONSEGUINDO LEVAR AS DIRETRIZES À POPULAÇÃO?	155
5.3.1. Percepção da doença	155
5.3.2. Busca e acesso à informação	161
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	170
7. REFERÊNCIAS	174
8. APÊNDICES	183
APÊNDICE A – Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo	183
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	184
APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista Semi Estruturada	186
9. ANEXOS	187
ANEXO 1 – Termo De Autorização E Compromisso Para Uso De Dados Em Arquivo	186
ANEXO 2 – Versão Final do Guia COREQ em Português Falado	188

1 INTRODUÇÃO

Discutir sobre o câncer é abordar uma doença que está entre as quatro principais causas de morte precoce do mundo, sendo considerado o principal problema de saúde pública, em especial em países de média e baixa renda (BRASIL, 2020; BRASIL, 2019). Esta doença conhecida por ser multifatorial, ou seja, dependente de uma combinação de inúmeros fatores genéticos e ambientais para se desenvolver, é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) que tem causado grande impacto na saúde em nível mundial, junto das doenças cardíacas, da obesidade e do diabetes. Diariamente as pessoas estão expostas a fatores carcinogênicos, entretanto a predisposição do desenvolvimento da doença é individual não sendo possível determinar os graus de influência de cada aspecto sobre o indivíduo (BRASIL, 2004).

Os números do câncer aumentam paulatinamente a cada ano, a previsão para 2040 são 28 milhões de novos casos, uma previsão de aumento de 40%, considerando que as taxas se mantenham constantes e 13 milhões de morte no mundo, sendo uma das principais causas o envelhecimento da população (SBOC; 2022). Conforme os levantamentos de 2018, o Instituto do Câncer (INCA) apresenta os seguintes dados: “o câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,1 milhões) seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão)”. Considerando o impacto da doença apenas no Brasil, temos uma estimativa para o triênio 2020-2022 de cerca de 625 mil novos casos a cada ano. Em cada região, há diferenças na prevalência, sendo o Sudeste a região com o maior número de casos (mais de 60%), e o Sul, na terceira posição, corresponde a cerca de 23,4% dos casos. Na região Sul, os tumores que mais afetam a população são o de próstata seguido pelo de mama, pulmão e intestino (BRASIL, 2019).

A consolidação do estudo do câncer se deu apenas no século XX, momento em que os avanços científicos auxiliaram para uma melhor compreensão da doença e houve maior notificação de casos, em especial na Europa e nos Estados Unidos. Conforme Lima (2011), Foucault avalia que a reorganização dos hospitais foi fundamental para o cuidado dos indivíduos enfermos e conseqüentemente para a mudança e ampliação do saber médico.

Ao longo das últimas décadas, houve uma transição nos números do câncer, sendo que a prevalência de tumores relacionados a infecções vem diminuindo e, por conseguinte, aumentam casos relacionados com a melhoria de condições socioeconômicas e com a urbanização (SILVA *et. al.*, 2017). No Brasil, o número dos casos ainda vem aumentando e

de forma diferente entre os sexos (BRASIL, 2020). Pertinente comentar que inicialmente o câncer, considerado uma enfermidade letal e incurável, aos poucos vai ganhando outras caracterizações. Conforme os estudos realizados e o conseqüente avanço da medicina, o câncer torna-se passível de ser combatido, tanto na prevenção – evitando causas predisponentes –, quanto na investigação e tratamento precoce da doença (LIMA, 2011; BRASIL, 2009).

Como referido anteriormente, conforme evoluem os estudos, são eleitos diferentes fatores predisponentes ao câncer em cada época, ou seja, no começo do século XX basicamente eram os fatores sanitários, entre as décadas de trinta e quarenta volta-se a preocupação para a vida moderna, como os produtos químicos nos alimentos e o fumo, e hoje são elencados diversos fatores considerados de estilo de vida (LIMA, 2011).

Por herança da nossa ancestralidade, recebemos genes que podem influenciar a predisposição à doença, mas é de conhecimento do campo acadêmico a importância de elementos modificáveis, ou seja, aspectos do nosso modo de viver que adquirimos através da nossa inserção na sociedade e cultura, e que impactam a prevalência da doença (MUNHOZ, 2016). Tendo em vista os tumores mais presentes no Estado do Rio Grande de Sul, local da nossa população em estudo, percebe-se influência: do tabagismo, da exposição aos agrotóxicos, da ingestão de aminas aromáticas (presentes, por exemplo, nas carnes assadas como o churrasco), do alto consumo de carnes vermelhas, do sobrepeso e da obesidade, do sedentarismo, da exposição à radiação, do uso abusivo de álcool e da alimentação pobre em fibras (INCA, 2019). Quero destacar que essa doença, como já citada, multifatorial associa os fatores genéticos bem como os modificáveis que concomitantemente atuam de forma a desenvolver o processo de carcinogênese (BRASIL, 2020).

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) acredita-se que um terço dos casos de câncer poderiam ser evitados caso a população tivesse acesso à informação sobre os fatores de riscos associados à doença. Se consideradas as estimativas do triênio 2020-2022 do INCA, conseguimos inferir que cerca de 200 mil vidas ao ano poderiam ter outro desfecho, reforçando a grande importância das orientações sobre transformações de estilo de vida para obter tal impacto (MUNHOZ, 2016). No Brasil, conforme apresentado pelo INCA, “estima-se que a alimentação inadequada, o consumo de bebida alcóolica, a inatividade física, o sobrepeso e a obesidade sejam responsáveis por 14,7% (n = 63.541) dos casos de câncer e 17,8% (n = 33.606) dos óbitos por câncer atribuídos aos estilos de vida”. (BRASIL, 2021, p. 105-106)

Além dos fatores de estilo de vida que são elencados pelos órgãos de saúde mundiais, vale a reflexão trazida por Lima (2011), sobre os fatores diretamente relacionados à economia, que dificilmente são somados aos riscos, como: uso de garrafas pet, celulares, poluentes químicos, etc. Ao considerar esses aspectos vinculados com a urbanização e industrialização, podemos inferir que o estado neoliberal¹ procura não interferir na economia, mesmo que suas decisões impactem negativamente a vida da população. Lembrando que, como Foucault (2008) diz, tanto a política quanto a economia não são coisas que existem, entretanto, estão inscritos no real, demarcando assim o verdadeiro e o falso. Dados apresentados pelo INCA mostram que “cerca de 80% a 85% dos casos de câncer estão relacionados a fatores ambientais” (BRASIL, 2020, p. 03), todos modificáveis, estes se referem: ao ambiente físico (como água, ar, terra), ambiente de consumo (como alimentos, medicamentos, entorpecentes), ambiente cultural (estilos e costumes) e o próprio ambiente de trabalho.

Trazendo a perspectiva do ambiente de trabalho, o material desenvolvido pelo INCA (BRASIL, 2021), demonstra que os fatores ocupacionais estão elencados como a 8ª principal causa para o desenvolvimento da doença e quando este teve agregado os fatores dietéticos (baixo consumo de vegetais e frutas e alto consumo de sal) passa a integrar a 5ª posição.

É visível que o modo de vida da população mundial vem mudando nas últimas décadas, principalmente em países como o Brasil, considerados emergentes, causando alterações em seus padrões sociais e culturais e, não menos importante, nos aspectos de desigualdade que diminuem o acesso à informação e causam impacto positivo nas DCNT (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014). Perceptível no Brasil a mudança de distribuição de diferentes tipos de câncer que apontam para transição epidemiológica em andamento: à medida que aumentam os casos de câncer observa-se um envelhecimento da população (BRASIL, 2008). Conforme Gurgel *et al.* (2018) em 2013 houve uma estimativa de 14 milhões de casos no mundo da doença, sendo que 60% ocorreram em países em desenvolvimento e destes, 70% dos casos de óbito foram nos mesmos países.

Não podemos, entretanto, considerar que simples ações de promoção de saúde exerçam mudanças objetivas. No estudo de Oliveira (2019) com homens portadores de câncer de próstata, percebeu-se a existência da noção conceitual sobre a importância dos alimentos na prevenção doença, ao mesmo tempo em que houve influência da família e amigos para a

¹ Trago ao texto a importância do estado neoliberal, visto que com as mudanças ao longo do tempo na forma de governar, o Estado passa a abrir espaço para o mercado, e ao tratar toda a sociedade como empresa, cria um sistema em que o capitalismo ganha espaço como mediador das relações sociais (LEMOS, 2015).

decisão em adotar ou não uma alimentação mais saudável. O estudo demonstrou claramente como é subjetiva a tomada de decisões nas rotinas, sendo composta não apenas de conhecimentos técnicos, mas de seu convívio social. Esta observação, realizada no estudo de Oliveira (2019), vem ao encontro com o afirmado por Hall (2020), que entende o sujeito como um ser com uma identidade fragmentada, não sendo composto por apenas uma, mas muitas vezes, por diversas identidades, estas provisórias e certas vezes contraditórias. Conforme Bhabha (1998), esses “entre-lugares” são locais que permitem novos signos de identidade, local de articulação das diferenças culturais.

Outro ponto a ser considerado é o maior risco para o desenvolvimento do câncer em pessoas com baixo nível socioeconômico, tanto pelo menor acesso aos serviços, quanto pelo menor poder aquisitivo para seguimento do diagnóstico (EDUARDO, 2012). No Brasil, sabe-se que a probabilidade de ser fumante é cinco vezes maior em pessoas com baixa escolaridade, quando comparado com pessoas com terceiro grau (FEITOSA, 2011). Outro exemplo é a relação do elevado grau do analfabetismo e baixa renda na população rural e seu alto consumo de agrotóxicos (BRITO, 2009).

Ao longo das últimas décadas, mudanças sociais e tecnológicas interferiram não apenas na prevalência do câncer, mas também na vida de cada indivíduo, que é tomado por diversas informações, muitas vezes divergentes, que podem influenciar suas escolhas e diretamente sua saúde, sendo este um exemplo do biopoder² exercido pelo Estado, muitas vezes tendo influência real do mercado internacional e coloca a vida dentro do campo da política (SIBILA; JORGE, 2016; BERTOLINI, 2018).

Sobre a interferência do Estado, cabe ressaltar que o objetivo maior, permanece sendo aumentar a potência da população, se antes era focado em corpos dóceis e úteis (FOUCAULT, 2008), hoje em um controle das capacidades intelectuais e corporais, em uma busca incessante do aumento da qualidade de vida, “alinhando projetos de vida individuais aos interesses políticos” (LIMA, 2011, p. 39). Nesse ponto, o neoliberalismo exerce um governo sobre os homens que disciplina condutas a fim de que se conformem a certas normas, sendo sua presença transversal, atravessando diversos níveis e esferas da vida (ANDRADE, 2019).

A influência da mídia e do mercado internacional têm sido fatores relevantes no exercício do biopoder do Estado, tendo como interesse fomentar um mercado de consumo e,

² Biopoder é um conceito do filósofo Foucault, que Bertolim (2018, p. 87) assim o define: “refere-se a uma técnica de poder que busca criar um estado de vida em determinada população para produzir corpos economicamente ativos e politicamente dóceis”.

ao mesmo tempo, trazer corpos adequados para o trabalho necessário, reforçando as estratégias neoliberais que visam acima de tudo o lucro. Mudam-se relações pessoais, deslocando ao indivíduo a exigência de ter uma melhor performance, bem como uma forma de viver autônoma, e pautado nisso o mercado vende e oferece produtos e serviços que promovam esse ideal (SIBILIA; JORGE, 2016). Há por trás disso, na sociedade contemporânea, um fenômeno em que quaisquer riscos de adoecer devem ser eliminados em busca de uma saúde plena e constante (ZORZANELLI, 2018).

Nesse sentido, o estilo de vida, fator considerado fundamental para os desfechos da saúde, é um conceito em suma subjetivo, com diferentes concepções devido aos diversos campos em que é estudado, e sofre mudanças importantes conforme o tempo e o grupo analisado. Há, para a formação do estilo de vida, uma grande influência não apenas do conhecimento de uma comunidade, mas também da forma com que essa se relaciona em seu mundo social, ou seja, há uma intensa e contínua negociação individual e coletiva acerca das estruturas sociais, sendo, no entanto, a realidade reflexiva. Dessa forma, o estilo de vida é um conjunto de perspectivas e processos dinâmicos que os indivíduos adotam, conforme seu entendimento e vontade, sendo o seu corpo um agente para decidir, construir e mesmo transformar sua realidade (DUMONT, 2015).

Quando pensamos em câncer, os mecanismos adotados como intervenção são as indicações de condutas consideradas saudáveis e o desestímulo às que são consideradas de risco, ou seja, o saudável é visto como algo benéfico, e o risco como uma maior probabilidade de adoecimento. Reforçamos, entretanto, que estas ações, em geral, não têm como objetivo primordial deixar os indivíduos livres, mas sim, zelar para que os interesses não coloquem em perigo nem os indivíduos, nem a coletividade, fomentando o controle do Estado que arbitra a liberdade e a proteção das pessoas e das comunidades, avaliando os riscos em geral e a segurança da sua população (FOUCAULT, 2008; LIMA, 2011).

Além disso, ponderamos sobre a medicalização da saúde, ou seja, a instituição médica intervindo na população através da ideia de que a doença necessita de conhecimentos acadêmicos e remediações para seu tratamento ou mesmo para sua eliminação, perseguindo a saúde e o bem-estar a todo custo, em outras palavras, o ser humano acaba envolvido em uma busca incessante pela saúde e opta por tratamentos, produtos e meios de vida que não são uma garantia, mas prometem uma saúde plena (ILLICH, 1975; TABET, 2017). Conforme enfatizado por Correa Júnior (2021), esse conhecimento médico e seu controle social é uma vertente biomédica que tem ampla aceitação pelo seu status social conquistado. Illich (1975) que estudava o assunto da medicalização reforçava ainda o perigo da retirada da autonomia

das pessoas, visto que elas perdem o direito a entender as suas dores ou mesmo o seu envelhecimento, necessitando optar sempre por alguma terapia. Mesmo a ciência da nutrição tem entrado nesta lógica, sendo essencialmente baseada no padrão biomédico prescritivo (MENEZES; MALDONADO, 2015; GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

No mundo globalizado, em especial no mundo ocidental, existem conjuntos de regras e modos de viver que são difundidos por profissionais da saúde e reforçados pela indústria farmacêutica e pela mídia, que acabam por salientar a importância individual da adoção de comportamentos considerados saudáveis e responsabiliza cada indivíduo pela sua própria saúde, evidenciando o modo regulador de gerir a saúde, característico da biopolítica (FURTADO, 2012; SILBILA; JORGE, 2016). E não apenas o responsabiliza, mas esse indivíduo, consumidor, passa a buscar produtos e terapias que foi ensinado a desejar, o que ainda o torna impotente para sua própria cura (ILLICH, 1975). Nesse sentido o poder não é algo estático, uma vez que exerce uma relação, e opera em diversos locais, como família, escola, trabalho, efetuando desse modo diversas ações de força. Sendo assim, o poder é mutável, e deve-se voltar à atenção para a força que ele exerce (FOUCAULT, 2008; LIMA, 2011). Em contraponto, devemos considerar o quanto os seres humanos são interpretativos, sendo que todas as mudanças nos sistemas sejam praticadas pelo indivíduo ou observadas, pode regular e mesmo organizar condutas, e estes códigos e sistemas dão sentido às nossas ações e todas essas práticas de significação expressam e constituem as nossas “culturas” (HALL, 1997).

Considerando essa complexidade em torno dos hábitos, vale destacar a relevância expressa na Carta de Ottawa que reforça a promoção da saúde como um processo em que a participação da comunidade é fundamental e “trata da dimensão da educação em saúde, resgatando a noção de *empowerment* no plano individual, noção que significa [...] aquisição de conhecimentos e de consciência política capazes de tornar o indivíduo apto a atuar em prol de sua saúde” (FURTADO, 2012, p. 815). Conforme este documento há o entendimento do estilo de vida como um conjunto de hábitos e costumes que sofrem influência da sociedade e são modificados conforme o tempo e a situação em que se encontram. Com base nesta perspectiva, faz-se necessário estender as ações de mudanças para além do âmbito dos profissionais de saúde, incluindo o fortalecimento do indivíduo e de sua comunidade, pela promoção de saúde na atenção primária, agregando e respeitando as habilidades inerentes de cada pessoa (MADEIRA, 2018). Um aspecto interessante como recurso, seria utilizar a internet como fomentadora de informações dirigidas, entretanto nem sempre esse fato se cumpre (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

O que não podemos deixar de lado é a compreensão de que não bastam escolhas ativas para uma mudança geral de ações, muitos fatores e causas estão relacionados a normas sociais e mesmo podem estar combinados com condições econômicas ou fatores fora do controle, que atinjam nível local, nacional ou mundial (BRASIL, 2020). Por exemplo, a rápida urbanização e industrialização aumentaram o número de indivíduos expostos a agentes potencialmente carcinogênicos, independentemente de sua escolha ou vontade, importante contraponto, pensando que mesmo o enorme número de novas terapias e medicamentos não consegue anular o impacto negativo gerado pela ação do homem no meio ambiente (ILLICH, 1975; BRASIL, 2021). E como Illich (1975, p. 63) afirma:

Numa sociedade superindustrializada a esse ponto, as pessoas são condicionadas a obter as coisas e não a fazê-las. O que querem é ser educadas, transportadas, cuidadas ou guiadas, ao contrário de aprenderem, deslocarem-se, curarem e encontrarem seu próprio caminho. O que pode ser fornecido e consumido toma o lugar do que pode ser feito.

Como vemos, todos esses conceitos, que serão retomados ao longo do texto, demonstram contradições e duplicidades, visto que cada sociedade, cultura ou tempo desenvolve os seus princípios e identidades. Todas essas representações, não exprimem o mundo real, mas sim fragmentos de memórias e vivências que acabam por interferir na vida do homem. Segundo o pensamento de Hall (2020, p. 13), vivemos em sociedades em permanente mudança o que nos faz ter “identidades contraditórias” e que são “continuamente deslocadas”. Identidades tal que antes ligavam as sociedades por serem consideradas estáveis, entendendo o sujeito como um ser unificado, ao final do século XX, no entanto, iniciou-se a observação do sujeito como um ser integrado, composto de diversas identidades, descentrando o sujeito (HALL, 2020).

No Brasil a Política Nacional de Saúde aprovada em 2006 visa priorizar a promoção da qualidade de vida através de ações que reduzam riscos à saúde, como “alimentação saudável, práticas corporais e atividade física, ambiente sustentável, prevenção de uso de tabaco, álcool e drogas, prevenção de violências e cultura da paz” (BRASIL, 2011, p. 72). Isto demonstra a necessidade de ampliar, por meio de ações de profissionais de saúde, articulados com outras esferas, o planejamento de novas estratégias que possam efetivamente chegar até o cidadão e causar um impacto positivo em suas decisões acerca de hábitos a serem priorizados (EDUARDO, 2012; BRASIL, 2014).

Importante considerar, entretanto, que as estratégias de promoção de saúde devem avaliar a percepção de cada indivíduo e mesmo da comunidade que o cerca, visto que, mesmo

com conhecimento acerca de riscos, as pessoas seguidamente não adotam os comportamentos considerados preventivos ou mesmo não exercem uma mudança substancial e sustentada, seja por pressão social ou mesmo por circunstâncias do meio em que vivem (BRASIL, 2020; EDUARDO, 2011). Ademais, como contraponto, faz-se necessário ressaltar que a adoção de um estilo de vida considerado ideal não é certeza de não adoecimento, ou seja, permanece sendo algo subjetivo e sem garantias, e por esta razão, responsabilizar um indivíduo totalmente pelas suas escolhas e doenças acaba não sendo um fundamento plausível, visto ele não poder controlar todas as variáveis ao qual é exposto (LIMA, 2011).

Ponderando esse conceito de responsabilização, entende-se, ainda, que os profissionais da saúde sofrem uma pressão para conseguir influenciar as atitudes e escolhas da população, a ponto de transformar a sociedade de forma a garantir a saúde e a longevidade, podendo ser considerado como o projeto “biopolítico da medicina moderna” (FOUCAULT, 2008; FURTADO, 2012, p. 814). O mesmo autor ainda reflete que “neste sentido não só a vida, mas também a morte foi medicalizada, passando a ser percebida como resultado de uma ineficiência na arte de governar as populações, como negatividade e como um desafio a ser enfrentado pelo saber médico” (FURTADO, 2012, p. 813).

Nesse contexto, nota-se uma mudança no foco de ação do Estado que caracterizava o biopoder: antes se pretendia tratar e prevenir a doença, e hoje transloca-se para a prevenção do risco, gerindo, assim, os indivíduos e seus modos de viver através de estratégias de promoção à saúde. A sociedade torna-se responsável pela prevenção da morte, seja através de tratamentos médicos ou de mudanças em hábitos, sejam eficazes ou não (ILLICH, 1975). Os riscos à saúde passam a ser parte do interesse político (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016, p. 867-868).

Conforme apresentado, a globalização tem sido um fator importante para a mudança dos padrões e hábitos das pessoas ao longo do mundo, como Hall (2003, p. 21) relata “as culturas tradicionais colonizadas permanecem distintas: mas elas inevitavelmente se tornaram ‘recrutas da modernidade’”. Assim, o Brasil permanece colonizado. Outrora pela exploração e/ou povoamento; hoje, pela cultura, apesar de na globalização o hibridismo cultural prevalecer, conforme Barbosa e D’Ávila (2017, p. 88), “a partir do século XVI, do eurocentrismo como o imaginário dominante do mundo moderno/colonial e na formação do ‘sistema-mundo’, capitalista / patriarcal / cristão / europeu”, houve um predomínio de uma cultura subjugando então as culturas dos países dominados. A colonização se expressa através da tentativa de imposição de padrões europeus ao Novo Mundo e a confrontação entre as culturas diferentes (ACHINTE; 2010). Todo esse contexto de colonização vem envolvido

dentro do neoliberalismo que, na verdade, é um modelo político com diversos conceitos, mas que exalta o conservadorismo político estimula o livre comércio com menor influência do Estado, e usa o processo de globalização para gerar uma compulsão consumista para todos os tipos de produtos, inclusive os voltados para a saúde (FRAZÃO, MINAKAWA; 2018; FURTADO; SZAPIRO, 2012; DRAIBE, 1993). Pensando na influência dos interesses privados no contexto neoliberal, devemos considerar os riscos destes para o interesse coletivo, visto que podem mobilizar negativamente a ação pública (BURLANDY et. al., 2016). Este assunto é relevante visto que para conseguir mudar esse contexto, torna-se fundamental uma mentalidade descolonizadora, em especial dos profissionais de saúde, que procurem seguir o correto, sem deixar-se influenciar pelo imposto pelas grandes empresas ou interesses comerciais essencialmente capitalistas (HARVEY, 2004).

Diante destas constatações, entende-se que o câncer causa um grande impacto em mortes a nível mundial, sendo extensamente estudado tanto em seus aspectos genéticos quanto em seus tratamentos. Também, devemos considerar o impacto que a prevenção pode ter tanto em número de vidas poupadas, como em tantas afetadas por sequelas do próprio tratamento, afetando muitas vezes sua dignidade. Obviamente devemos entender que a necessidade de saúde, um conceito político e carregado de valor, deve ser avaliada a ponto de propormos estratégias de promoção em saúde que possam atender as necessidades coletivas e individuais (FRAZÃO, MINAKAWA; 2018). Ao trabalhar ao longo dos últimos anos com pacientes oncológicos em um hospital SUS, e ao escutar seu discurso acerca dos problemas apresentados e de sua vida anterior, perceber o impacto de sua moradia, ocupação e escolhas em sua situação de saúde, nos faz ponderar essas questões que hoje trazemos ao diálogo: como poder ser realmente um profissional de saúde que não exerça poder sobre o paciente, mas sim alguém que possa em sua parceria auxiliar para promover a saúde e a prevenção.

Esse estudo visa observar o câncer sob um olhar através das lentes das ciências humanas, tentando trazer um novo viés da percepção do indivíduo acerca das informações que ele acessa, do biopoder sobre ele exercido e assim compor a discussão de como as políticas de promoção e prevenção poderiam ser mais efetivas, pautadas no interesse do indivíduo e da comunidade e não apenas pensando no interesse científico, e político neoliberal.

Nos próximos capítulos discutiremos os fatores de identidade e hábitos de vida com os fatores de risco para a doença e a influência colonialista e neoliberal, bem como o processo de medicalização da saúde como uma estratégia de biopoder. Ainda relacionaremos estes dados com o encontrado em nossa população de estudo e a fala dos pacientes, tentando por fim

proponer actitudes que podamos exercer para agirmos de forma a descolonizar noso discurso e mejorar o diálogo entre Instituições e Sociedade.

2 CÂNCER E A RELAÇÃO COM OS ESTILOS DE VIDA

Como já ponderamos anteriormente, o câncer pode afetar qualquer pessoa, algumas, no entanto, são consideradas com maior risco do que outras. Os riscos podem ser herdados, ou mesmo mutações genéticas e modificações celulares que ocorrem continuamente ao longo da vida podem predispor ao seu desenvolvimento. Entretanto, os fatores ambientais e de estilo de vida, são os que mais causam impacto, sendo que entre 30 a 50% dos casos de câncer poderiam ser prevenidos apenas com a adoção de estilo de vidas saudáveis (BRASIL, 2018).

O câncer não é apenas uma doença, mas um conjunto de mais de 100 tipos de doenças com características em comum, como o crescimento desordenado de células, invasão de tecidos (metástases) e perda de função (COSTA; MELLO; FRIEDRICH, 2017). O processo de formação da doença é complexo, mas resumidamente ocorre por alterações do genoma celular por meio de mutações que são passadas às células-filhas e alteram o metabolismo celular. Interessante que esse processo ocorre diariamente em nossos corpos, consistindo em algo natural, a diferença fundamental é que em pessoas saudáveis este processo se interrompe através de sinalizações celulares, como a apoptose, que determina a morte da célula anômala (BRASIL, 2021).

Conforme já dito, há grande influência de fatores ambientais e de hábitos de vida para o desenvolvimento da doença, porém precisamos considerar que a incidência, distribuição geográfica e mesmo comportamento não está atrelado a apenas uma condição, mas geralmente ao inter cruzamento de múltiplos fatores e situações, como: sexo, idade, raça, exposição à carcinógenos ambientais, por exemplo. Quanto aos fatores de hábitos de vida, alimentação (dieta e nutrição) bem como a atividade física são essenciais para a existência humana, e quando em desequilíbrio predispõe a diversas doenças, incluindo o câncer (BRASIL, 2020). Os fatores apresentados podem ser intrínsecos (idade, etnia, herança genética) ou extrínsecos (uso de entorpecentes, alimentos, sedentarismo, infecções, radiações, poluição, elementos químicos, medicamentos, ambiente). O tempo de exposição a cada fator e mesmo a interação entre eles torna-se primordial para determinar o risco individual para o desenvolvimento da doença (BRASIL, 2004; KOLONEL; ALTSHULER; HENDERSON; 2004).

Fatores ambientais são àqueles que muitas vezes estão em nosso meio, mesmo sem sabermos, seja a poluição gerada pelas indústrias, os automóveis, o cigarro, as alterações das condições climáticas, a degradação da camada de ozônio, entre tantas outras circunstâncias.

Os fatores ambientais variam conforme o local no mundo e são associados ao desenvolvimento econômico, político e social. Alguns carcinógenos químicos (encontrados no tabaco, por exemplo) e mesmo outros agentes como azocorantes, aflatoxinas e o benzeno são claramente indutores de câncer no humano e em animais. Alguns vírus, como alguns do grupo do herpes ou mesmo a hepatite C também são responsáveis por alguns casos específicos de câncer, usualmente de útero e fígado, respectivamente. Interessante observar que na maioria dos casos é necessário um longo período de exposição ou infecção até o aparecimento da doença, momento no qual o corpo não consegue mais fazer as correções necessárias para impedir o desenvolvimento do tumor (BRASIL, 2004; KOLONEL; ALTSHULER; HENDERSON; 2004).

Muito temos falado sobre fatores de risco, e estes também são vistos de forma diferente conforme o interesse dos pesquisadores ou mesmo o campo de estudo, sendo que conforme a expansão e inovações da biomedicina há uma ampliação das evidências e da medicalização, que determinam e por vezes manipulam os fatores analisados (FRAZÃO, MINAKAWA; 2018; ILLICH, 1975), entretanto para o Ministério da Saúde (MS), este termo está relacionado como: “qualquer coisa que aumenta o risco de um indivíduo desenvolver uma determinada doença ou sofrer um determinado agravo” (BRASIL, 2004, p. 141). Além dos fatores de risco, também devem ser considerados os fatores de proteção, que são os elementos que reduzem o tal risco. Adiante discutiremos um pouco mais sobre os fatores de risco e sua variação, visto as diferenças de suas concepções na saúde e sociedade (LUIZ; COHN, 2006).

A globalização e a modernidade têm tido um real impacto no crescimento desta doença, que hoje é caracterizada como o principal problema de saúde pública do mundo. A explicação para esse aumento vem da maior exposição aos fatores de risco pela população. Devemos entender que as mudanças nos padrões de vida, e com isso condições de trabalho, industrialização, urbanização, bem como o envelhecimento da população mundial tem tido impacto positivo em todas as DCTN, como destaque estão as cardiovasculares e o câncer (BRASIL, 2004). Outros pontos como os perigos que foram introduzidos pela modernização, como acidentes nucleares, contaminação do mar e dos rios, poluentes dispersos no ar e nos solos, são marca da modernidade reflexiva e mesmo da sociedade de risco. Dentro desta sociedade de risco, encontramos outros fatores individuais, que demarcam assim escolhas de múltiplos estilos de vida (LUIZ; COHN, 2006), reforçando mais uma vez a questão da identidade trazida por Hall (2020), que antes unificadas, hoje são deslocadas e híbridas, não compostas apenas de um centro, mas influenciadas pelos aspectos da globalização.

Falamos muito dos fatores de risco e das escolhas pessoais, no entanto, não podemos esquecer de pautar a importância da informação, das condições de acesso aos serviços de saúde, bem como do desempenho destes serviços, que pode reforçar a relação positiva ou negativa na incidência e mortalidade do câncer, ou seja, o Estado, representado em especial pela atenção primária, também exerce um papel fundamental para esses números, aspecto que simboliza o efeito do biopoder sobre as populações (FOUCAULT, 2008; BRASIL, 2004). Percebe-se ainda, em países de média e baixa renda, uma relação positiva à exposição a fatores de risco reprodutivos e hormonais, assim como a mudança em padrões alimentares aumentando incidência e mortalidade por câncer, com isso as ações e o acompanhamento da eficácia das intervenções são necessários (SILVA et. al., 2017). Em termos mundiais, há a tendência da diminuição da atividade física e aumento do peso corporal, com maior impacto na população idosa, o que aumenta o risco do câncer. Conforme previsto, se as taxas de obesidade continuarem aumentando é possível que esse fator passe a ser o principal risco para o câncer, passando inclusive o tabagismo (BRASIL, 2020).

Conforme temos falado, percebe-se uma constante em fatores associados ao aumento do risco de desenvolvimento do câncer. Para explicitar, cito alguns tipos e suas relações diretas já com achados científicos, conforme exposto pelo INCA (BRASIL, 2019):



- Câncer de Próstata: história familiar, fatores hereditários, tabagismo, excesso de gordura, exposição a aminas aromáticas, arsênio e produtos de petróleo;
- Câncer de Mama: Idade acima dos 50 anos, fatores genéticos, menopausa tardia, obesidade, sedentarismo, exposição frequente a radiações ionizantes;
- Câncer de Cólon e Reto: idade acima dos 50 anos, obesidade, sedentarismo, tabagismo, alto consumo de carnes vermelhas e processadas, baixa ingestão de cálcio, consumo de álcool, baixo consumo de frutas e fibras, fatores hereditários, doenças inflamatórias intestinais, diabetes tipo 2 e exposição à radiação ionizante;
- Câncer de Estômago: Infecção por *Helicobacter Pylori*, excesso de peso, consumo de conservas, alimentação pobre em fibras e vegetais, consumo excessivo de álcool e tabaco, exposição a agrotóxicos e na produção de borracha;
- Câncer de Esôfago e Laringe: consumo excessivo de bebidas alcoólicas ou de bebidas muito quentes (como o chimarrão, chás e café), tabagismo, síndrome de Barret, alimentação com baixa ingestão de vegetais e fibras, consumo de carnes processadas, exposição ocupacional como poeiras da construção civil, carvão e metal, amianto, vapores de combustíveis fósseis, herbicidas, aumento da gordura corporal;

- Câncer de pulmão: tabagismo, exposição ao tabagismo, exposição ocupacional a agentes químicos ou físicos (como asbesto, sílica, urânio) e suplementos de beta-caroteno em fumantes ou ex-fumantes.
- Câncer de Colo do Útero: infecção persistente por alguns tipos de papilomavírus humano (HPV), atividade sexual com início precoce e com múltiplos parceiros, tabagismo e uso prolongado de pílulas anticoncepcionais;
- Câncer do Corpo Uterino: obesidade em mulheres acima dos 50 anos, excesso de peso e falta de atividade física, diabetes mellitus, hiperplasia endometrial, reposição hormonal, nuliparidade;
- Câncer de Ovário: idade, histórico familiar, menarca precoce, menopausa tardia, obesidade, tabagismo;
- Leucemia e outros cânceres hematológicos: tabagismo, exposição a benzeno (gasolina e indústria química), a radiação ionizante, a quimioterapia, ao formaldeído (indústrias), a agrotóxicos e solventes, na produção de borracha, hepatite B e C, HIV e HTLV1, história familiar;
- Câncer de Tireoide: irradiação do pescoço, história familiar, dieta pobre em iodo, obesidade, tabagismo, exposições hormonais e de poluentes ambientais;
- Câncer de Bexiga: tabagismo, exposição a compostos químicos (como: aminas aromáticas, azocorantes, benzeno, fumo e poeira de metais, agrotóxico, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, óleos, petróleo, droga antineoplásica, tintas, etc.).

Como se pode perceber, existem diversos fatores de risco repetidos em diferentes doenças, sendo relacionados ao ambiente e à ocupação, e outros tantos relacionados com o estilo de vida. Nas últimas décadas tem havido um aumento significativo da doença no mundo, não sendo diferente para as taxas do Brasil, com risco maior, após feitos ajustes de taxas, em homens do que em mulheres (BRASIL, 2004). Também conforme o INCA (2020) mostra-se uma prevalência de 50% entre os cânceres de mama, próstata, cólon e reto, pulmão e tireoide. Além desses dados, no Brasil, o risco cumulativo de desenvolver algum câncer ao longo da vida é de 47,7% para homens e 35,5% para mulheres, já o risco de morrer de câncer é de 30,7% para homens e 19,7% para mulheres. Abaixo apresentamos as tabelas das estimativas brasileiras de casos de cânceres e, na sequência, as estimativas na região sul, por ser onde está a nossa população em estudo:

Figura 1: Estimativa de casos de câncer no Brasil

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020 por sexo, exceto pele não melanoma*



Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%		
Próstata	65.840	29,2%	Homens		Mama feminina	66.280	29,7%		
Cólon e reto	20.520	9,1%			Mulheres		Cólon e reto	20.470	9,2%
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	7,9%			Colo do útero	16.590	7,4%		
Estômago	13.360	5,9%			Traqueia, brônquio e pulmão	12.440	5,6%		
Cavidade oral	11.180	5,0%			Glândula tireoide	11.950	5,4%		
Esôfago	8.690	3,9%			Estômago	7.870	3,5%		
Bexiga	7.590	3,4%			Ovário	6.650	3,0%		
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,9%			Corpo do útero	6.540	2,9%		
Laringe	6.470	2,9%			Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%		
Leucemias	5.920	2,6%			Sistema nervoso central	5.220	2,3%		

*Números arredondados para múltiplos de 10.

FONTE: INCA (2019, p. 52).

Figura 2: Estimativa de casos de câncer na região sul do Brasil

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%		
Próstata	9.260	22,0%	Homens		Mama feminina	10.890	28,0%		
Traqueia, brônquio e pulmão	4.640	11,0%			Mulheres		Cólon e reto	3.620	9,3%
Cólon e reto	3.750	8,9%			Traqueia, brônquio e pulmão	2.860	7,4%		
Estômago	2.380	5,6%			Colo do útero	2.680	6,9%		
Esôfago	2.160	5,1%			Estômago	1.390	3,6%		
Cavidade oral	1.990	4,7%			Leucemias	1.180	3,0%		
Bexiga	1.420	3,4%			Sistema nervoso central	1.170	3,0%		
Sistema nervoso central	1.290	3,1%			Linfoma não Hodgkin	1.120	2,9%		
Linfoma não Hodgkin	1.270	3,0%			Ovário	1.080	2,8%		
Leucemias	1.250	3,0%			Pele melanoma	1.010	2,6%		

*Números arredondados para múltiplos de 10.

FONTE: INCA (2019, p. 87).

Apesar de todos esses dados alarmantes, o que nos leva a pensar em intervenção através de promoção da saúde é que parte dos fatores expostos até agora são considerados modificáveis, de forma simplificada, dependem do comportamento individual, podendo se traduzir em uma redução do risco. Contudo, devemos nos atentar que muitos fatores mencionados necessitam de alterações populacionais, comunitárias e mesmo políticas, não sendo exclusivamente de responsabilidade do indivíduo (BRASIL, 2004).

Ao falarmos das orientações dietéticas, o foco da intervenção é quanto ao consumo de alimentos e bebidas, não podendo restringir apenas a nutrientes, visto que as recomendações devem ser trabalhadas em conjunto. Como já mencionamos, o estilo de vida é caracterizado por diversos fatores e cada fator interage com outros tantos para assim exercer aumento do risco ou proteção contra a doença, logo as recomendações devem ser compostas de um estilo de vida potencialmente saudável e que agregue todas as dimensões do indivíduo. Hoje o

padrão de estilo de vida, considerado protetor contra o câncer inclui padrões de dieta, diminuição do consumo de álcool, aumento da atividade física e a manutenção de um peso saudável; sendo que a associação de todos estes itens é mais eficaz ao pensarmos em prevenção (BRASIL, 2020).

Considerando aspectos para além do indivíduo, temos que ponderar que o acesso aos alimentos (em especial os que tenham qualidade e não estejam contaminados), condições de vida (pensando em habitação, saneamento, poluição), acesso a ambientes que proporcionem a possibilidade do exercício, fatores econômicos e não menos importantes os políticos – visto que estes influenciam diretamente os demais –, são todos elementos essenciais para conseguir efetivamente a mudança de comportamentos e talvez algum impacto positivo sobre os índices das DCTN, e no caso do nosso estudo, o câncer (SBOC, 2022; BRASIL, 2020).

Mediante ao exposto, ao longo do capítulo continuaremos a discussão acerca do câncer, seu desenvolvimento, sua relação com os principais fatores de risco, bem como discutiremos a inserção desses fatores dentro do estilo de vida das pessoas e como isso impacta suas escolhas e a representação de sua identidade.

2.1 ONCOGÊNESE

Nesta sessão do capítulo iremos discutir brevemente o processo de formação dos tumores para entendermos a relação do câncer com os aspectos que estamos discutindo acerca de estilos de vida e fatores de risco. Entretanto, ressalto que a carcinogênese é complexa e não pode ser explicada de forma simplista, por essa razão, nossa intenção é fornecer algumas informações para entendermos o processo que ocorre em nossos corpos.

O corpo humano é composto por diversos órgãos, que são formados por tecidos e estes por conjuntos de células que são agrupadas conforme suas características morfológicas, que por sua vez foram determinadas através da leitura de seu código genético e de suas especificidades. Esses grupos de células, consideradas normais, coexistem em harmonia sempre com a intensão maior de manutenção da vida. Para que a vida permaneça, fazem-se necessários o crescimento e a renovação celular. O crescimento envolve tanto a duplicação do ácido desoxirribonucléico (ADN ou DNA) que formam ácido ribonucléico (RNA) que decodifica as proteínas, quanto o processo de divisão celular, chamado mitose (BRASIL, 2020; BASHYAMA *et al.*, 2019; BRASIL, 2004).

Este processo normal ocorre constantemente em nosso corpo e depende de fatores que estimulam e mesmo que inibem o crescimento conforme a necessidade, por exemplo, quando

nos cortamos, a multiplicação irá ocorrer em um ritmo acelerado até que o tecido se regenere, para após ser inibido e paralisado. Quando há a inibição desses mecanismos reguladores, pode iniciar um processo de multiplicação celular anômalo, o que resulta na formação de um tumor ou neoplasia, que pode ser benigno ou maligno (BRASIL, 2004; KOLONEL; ALTSHULER; HENDERSON; 2004).

No processo normal da proliferação celular quase sempre fatores de crescimento são ligados às membranas plasmáticas as quais iniciam o processo, o sinal recebido é enviado ao citoplasma e após, ao núcleo. Nos tumores, esse processo é alterado, em especial, pelo hiperestímulo e mesmo pela não resposta aos fatores de inibição, logo a “célula mutante torna-se a progenitora de um grupo de células que compartilham seus comportamentos ou capacidades anormais” (BRASIL, 2021, p. 23). O processo de oncogênese, que é o crescimento de tumores malignos, apresenta algumas propriedades específicas, que são: a invasão de tecidos circunvizinhos e a metástase, que é o seu desenvolvimento à distância, nem sempre com relação direta com o sítio primário (BRASIL, 2004).

Devemos lembrar, todavia, que as mutações são processos que ocorrem em todos os seres vivos e foram fundamentais para a diversidade das espécies. No caso dos tumores, os agentes mutagênicos têm a capacidade de alterar o DNA, podendo acelerar e aumentar o aparecimento de mutações, e quando há essa mudança em uma expressão de gene específica, formam proteínas menos estáveis e disfuncionais. O maior problema é quando uma célula exposta permanece em cada divisão criando novas mutações a ponto de perder a capacidade do controle, o que pode determinar o aparecimento dos tumores (BRASIL, 2021; BASHYAMA *et al.*, 2019).

A definição de tumor é complexa, visto que é marcada por um aumento no volume dos tecidos, que nem sempre é maligno ou neoplásico. A neoplasia é caracterizada por uma proliferação celular que foge ao controle do organismo, e torna-se constante e autônoma, causando danos ao indivíduo (BRASIL, 2004). O câncer é causado por perturbações em genes, podendo funcionar como promotores ou inibidores da tumorigênese. Fato interessante descoberto, é que a depender do tumor e sua função, o uso dessas moléculas pode ser modificado favorecendo assim o desenvolvimento, crescimento e a sua sobrevivência, assim as moléculas podem ter múltiplas funções e por vezes contraditórias, o que dificulta ainda mais o estudo e a determinação da doença (BASHYAMA *et al.*, 2019).

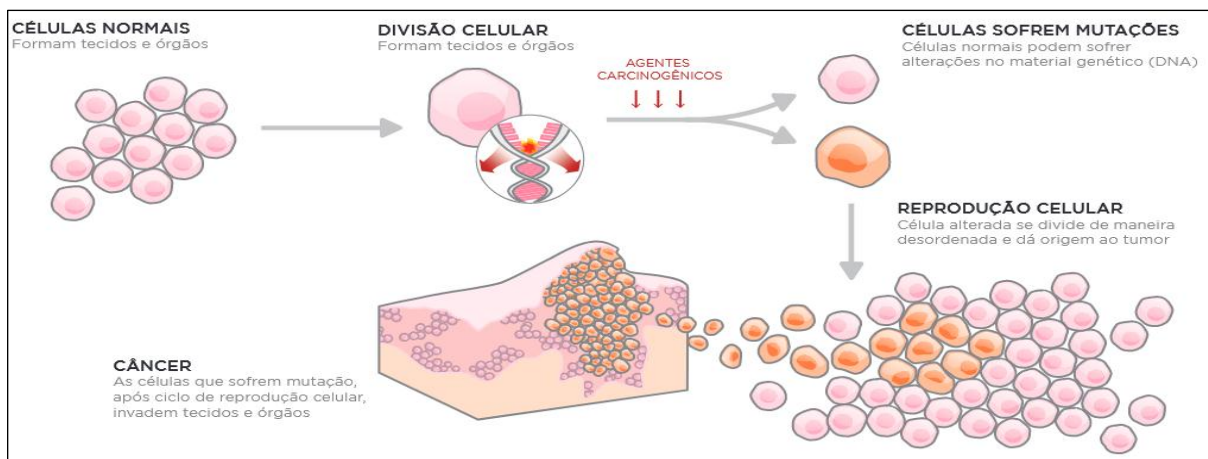
Além das mutações com papel importante na carcinogênese, outras moléculas são conhecidas: as proteínas ‘*moonlight*’, que apresentam a capacidade de desempenhar funções metabólicas diferentes das suas originais, mesmo sem apresentar alterações em sua

composição, e a depender de sua localização intracelular, de seu ambiente, pH, interação com outras proteínas pode ganhar funções oncogênicas (BASHYAMA *et al.*, 2019).

A sua disseminação, conforme apresentada pelo INCA (2004, p. 43), é composta de diversas etapas, como apresentado a seguir:

- 1) invasão e infiltração de tecidos subjacentes por células tumorais, dada a permeação de pequenos vasos linfáticos e sanguíneos;
- 2) liberação na circulação de células neoplásicas, tanto isoladas como na forma de pequenos êmbolos;
- 3) sobrevivência dessas células na circulação;
- 4) sua retenção nos leitos capilares de órgãos distantes;
- 5) seu extravasamento dos vasos linfáticos ou sanguíneos, seguido do crescimento das células tumorais disseminadas.

Figura 3: Processo da Oncogênese



FONTE: INCA (2021, p. 23).

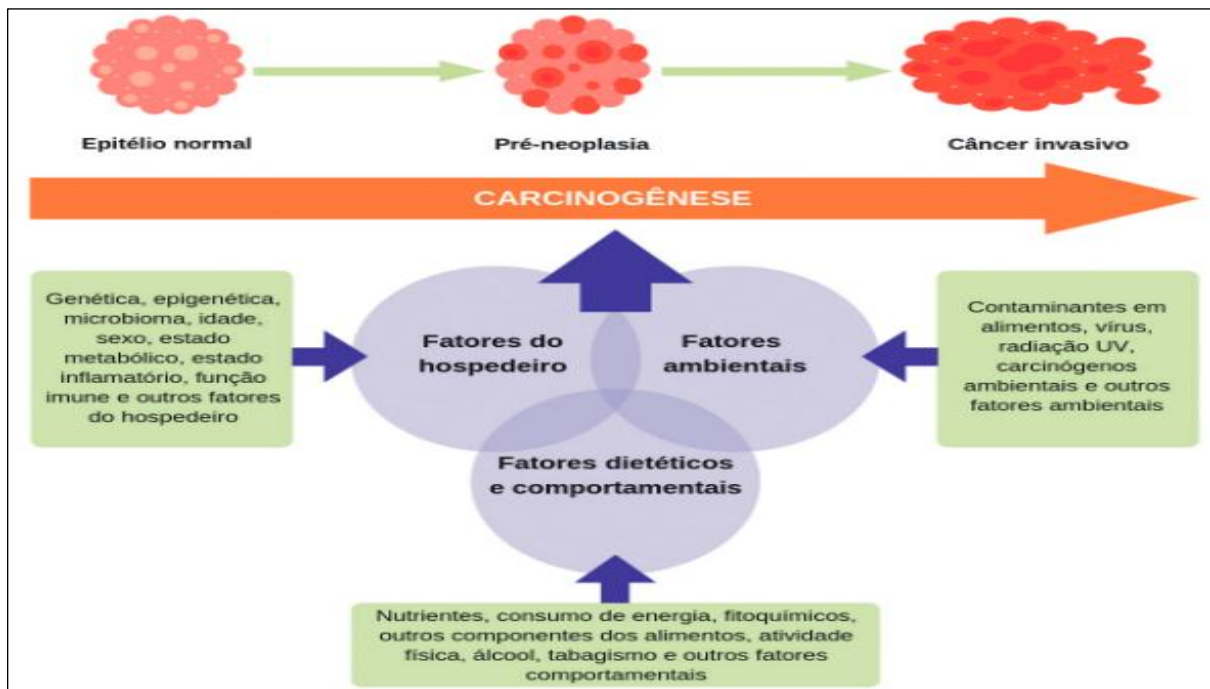
Como já falado, o câncer muitas vezes é uma soma de diversas mutações, podendo ter ativação e inativação de diferentes fatores genéticos. Frequentemente, o tipo e o local das mutações pode indicar quais as possíveis funções dos genes (BASHYAMA *et al.*; 2019). Entendendo as características expressas dessa proliferação celular desordenada, há comprovação de expressões de genes diferentes em pacientes obesos quando comparados aos pacientes eutróficos, no diagnóstico de câncer de mama, próstata e corpo do útero. O risco relativo do desenvolvimento de câncer conforme o IMC (Índice de Massa Corporal), aumenta na ordem de 1,05 a 1,62 para cada + 05Kg/m², reforçando o risco aumentado em pacientes com sobrepeso e/ou obesidade (DONOHOE *et al.*, 2017).

Considerando o risco da obesidade, podemos explorar algumas questões relacionadas com a oncogênese, como: inflamação crônica como uma desreguladora da homeostase, favorecendo a proliferação celular; também mudanças nas vias de sinalização intracelular com estímulo ao aumento de fatores de transcrição assim como fatores nucleares que estimulam a mutação e com isso podem induzir ao crescimento anormal da célula. Há evidência que em

obesos o tecido adiposo também apresenta mutações e expressão aumentada de genes anti-inflamatórios, em especial ao redor de tumores de mama invasivos, apresentando ainda aumento da síntese de ácidos graxos e acúmulo de gordura, o que está associado à agressividade da doença (DONOHOE *et al.*, 2017).

Após explicitar fatores relacionados ao desenvolvimento do câncer e já elencando algumas relações de mutações e expressões genéticas aumentadas em obesos que intensificam risco e/ou a agressividade da doença, apresento na sequência uma figura (figura 4) que demonstra os pontos fundamentais e suas inter-relações que aumentam a pré-disposição ao câncer:

Figura 4: Fatores relacionados à carcinogênese



FONTE: INCA (2020, p. 27).

Entendendo um pouco o processo da oncogênese/carcinogênese e compreendendo que diversos fatores estão interligados para o seu desenvolvimento, seguimos discutindo os principais fatores de risco e sua relação com a identidade e o estilo de vida dos indivíduos.

2.2 FATORES DE RISCO

Temos trazido ao longo do texto o impacto de fatores ambientais e de estilo de vida no câncer, esses fatores são agrupados e chamados de fatores de risco. Para que possam ser realizadas medidas direcionadas ao controle do câncer, faz-se importante considerar esses

pontos, e percebe-se que transições econômicas e sociais estão relacionadas com o aumento à exposição desses fatores, em especial em países de média e baixa renda (SILVA *et. al.*, 2017). Conforme a SBOC (2022, p. 9): “O risco de ter um câncer e de morrer por câncer antes dos 75 anos de idade é de 21,5% e 9,5%, respectivamente”, sendo estimado que 30% dos casos podem ser atribuídos aos fatores de risco modificáveis (BRASIL, 2021). Mas, antes de discorrermos sobre cada um deles, queremos trazer a reflexão sobre o que são os fatores de risco e como eles ganharam tal destaque na atualidade.

Acreditamos que o primeiro ponto a se considerar concerne na característica da sociedade atual - principalmente ao olharmos o mundo ocidental, neoliberal e globalizado, que transforma tudo em consumo – da crescente preocupação em viver, viver mais e viver saudável. Com isso, foi criada uma exaltação à responsabilidade individual sobre a sua saúde e em consequência uma necessidade de comportamentos que denotem a prevenção e mesmo o culto ao corpo. A partir deste contexto, as crescentes recomendações “médicas”³ sobre como atingir uma vida saudável são divulgadas pela mídia e incentivadas pelos interesses corporativos para que toda a população busque este ideal (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

Obviamente com todos os estudos comprovando, conforme veremos adiante, que diversos comportamentos relacionados com hábitos ou estilos de vida estão conectados diretamente à saúde, a maior preocupação das pessoas tornou-se: o que fazer para conseguir ter mais tempo de vida. Com isso em vista, percebe-se uma tendência das ações de promoção da saúde relacionadas à educação, visando fortalecer o conhecimento relativo aos comportamentos considerados de risco. Pensando nestes modelos de promoção da saúde, conseguimos enxergar mecanismos de regulação e controle que vão ao encontro dos conceitos de biopolítica de Foucault (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

No enfoque da área da saúde “O termo ‘risco’ é usado para definir a chance de uma pessoa sadia, exposta a determinados fatores, ambientais ou hereditários, desenvolver uma doença. Os fatores associados ao aumento do risco de desenvolver uma doença são chamados fatores de risco” (INCA, 2021).

Um fator de risco pode estar associado a diversas doenças e vários fatores associados podem aumentar o risco de desenvolver uma mesma doença. Nas neoplasias, é comum perceber que a exposição ao fator de risco deve ser contínua e mesmo que sua manifestação se dará anos após esta exposição, o que em muitos casos dificulta o levantamento de dados

³ Expressamos recomendações médicas com aspas, visto sabermos que as recomendações são realizadas por um grupo de interesses diversos. Adiante traremos para a discussão a medicalização da saúde, onde explanaremos sobre este assunto.

acerca de riscos ocupacionais, por exemplo (INCA, 2021). Conforme Illich (1975) essa análise das tendências de morbidade do meio são as primeiras determinantes da saúde da população, sendo que condições de habitação, trabalho e mesmos mecanismos culturais são fundamentais dentro desse processo.

O termo risco ganhou uma conotação de perigo apenas a partir do século XVI, ou seja, é um termo tanto moderno. Conforme os autores Luiz e Cohn (2006) houve uma transição neste período ocasionada pelo controle de fatores relacionados à morte imediata ou mesmo as fatalidades, havendo uma ressignificação da vida com a preocupação voltada para eventos vindouros, ou seja, a população começa a se preocupar com o que pode acontecer. Ainda conforme os autores o “risco surge como conceito quando o futuro passa a ser entendido como passível de controle” (LUIZ; COHN, 2006, p. 2341). Entretanto, mesmo com os avanços da medicina, sabemos que essa busca incessante pela perfeita saúde vive em um campo de probabilidades que pouco se pode controlar, sendo que os mínimos riscos de adoecer devem ser prontamente eliminados em busca de um bem-estar ditado, em muito, pelo Estado ou mesmo pela indústria (ZORZANELLI, 2018).

Um dos pontos preocupantes sobre a obsessão ao risco é a responsabilização individual sobre o seu controle. No momento que o Estado determina os riscos e os repassa para a população, instantaneamente o papel da prevenção e cuidado passa ser de estrita responsabilidade do indivíduo. Este ponto deve ser levado em conta, visto ser uma nova estratégia biopolítica, com enfoque nas políticas neoliberais, em que o Estado deve intervir minimamente sobre o empreendedor, neste caso, a sua população (ZORZANELLI, 2018; FURTADO; SZAPIRO, 2012). Pensando nesse papel de controle do Estado, entende-se o indivíduo como um empreendedor de si mesmo, e sua genética pode ser vista como de risco ou não, dependendo quais características ele porta, levando a uma responsabilização excessiva dele subestimando as demais situações que permeiam e influenciam a sua vida (FOUCAULT, 2008). Além de avaliar o risco e perceber a responsabilização do indivíduo através dos interesses biopolíticos, não podemos deixar de atravessar o conceito de risco pelo conceito de vulnerabilidade, visto que aspectos multidimensionais (condições socioeconômicas, acesso aos serviços, cultura, relações sociais, entre outros) afetam diretamente o bem-estar das pessoas e comunidades, podendo ampliar a exposição aos riscos sendo este atrelado ao processo social que remete não só as condições de vida, mas aos suportes sociais oferecidos (SCOTT, *et al.*, 2018).

Outra questão a ser analisada é o estabelecimento de riscos conforme o interesse do capital, ou seja, ao mesmo tempo em que é determinado um fator como risco, desenvolvo

produtos a serem consumidos para evitá-lo ou tratá-lo, e em alguns casos essa solução tecnológica, pode igualmente prevenir um risco e gerar outro. Alguns exemplos: obesidade é um risco, desenvolvo um shake emagrecedor ou como o segundo exemplo, tenho câncer e faço quimioterapia, que como efeito colateral pode gerar anemia, e outros tantos exemplos encontrados em nossa atualidade (FURTADO; SZAPIRO, 2012). E diante de tantos produtos gerados, subestimam-se os riscos que estes mesmos podem promover quando utilizados em contextos equivocados (ILLICH, 1975). Conforme Vasconcellos-Silva, Castiel e Ferreira (2016), percebeu-se que consumidores com maior escolaridade são as principais vítimas ao comércio de produtos “milagrosos”, podendo fortalecer a incessante busca pela saúde perfeita.

Assim como essa incorporação de risco está articulada com as relações econômicas do capitalismo e a laicização da sociedade, devemos entender que com ela houveram diversas transformações sociais. Também com o desenvolvimento do pensamento probabilístico, favoreceu-se o entendimento de que através dos cálculos poderíamos ter um maior gerenciamento da saúde e uma prevenção das doenças (LUIZ; COHN, 2006). Essa autogestão da saúde vem se intensificando a cada ano com o aumento do medo do envelhecimento e morte, e conseqüentemente a busca incessante de um cuidado extremo do corpo a ponto de se manter longo e saudável (FURTADO; SZAPIRO, 2012). Essa visão de cuidado já está tão generalizada que consideramos natural manter cuidados médicos de rotina, não precisando estar doente para ser um “paciente”, sendo que em cada idade, temos cuidados terapêuticos específicos na tentativa de garantir uma saúde perfeita (ILLICH, 1975).

No final do século XIX esses conceitos de risco assumiram um caráter descritivo, visto a necessidade do Estado em controlar as suas populações de epidemias ou outras situações desfavoráveis. Frisamos a descrição de Foucault de biopolítica em que o controle do Estado se faz necessário para mantermos uma população de corpos úteis e dóceis (FURTADO; SZAPIRO, 2012; LUIZ; COHN, 2006).

Não podemos, todavia, acreditar que todo esse processo da epidemiologia das doenças foi apenas de caráter normalizador, entendemos a importância desses estudos populacionais no caráter da determinação de riscos e mesmo medidas necessárias para melhorar a qualidade de vida da população, como por exemplo, as noções de cuidados sanitários e saneamento básico. A epidemiologia consegue nos mostrar através de estudos, por exemplo, a influência do meio em populações de imigrantes, que apesar de terem um mesmo perfil genético apresentam diferentes incidências de câncer, mostrando a variação ocorrida apenas pela exposição aos riscos (KOLONEL; ALTSHULER; HENDERSON, 2004). Entretanto, os padrões estatísticos fornecem parâmetros normais para a população, esquecendo-se das

individualidades e colocando todos os que estão fora da “normalidade” automaticamente em uma posição de risco. Essa vigilância sobre o corpo demonstra um dos braços da biopolítica através da medicalização, que busca um controle da vida elencando fatores de risco à suas novas biotecnologias (ZORZANELLI, 2018). O cuidado que deve se ter nesse discurso, é a propagação de um ideal que nem sempre é real para todos os indivíduos. Um exemplo avaliado pelo estudo de Leitzke, Rigo e Knuth (2020) foi o quadro “Medida Certa” apresentado no Programa de televisão Fantástico⁴, em que se trabalhava a questão da saúde com foco no peso corporal e que responsabilizava cada indivíduo pela sua saúde, com o sentido de que se adotados os passos demonstrados no programa, todas as pessoas que o assistiam conquistariam a sua saúde. Novamente, podemos ver a responsabilização do indivíduo, demonstrando um caráter biopolítico presente inclusive nos programas de televisão e mesmo a normalização, ou seja, o tratar cada indivíduo como um ser igual ao outro, considerando que todos os riscos e recomendações podem surtir um mesmo efeito (LEITZKE; RIGO; KNUTH, 2020).

Todas essas mudanças, considerando à prevenção da doença e a busca incessante por uma vida longa e plena levam a nossa sociedade a se transformar em uma sociedade de risco, em que todos os aspectos da vida são vistos sob a ótica do risco e do cuidado, por vezes sem considerar que algumas situações independente das ações tomadas irão seguir o seu curso, como no caso algumas doenças infecciosas e mesmo o envelhecimento (LUIZ; COHN, 2006; ILLICH, 1975). Ainda conforme os autores:

A ambivalência e a estranheza são características do tempo presente. Sua abordagem dá margem a polêmicas e permite distintos enfoques, eventualmente antagônicos. Os temas são fugidios, e o vocabulário disponível consegue apreender apenas parcialmente o que acontece ao nosso redor. As explicações não podem ser consideradas como verdadeiras ou falsas, pois são aspectos da complexa realidade, não podendo, portanto, ser tomadas como explicação da totalidade. É preciso ter em mente que cada vez mais as idéias e os conceitos são provisórios e passíveis de controvérsias e imprecisões (LUIZ; COHN, 2006, p. 2341).

Conforme o apresentado, o fator de risco é composto por quaisquer características ou situações que aumentem de alguma forma a probabilidade de uma doença. Então, se a pessoa estiver sob esse risco ela terá maiores chances de desenvolver um agravo, e se ela o evitar, estará se protegendo, tudo com vistas a uma demanda sem limites, que seria evitar a morte. Interessante ponderar que a colonização cultural modificou a forma dos povos enxergar a dor,

⁴ O quadro “Medida Certa” foi exibido no Programa Fantástico aos domingos à noite na TV Globo. Ele dava enfoque especial ao emagrecimento e teve temporadas entre o ano de 2011 e o ano de 2015.

tanto que o sofrimento deixa de ser aceito e ao seu menor sinal, qualquer intervenção deve ser feita para interromper o agravo. (ILLICH, 1975). Claro que, como dito acima, as explicações são datadas, visto que dependendo das realidades ou estudos, os conhecimentos vão mudando e assim surgem a cada dia novas regras a serem seguidas (LUIZ; COHN, 2006). As ambiguidades da cultura de risco são envoltas de certezas e inseguranças que estão sempre sendo reconformadas visto o contexto dinâmicos em que vivemos (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

Devemos compreender que os aspectos culturais e mesmo políticos e econômicos podem dificultar à mudança de hábitos, visto que não podemos pautar essa mudança exclusivamente na boa vontade do indivíduo. A construção de um novo hábito deve estar, não apenas embasado em conhecimentos técnico-científicos, mas deve passar pelo processo de construção social. Apenas após a reflexão e aceite da população é que as recomendações passam a ser eleitas como verdade (BRASIL, 2021). Contudo, em algumas situações o modelo neoliberal, acaba por deslocar essas medidas que deviam ser públicas, para empresas privadas, que acabam não tendo nenhum critério para a formação de novas medidas de proteção, atravessando subjetividades, e muitas vezes não trazendo real sentido, mas tornando todos os sujeitos doentes em potencial (SIBILIA; JORGE, 2016). Com esse pensamento em mente, passaremos a analisar os principais fatores de risco, considerados modificáveis, para o câncer.

2.2.1 Alimentação

Um dos principais pontos do estilo de vida que é considerado como um fator de risco para o câncer é a alimentação. Hoje, diversos estudos apontam como risco de diversos tipos de câncer como: mama, cólon, estômago, boca, entre outros. Conforme dados apresentados, cerca de 25% das mortes por câncer são relacionadas por uma má alimentação ou mesmo pela obesidade (BRASIL, 2004). Conforme o estudo de Kolonel, Altshuler e Henderson (2004), concluiu-se que fatores ambientais são relevantes para o desenvolvimento do câncer, com uma ênfase especial na importância dos componentes alimentares.

A cada ano uma atenção maior é dada para a alimentação e nutrição, pois com os estudos realizados nas últimas décadas percebe-se que não só uma má alimentação causa risco, como uma boa alimentação pode proteger e mesmo reverter agravos na saúde. Entretanto, tem sido expandida a atenção, em especial, a nutrientes específicos, chamamos isso de “nutricionismo”, que se exprime pela valorização exclusivamente de vitaminas e

minerais que atendem deficiências nutricionais específicas, e a partir desses dados a indústria criou “superalimentos”, valorizando nutrientes ao invés da comida, e retirando da alimentação um dos seus aspectos mais belos, que é a confraternização e fortalecendo um novo lado da medicalização o da alimentação (MENEZES; MALDONADO, 2015).

A nutrição em si é um conjunto de processos pelo qual o organismo utiliza alimentos para adquirir energia e nutrientes para todas as suas funções. Tanto a formação celular como a sua multiplicação, sinalização e morte, só são possíveis através dos nutrientes que retiramos dos alimentos e que permitem que estes processos ocorram. Ela é importante em qualquer momento da vida, visto que para o crescimento, desenvolvimento e funcionamento são necessárias diversas reações bioquímicas que necessitam dos nutrientes para manter o metabolismo e assim sustentar a vida, sendo a primeira aprendizagem social do ser humano (BRASIL, 2020; POULAIN; PROENÇA, 2003).

A alimentação é composta então por diversos tipos de alimentos e estes compostos por diversos nutrientes e substâncias que podem interferir no risco ao câncer. Além disso, outros fatores também devem ser considerados, como: a forma de preparo (por exemplo: fritar alimentos oxida as gorduras que aumentam o risco do câncer; cozer o tomate aumenta a oferta do licopeno que é fator de proteção contra o câncer de próstata, etc.), a conservação do alimento (por exemplo: amendoins mal armazenados podem ser contaminados com aflatoxinas que aumentam o risco ao câncer; azeite de oliva armazenado em vidro escuro e longe da luz permanece estável o que aumenta seus fatores de proteção, etc.) e mesmo tamanho de porção, o equilíbrio dos alimentos, o plantio, entre outros (BRASIL, 2020; BRASIL, 2004).

A nutrição então é entendida como um componente importante de manutenção da vida, sendo ainda fundamental para o nosso organismo conseguir evitar o desenvolvimento de doenças e mesmo se recuperar de agravos gerados (BRASIL, 2020). Devemos entender, entretanto, que basear-se no “nutricionismo”, é muito genérico, visto que a alimentação é composta de diversos fatores também culturais e simbólicos – que serão tratados adiante – e mesmo os alimentos em si são compostos não apenas de nutrientes, mas de substâncias químicas como os fitoquímicos conhecidos pela sua função protetora e, infelizmente, devido à grande contaminação ambiental, podem estar contaminados também com metais, como o arsênico, extremamente tóxico para o nosso organismo (BRASIL, 2021; BRASIL, 2020).

O tema da alimentação é complexo, visto que não é composto apenas do ato de comer, mas do que comer, do como fazer, do como comer, do quanto comer, entre outros tantos aspectos. Entender que a alimentação é composta de fatores materiais (relacionadas

diretamente aos alimentos e sua relação com a saúde e a doença) e de fatores imateriais (relacionadas com a cultura e soberania alimentar) permite que consigamos ter uma visão mais ampla e complexa desse assunto (BALEM *et. al.*, 2017). Ao longo do texto iremos abordar fatores específicos de proteção e de risco relacionados com a alimentação e nutrição.

Começo com o alimento considerado padrão ouro para o ser humano nos seus primeiros meses de vida, que é o leite materno. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de aleitamento exclusivo para bebês até os 06 meses de idade e complementado até 02 anos ou mais. Os benefícios do aleitamento materno são inúmeros para a criança, a mãe e mesmo a sociedade. Entretanto, devido ao interesse econômico, ainda há um grande incentivo do uso de fórmulas infantis e mesmo mitos sobre a não suficiência do leite materno por parte da mãe, que devem ser contestados veementemente pela sociedade. O sucesso do aleitamento materno depende muito da rede de apoio ao binômio mãe-bebê (UNICEF, [s.d.]). Dados da OMS mostram que a taxa de bebês amamentados exclusivamente até os 06 meses é de 47% em países de baixa renda e de 29% em países de média e alta renda, considerando a correção para a prevalência mundial temos um percentual de 36%. Entendendo que essa alimentação reflete em benefícios a curto, médio e longo prazo para todos, infere-se que um percentual menor de 50% demonstra o quanto o interesse capital interfere neste contexto e prejudica a saúde da população. O Projeto de Atualização Contínua (CUP) tem mostrado evidências importantes do aleitamento materno com a proteção contra o câncer de mama para a mãe. Para o bebê sabe-se que protege contra o excesso de peso, assim como favorece o desenvolvimento imunológico da criança. Ainda se sabe que os benefícios da amamentação são cumulativos, ou seja, aumentam conforme o tempo de amamentação, benefícios esses tanto para a mãe quanto para o bebê (BRASIL, 2020).

Outra evidência incontestável, é que o maior consumo de frutas, legumes e verduras oferecem proteção contra o câncer. Dados mais concretos mostram uma redução de 05 a 12% da incidência entre cânceres de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pulmão, pâncreas e próstata. Estes alimentos são conhecidos por serem ricos em vitaminas, minerais, fitoquímicos (compostos bioativos que por suas características antioxidantes, auxiliam no combate aos radicais livres, que são fatores que podem desencadear o desenvolvimento do câncer) e fibras, todos já com estudos quanto à sua proteção contra o câncer. Interessante observar, que os estudos já demonstram que o uso de suplementos vitamínicos específicos, não conferem o mesmo grau de proteção, visto que nos alimentos a biodisponibilidade desses nutrientes é maior e mesmo a sua relação e conformação pode alterar fatores de desempenho; ainda há

evidências que o uso de alguns suplementos pode ser prejudicial (MENEZES; MALDONADO, 2015; BRASIL, 2004).

Além dos micronutrientes, outro alimento presente nos alimentos naturais (neste caso também nos cereais integrais) são as fibras, conhecida substância que confere proteção contra o câncer. Há uma redução de 40% do risco do desenvolvimento de câncer em indivíduos que consomem maior quantidade de fibras. Um dos cânceres com evidência mais concreta quanto à proteção da fibra é o câncer de intestino (BRASIL, 2004). Em um estudo com pacientes com câncer colorretal, percebeu-se uma dieta pobre em frutas, verduras e legumes, rica em carnes vermelhas, gorduras, açúcar com uma associação positiva para o adoecimento (CORREA JÚNIOR, 2021).

Além das fibras podemos falar da presença dos fitoquímicos, que não são nutrientes, mas apresentam bioatividade em humanos, alguns compostos conhecidos são os flavonoides, os carotenos, os isotiocianatos e os compostos fenólicos. Sua importante ação antioxidante, participando de reações para eliminação de radicais livres (que são capazes de mutar nosso DNA, por exemplo), são fundamentais para a manutenção do nosso metabolismo. Todos os demais nutrientes apresentam ações importantes em nosso corpo, mas há um destaque para vitamina C, E, o selênio e o folato, que são diretamente associados a efeitos antitumorigênicos em estudos realizados com modelos animais ou com células in vitro (BRASIL, 2020; DELMONDES, 2016).

Como dito anteriormente, o corpo para manter a sua funcionalidade correta, necessita de todos os nutrientes de forma equilibrada, no entanto, apesar de um componente essencial e com diversas funcionalidades, a gordura em excesso, por ter uma alta densidade energética, pode contribuir para a obesidade, que está intimamente relacionada com diversos tipos de câncer. Queremos, entretanto, ressaltar que o tipo de gordura consumida pode ter um efeito de risco ou de proteção, por exemplo, gorduras oxidadas como das frituras ou mesmo hidrogenadas e trans presentes em alimentos ultraprocessados, são gorduras que predispõe à obesidade e à inflamação, aumentando o risco do câncer e outras DCNT. Já gorduras monoinsaturadas como o ômega-9 presente no azeite de oliva e as poli-insaturadas como o ômega-3 e o ômega-6 presentes nas sementes como a linhaça e o girassol, são considerados fatores de proteção, visto agirem no corpo como elementos anti-inflamatórios. Uma ressalva se faz visto que atualmente há um grande incentivo para o consumo de oleaginosas (as diversas castanhas) visto o seu conteúdo de gorduras consideradas protetoras, entretanto, muitas vezes por serem mal armazenadas, acabam sendo contaminadas por uma toxina chamada aflatoxina, relacionada ao mofo em grãos, e com fortes evidências de associação

com o desenvolvimento de câncer no fígado. Portanto, sempre é necessário analisar o equilíbrio como um todo, que é o ponto fundamental na questão da alimentação (BRASIL, 2021; BRASIL, 2014; BRASIL, 2004).

Um grupo de alimentos que tem apresentado fortes evidências como fator de risco ao câncer são as carnes vermelhas e as processadas (salsicha, presunto, bacon, salame etc.), tendo principalmente relação com câncer de intestino e possivelmente com câncer de estômago e pâncreas. Um dos pontos de risco é a presença de nitritos e nitratos que ao entrarem em contato com o intestino se transformam em nitrosaminas, compostos carcinogênicos. Além destes compostos, a forma de preparo destes alimentos também pode aumentar o risco ao desenvolvimento da doença, ou seja, uso de altas temperaturas como nas frituras ou o uso de fogo direto, como no churrasco, contribui para a formação de amins heterocíclicas, substâncias químicas com capacidade de danificar o nosso DNA (BRASIL, 2004). Diversas evidências mostram que padrões dietéticos com baixas quantidades de carnes vermelhas e processadas são considerados protetores, não apenas contra o câncer, mas contra as outras DCNT. Precisamos reforçar que quanto às carnes vermelhas não se faz necessária a eliminação de seu consumo, visto também ser uma boa fonte de nutrientes, como proteínas, ferro, zinco e vitamina B12, no entanto, pessoas que optam por dietas sem carne (vegetarianas, por exemplo), conseguem igualmente manter um estado nutricional adequado, corroborando o que já temos visto, através da seleção de alimentos e mantendo um equilíbrio em suas escolhas. Outra opção é aumentar o consumo das carnes brancas como as aves, os peixes e mesmo os ovos e laticínios (BRASIL, 2020). Conforme o CUP há fortes evidências da relação das carnes vermelhas com o câncer colorretal, devendo o seu consumo ser reduzido; já quanto às carnes processadas, não há evidências de nível seguro de ingestão, fato esse que deva estar relacionado com a sua produção, quantidade de sal e outros conservantes, todos elementos com potencial carcinogênico (BRASIL, 2020). Também devemos prestar atenção nas carnes salgadas (como carne de sol, charque, etc.), visto que seu consumo está associado ao aumento do risco de câncer de estômago e nasofaringe, o excesso de sal ainda pode resultar em danos à mucosa do estômago e favorecer a colonização por *Helicobacter Pylori*, fator relacionado ao câncer de estômago (BRASIL, 2020; BRASIL, 2004).

Devido especialmente à forma de seu uso, a infusão da planta *Ilex paraugariensis*, chamado por nós de erva-mate, é conhecida por aumentar o risco do carcinoma escamoso esofágico, pois no consumo do mate, tradicionalmente o uso de água quase fervente à infusão faz com que a bebida seja consumida em altas temperaturas. Percebe-se que na América do Sul, há maior incidência de casos, visto o hábito do chimarrão. Tanto a erva-mate, quanto o

café e outros chás, continuamente utilizados pela população, apresentam diversos bioativos que são considerados fatores de proteção contra o câncer. Entretanto, faz-se necessário um maior número de estudos para compreender qual o consumo adequado para os benefícios, lembrando que os mesmos devem ser consumidos em temperaturas amenas para evitar o risco de câncer de esôfago (BRASIL, 2020).

Discorrendo sobre riscos ao consumo de bebidas, há indícios que sucos de frutas, mesmo sem a adição de açúcar, se consumidos em grande quantidade aumentam o risco de ganho de peso, assim como o consumo de bebidas açucaradas. Há evidências no CUP que o consumo de bebidas açucaradas – associadas com uma grande ingestão de energia, mas sem redução de apetite –, está relacionada com aumento de sobrepeso e obesidade em crianças e adultos, conferindo-se, assim, como um fator de risco (BRASIL, 2020).

Abordar sobre as bebidas açucaradas e com isso, incluir os refrigerantes neste processo, nos leva a necessidade de explicar a definição dos alimentos ultraprocessados:

Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Técnicas de manufatura incluem extrusão, moldagem, e pré-processamento por fritura ou cozimento (BRASIL, 2014, p. 41).

Assim, os ultraprocessados são todos àqueles alimentos compostos por ingredientes naturais e associados a ingredientes artificiais, que podem ser potencialmente cancerígenos, fora a sua grande concentração de gorduras e açúcar, que fornecem excesso de energia, podendo levar à obesidade, outro fator de risco ao câncer, e por fim, ricos em aditivos como os realçadores de sabor que atuam causando um consumo exagerado do produto, o que leva ao descontrole. Por essa razão, o consumo destes alimentos deve ser evitado conforme as orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014). O CUP ainda destaca que o risco do consumo das bebidas açucaradas é piorado se estiver associado ao baixo nível de atividade física, o que aumenta a chance do desenvolvimento da obesidade. Percebe-se uma diminuição da venda destas bebidas em muitos países de alta renda, apesar do consumo no geral permanecer alto, e estar aumentando rapidamente em países de baixa e média renda (BRASIL, 2020).

Pensando no contexto capitalista e neoliberal, e ao mesmo tempo, trazendo questões de biopolítica e conseqüentemente controle do Estado, neste momento transferido para ao interesse capital, fazemos um adendo sobre alguns acontecimentos recentes. Houve no Brasil

uma solicitação por parte do Ministério da Agricultura para revisão do Guia Alimentar de 2014, incluindo a mudança do termo ultraprocessado, entre outros pontos observados (BRASIL, 2020), relacionamos este fato com a notícia publicada pela agência de notícias Intercept Brasil, apresentando um documento da empresa Coca-Cola® indicando este mesmo guia como um grande risco aos interesses da corporação (PERES; POMAR, 2021). Fazemos este parêntese apenas para trazer o questionamento: quem tem gerido o interesse da população?

Ainda no contexto do interesse do capital, entram os famosos suplementos alimentares. Há poucos anos, não víamos no Brasil esse uso massivo de suplementos ou alimentos complementados, entretanto, com todas as estratégias de marketing baseadas em estudos científicos que trazem benefícios dos nutrientes para os organismos, há um crescimento exponencial deste consumo, o que traz preocupação. Não que uso de suplementos não possa ser feito, desde que bem aconselhado por pessoas idôneas, sempre respeitando as individualidades, mas entende-se que a maior parte da população consegue manter uma dieta que seja considerada protetora apenas com o consumo adequado e balanceado de alimentos e bebidas do seu cotidiano. Aliado a isto, estudos corroboram que o uso de micronutrientes isolados não fornecem os mesmos resultados do que quando integrados ao seu alimento de origem. Por exemplo, na gestação e em casos de desnutrição ou anemia, os suplementos podem ser aconselháveis tanto para prevenir quanto para corrigir deficiências. Há, contudo, algumas ressalvas como o uso de suplementos de betacaroteno (muito utilizado por mulheres que estão querendo se bronzear) em fumantes e ex-fumantes, que conforme evidência da CUP está relacionado com o aumento da incidência do câncer de pulmão (BRASIL, 2020; BALÉM *et al.*, 2017; BRASIL, 2014).

Na atualidade os hábitos alimentares têm sido influenciados pela sociedade, conhecida também como sociedade do consumo. Neste contexto é visível a mudança de padrões alimentares que eram enraizados na cultura e a substituição destes por alimentos industrializados ou mesmo suplementados, que nada mais são do que um reflexo da industrialização e do poder neoliberal atingindo o âmago da vida dos indivíduos (BALEM *et al.*, 2017). Em várias partes do mundo há situações endêmicas de risco nutricional e em muitos casos, estas deficiências aumentam a chance para o desenvolvimento de DCNT. Assim, em condições críticas há o aconselhamento da suplementação, como ocorre no Brasil com o uso de adição de iodo no sal e de ácido fólico nas farinhas, por exemplo. Entretanto, se reforça a importância da ação na base alimentar: “a melhor abordagem é proteger ou aprimorar os sistemas alimentares locais para que eles sejam nutricionalmente adequados e

promovam dietas saudáveis” (BRASIL, 2020, p. 73). Assim, cabe aos formuladores de políticas que incentivem o acesso ao alimento a todas as classes, criando um sistema e um ambiente saudável para sua população.

Além dos alimentos em si, temos ainda o risco de contaminação deles com diversos elementos químicos que hoje estão dispersos em nosso ambiente e em muitos casos apresentam dificuldade para sua degradação e em outros casos tem capacidade de se bioacumular (BRASIL, 2021).

Um desses compostos de grande impacto são os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, como o benzeno. Estamos expostos diariamente a diversos desses elementos através de contaminação do ar, solo, alimentos e mesmo produtos farmacêuticos. Outro contato com esses alimentos, potencialmente cancerígenos, é através de alimentos “grelhados, churrascos, defumados, assim como aqueles assados, cozidos ou fritos a alta temperatura” (BRASIL, 2021, p. 81). O cozimento das carnes nestes processos gera aminas heterocíclicas e os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, ambos com potencial mutagênico.

Ademais, outro problema presente desde o momento da produção dos alimentos é a presença de resíduos de agrotóxicos, no Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos 19,7% das amostras avaliadas estavam contaminadas, encontrando inclusive produtos proibidos no país (BRASIL, 2021). Além de resíduos em alimentos que são tratados com os agrotóxicos, interessante perceber a presença destes em produtos que teoricamente não deveriam estar contaminados, como o caso do mel (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022).

Temos no Brasil um cenário de insegurança alimentar, visto que não há conhecimento suficiente para o uso de agrotóxicos de forma segura, primeiro por não haver uma reavaliação toxicológica dos compostos e segundo por não sabermos os efeitos em longo prazo sobre a multiexposição. O caminho mais seguro seria de manter o incentivo para a produção e consumo de alimentos orgânicos (BRASIL, 2021). A baixa diversidade genética, e a diminuição da biodiversidade natural favorece o uso de inseticidas, assim como a exigência da população por produtos perfeitos em seu visual, aumenta a demanda para o uso dos mais diversos tipos de insumos agrícolas (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022). Como sabemos, os agrotóxicos são potencialmente carcinogênicos (BRASIL, 2004). Em 2015, a IARC (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer) “classificou o herbicida glifosato e os inseticidas malationa e diazinona como prováveis agentes carcinogênicos para humanos (Grupo 2A) e os inseticidas tetraclorvinfós e parationa como possíveis agentes carcinogênicos para humanos (Grupo 2B)” (BRASIL, 2021, p. 269).

Falando em produção, não podemos deixar de citar os alimentos transgênicos, igualmente conhecidos como organismos geneticamente modificados. Esses alimentos são manipulados geneticamente em laboratório, e tem inserido em seu genoma uma sequência de DNA, que terá uma função de modular algo específico, como resistência às pragas, produtividade, etc. O Brasil é o segundo maior produtor de transgênicos do mundo, cultivando mais de 40 milhões de hectares, com lavouras de soja, milho e algodão. Poucos países fazem uso desta tecnologia e com o seu uso há uma associação positiva ao consumo de agrotóxicos. Diversos países já adotaram restrição, bem como proibição do cultivo e consumo. Mesmo que já exista há 45 anos a tecnologia do DNA recombinante, ainda não há clareza sobre a sua segurança, seja na questão de controle, seja na questão de segurança alimentar (BRASIL, 2021).

Um dos grandes problemas associados à plantação dos transgênicos é o crescente consumo de agrotóxicos, sendo que o Brasil é o país que mais consome esse produto no planeta, com um consumo médio de 5,2Kg de veneno agrícola por habitante. Os transgênicos inicialmente vinham com a proposta de diminuição na necessidade destes insumos, mas infelizmente, ao longo dos anos essa grande promessa acabou sendo frustrada, apenas fortalecendo as indústrias que além das sementes, vendem todos os insumos para sua produção (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL; 2022; BRASIL, 2021). Além da questão saúde, no quesito consumo do transgênico, ressalta-se:

Ademais, constatam-se efeitos adversos, ainda não avaliados adequadamente, para milhões de agricultores de pequeno porte, povos e comunidades tradicionais, que não se ajustam a tecnologias dependentes de ganhos de escala e insumos externos. As reduzidíssimas opções de novas características em variedades comerciais demonstram que a transgenia, para além de suas limitações, provoca danos ao meio ambiente, prejuízos a agricultores, constituindo exemplo cabal de tecnologias que visam a lucros e a não soluções para a agricultura, que deve ter sustentabilidade econômica e ambiental. Entre suas fragilidades, destaca-se, a par do escasso suporte científico e da distância entre os discursos de marketing e a realidade do campo, forte dependência de aportes institucionais, créditos subsidiados, rolagem de dívidas e ocultação de dados (BRASIL, 2021, p. 268).

Conforme o exposto ainda vale entender que mundialmente os sistemas alimentares são basicamente direcionados para alimentos de origem vegetal e não de origem animal. Um dos exemplos sugeridos é a dieta mediterrânea, que é uma dieta rica em frutas, vegetais, azeite extra virgem, modesta ingestão de carnes, lácteos e alguns peixes. Esses sistemas alimentares, além de favorecerem a proteção à saúde da população, acabam por ter uma contribuição relevante ao ambiente, em especial ao falarmos em agroecologia, visto serem ecologicamente sustentáveis. Visando este ponto, nossos formuladores de políticas deveriam ser incentivados

a irem ao encontro destas ações, a fim de contribuir com o seu contexto nacional (BRASIL, 2020).

Ao longo do texto, por diversos momentos falamos sobre o impacto da obesidade e do sobrepeso sobre o risco ao câncer. A ingestão aumentada de alimentos com elevada densidade energética, bem como o consumo basicamente de alimentos processados (ricos em gordura, amidos ou açúcares) estão relacionados com o aumento do peso corporal, conhecidos por serem alimentos com características que estimulam o consumo excessivo de energia e ainda são palatáveis, acessíveis e prontos para o consumo. A obesidade por sua vez está relacionada com um estado inflamatório crônico que predispõe ao câncer, isso se deve por diversas ações no metabolismo, como a secreção de citocinas pró-inflamatórias e à proteína C-reativa (BRASIL, 2020). Infelizmente, mesmo com estes conhecimentos, o sobrepeso e a obesidade estão cada vez mais presentes na população mundial. O CUP ainda apontou evidências que o fast-food está relacionado ao ganho de peso, da mesma forma que consumir uma dieta tipo ocidental (rica em açúcares livres, carnes e gordura) é causa de ganho de peso. Nesse tipo de dieta, temos uma elevada carga glicêmica⁵, que está relacionada ao câncer de endométrio. Já a gordura corporal e a obesidade estão relacionadas com diversos tipos de câncer como apresentado anteriormente (BRASIL, 2020).

No Brasil, percebemos ao longo dos últimos anos uma transição do sistema alimentar com aumento no consumo de alimentos processados frente aos frescos, o que pode demonstrar certa perda de identidade cultural da nação e uma ocidentalização, juntamente de uma mudança no perfil nutricional com a prevalência do sobrepeso e obesidade. Conforme os inquéritos nacionais na década de 1970 o excesso de peso estava em 24% da população adulta, já na primeira década de 2000 eram 41% em 2010 esse valor já estava em 57%. Com relação a crianças e adolescentes os dados não são diferentes, o excesso de peso em 1989 era de 13,5% e 10,8%, respectivamente e passaram em 2008-2009 para 33,5 e 20,5% (BRASIL, 2020; BALÉM *et al.*, 2017).

Além da globalização provocar como reflexo uma alimentação homogênea e ocidentalizada, percebe-se o impacto que as mudanças trouxeram inclusive aos meios de produção. Houve uma diminuição importante no consumo de hortaliças e de suas variedades no mundo, por exemplo, conforme a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), ao longo da história, tínhamos uma alimentação composta com cerca de 10 mil diferentes espécies vegetais, e atualmente estas são apenas 150 espécies. Essa

⁵ Carga glicêmica é o aumento da glicose e da insulina no sangue após o consumo de alimentos (BRASIL, 2020, p. 68).

diminuição não apenas permeia uma alimentação mais pobre e monótona como pode acarretar em perdas de referências socioculturais (ABRAS, 2018).

Como temos visto ao longo do texto percebe-se que diversos fatores relativos à alimentação têm poder de proteção ou aumento do risco do desenvolvimento de diversas doenças, incluindo inúmeros tipos de câncer. Não obstante, torna-se cada vez mais claro que alimentos ou nutrientes específicos não são fatores exclusivos para a formação ou prevenção ao câncer. Entende-se que diversos fatores se combinam para criar um estado que seja mais ou menos protetor para o desenvolvimento das doenças. Percebe-se, assim, que para aumentar a chance de proteção devem-se aliar as recomendações, por exemplo: ter uma alimentação saudável + praticar atividade física + manter um peso adequado. A adesão à apenas uma recomendação já promove certo impacto, mas quando existe a associação esse impacto se multiplica (BRASIL, 2020).

Após explicitarmos os aspectos relacionados diretamente com a alimentação, traremos em seguida outro fator interligado a este, o sedentarismo.

2.2.2 Sedentarismo

Um dos fatores de risco significativo é a importância da prática da atividade física, no entanto, preferimos aqui ampliar essa análise, pois o fato de não praticar um exercício físico específico não dimensiona a totalidade do risco, mas sim o quanto a pessoa é ativa ou inativa. Conforme Leão, Knuth e Meucci (2020, p. 02) o “comportamento sedentário tem sido definido, atualmente, por duas características: atividades realizadas na posição sentada/reclinada e gasto energético dessas atividades menor do que 1,5 METs”⁶. Esse comportamento sedentário é um gerador de risco e pode ser associado de forma independente à incidência de câncer endometrial, colorretal, pulmonar e de mama (GURGEL *et al.*, 2018).

A adoção de um hábito de vida sedentário iniciou em países de alta renda na segunda metade do século XX, e posteriormente foi se disseminando na maior parte das populações, em especial às que adotaram um estilo de vida mais ocidentalizado (BRASIL, 2020). Pertinente considerar que no estudo de Leão, Knuth e Meucci (2020) com idosos, quando analisado um excesso de comportamento sedentário, ou seja, mais de oito horas ao dia sentado, percebeu-se uma tendência de aumento conforme a escolaridade e a renda se elevavam.

⁶ *Metabolic Equivalent of Task (MET)* = gasto energético de uma pessoa em estado de repouso (LEÃO; KNUTH; MEUCCI, 2020).

Diversos aspectos podem estar relacionados com o comportamento sedentário, como: tempo assistindo televisão ou no computador ou jogando vídeo game, tempo sentado no trabalho, no carro, em casa, lendo. Ou seja, práticas do nosso dia a dia, que se estiverem em desequilíbrio, podem aumentar o risco não apenas do câncer, mas de todas as DCTN (LEÃO; KNUTH; MEUCCI, 2020). Considerando que a maior parte dos trabalhos modernos envolvem comportamentos sedentários, torna-se importante aliar uma atividade física cotidiana ou ter um hábito diário de ser fisicamente ativo para evitar os riscos advindos do sedentarismo (BRASIL, 2020). Reforçando isso, estudos demonstraram que as ocupações mais ativas têm menor chance de desenvolver câncer, no geral (BRASIL, 2004).

Além do comportamento sedentário, ainda temos a inatividade física, que representa o não alcançar as recomendações de prática de atividade física dos órgãos de saúde pública (LEÃO; KNUTH; MEUCCI, 2020). As pessoas devem ser encorajadas a praticar atividade física regularmente, sendo recomendado “ao menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada, ou, ao menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, ou, ainda, uma combinação equivalente de atividades moderadas e vigorosas” (SBOC, 2022, p. 7). A atividade física é caracterizada por qualquer movimento que use o músculo esquelético, ou seja, diferente do que tem sido mostrado pelas redes sociais, ir à academia não é a única atividade que produz benefícios, por exemplo: caminhadas e mesmo trabalhos domésticos também já podem exercer alguma ação. Atividades consideradas moderadas incluem caminhada, ciclismo, jardinagem, dança; e atividades consideradas vigorosas são: corrida, natação rápida, ginástica aeróbica, entre outras. Obviamente que a quantidade e o tipo de atividade podem influenciar o estado metabólico geral do indivíduo, sendo que ela ainda pode agir de forma a reduzir o risco a alguns cânceres (BRASIL, 2020). Interessante ainda que um indivíduo pode apresentar comportamentos sedentários e ao mesmo tempo ser fisicamente ativo, e parece que se cumpridas as recomendações de atividade semanal, mesmo tendo comportamentos sedentários, esse indivíduo obtém proteção contra o risco de desenvolvimento de doenças (LEÃO; KNUTH; MEUCCI, 2020).

Inegável que quanto maior o tempo de prática de atividade física, maior o potencial de proteção contra o câncer. Já pensando em controle de peso, entende-se que níveis mais altos de atividade são necessários (45 a 60 minutos de atividade física moderada por dia) (BRASIL, 2020). A atividade física regular tem comprovação de exercer proteção contra alguns cânceres como de cólon, os de hormônio feminino (mama e endométrio) e possivelmente o de pulmão, ainda, estima-se que em torno de 5% das mortes de câncer no mundo possam ter relação

direta com a inatividade física. Até então se sabe que mesmo após o diagnóstico a prática de atividade física vigorosa é segura e traz benefícios reduzindo o risco de mortalidade em geral (SBOC, 2022; BRASIL, 2004).

A maior evidência de proteção da atividade física é relacionada ao câncer de cólon, em alguns estudos com queda de 50% do risco. Com relação ao câncer de mama, observou-se que mulheres ativas tem o risco de desenvolvimento da doença diminuído em 20 a 40%, sendo o benefício aumentado se a mulher tiver um peso corporal adequado, se avaliada a variável da menopausa, percebe-se maior proteção se a atividade iniciar antes do evento (BRASIL, 2004).

Em 2019, mais de 50% da população brasileira foi considerada inativa, sendo que destas 13,9% não praticava nenhuma atividade e 44,8% praticavam abaixo das recomendações; um aumento *versus* aos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 em que 46% da população apresentava prática insuficiente, mostrando o quão importante são medidas de promoção à saúde para reversão deste quadro (SBOC, 2022; BRASIL, 2020).

No estudo com idosos da área rural, apresentaram a maior média de comportamentos sedentários idosos casados, com mais escolaridade, com maior renda e que não são ativos no trabalho. O excesso desse comportamento está relacionado com o risco de mortalidade nos idosos, aumentando ainda os riscos negativos do sedentarismo. Ademais, alguns estudos tem demonstrado associação entre os comportamentos sedentários e desfechos com outras DCNT, inclusive aumento da mortalidade (LEÃO; KNUTH; MEUCCI, 2020). Além da diminuição do risco de mortes prematuras com a prática regular da atividade física, sabe-se que o condicionamento físico também tem impacto na mortalidade e morbidade, mesmo em indivíduos obesos (FEITOSA; PONTES, 2011).

Mediante a todas essas evidências, entendemos que a atividade física tem um papel importante no controle do câncer, sendo uma excelente ferramenta na prevenção e mesmo durante o tratamento ou na sobrevida do paciente, melhorando inclusive a sua qualidade de vida (SBOC, 2022; GURGEL *et al.*, 2018).

A atuação da atividade física no organismo está em diversas reações desencadeadas em nosso metabolismo, sem contar nos benefícios da mobilidade física adquirida. Outro ponto importante é a diminuição da gordura corporal, visceral em particular, que tem impacto direto na diminuição da inflamação. Outros pontos são a diminuição e modulação de hormônios como o estrogênio e a insulina e mesmo a modulação da inflamação e da resposta imunológica (BRASIL, 2020; GURGEL *et al.*, 2018).

A atividade física impacta em diversas etapas do processo da oncogênese, com especial modulação da inflamação, fator inicial do desenvolvimento tumoral. Outro ponto

positivo do exercício é seu efeito imunomodulador, estimulando tanto a imunidade inata quanto à adquirida, processo este que pode modificar as etapas de iniciação e progressão tumoral. Esses fatores inflamatórios e imunomoduladores aumentam a capacidade do organismo em reconhecer células mutadas e assim interromper o processo ou a progressão cancerígena (GURGEL *et al.*, 2018).

Diante disso, percebe-se que a atividade física é um fator relacionado com o estilo de vida e que promove não apenas a prevenção, mas inclusive a proteção durante o tratamento oncológico. O exercício regular de intensidade moderada está relacionado com uma melhora da capacidade funcional da população, assim como relacionado com o maior controle do peso corporal em pessoas ativas. Nessa perspectiva, pessoas com comportamentos sedentários têm uma tendência maior ao aumento do peso corporal e conseqüentemente maior risco de desenvolvimento do câncer (BRASIL, 2020; GURGEL *et al.*, 2018). A prática da atividade e do exercício físico deve ser incentivada em todas as faixas etárias com potenciais efeitos protetores não apenas de neoplasias, mas de demais doenças crônicas como a obesidade, as doenças cardíacas e o diabetes (SBOC, 2022; BRASIL, 2021).

Visto a obesidade, por si só ser um fator de risco para inúmeros cânceres, e sua prevalência estar aumentando em toda a população mundial, também apreciaremos alguns pontos a esse respeito. Precisamos entender que o peso corporal é um resultado da combinação de diversos fatores, estes genéticos, ambientais, culturais, comportamentais, identitários, metabólicos e mesmo econômicos. Conforme a OMS, a obesidade é a segunda causa de morte por câncer, atrás apenas do tabagismo. Considerando que a obesidade é um fator modificável, é essencial que os governos e os profissionais de saúde promovam ações de educação, mas que abordem todos os fatores acima relacionados e respeitem às individualidades (BRASIL, 2008).

A obesidade e o comportamento sedentário, diferente do caso dos alimentos, aumentam o risco do desenvolvimento do câncer por alterar o ambiente do metabolismo, ou seja, geram microambientes em diversos tecidos. A maior quantidade de gordura corporal tem sido associada a muitos tipos de cânceres (BRASIL, 2020).

Diversos estudos têm demonstrado relação do fenótipo da obesidade com a instabilidade genômica no câncer colorretal e endometrial, neste último também apresentou maior frequência de aberrações cromossômicas. Já a gordura visceral apresentou instabilidade genômica relacionada com o câncer esofágico (DONOHOE *et al.*, 2017; BRASIL, 2020). Com relação ao câncer de mama, observam-se múltiplas alterações de expressão genética nos tumores de mama em pacientes obesas, comparado ao de pacientes eutróficas ou em

sobrepeso. Outro ponto importante encontrado foi um menor tempo entre diagnóstico do câncer de mama e metástase em pacientes obesas (DONOHOE *et al.*, 2017).

Como temos visto ao longo do texto, a atividade física traz proteção contra diversos tipos de câncer, sem contar em sua capacidade de diminuir a inflamação sistêmica, melhorar o sistema imunológico, auxiliar o controle de peso e se considerarmos a redução da gordura corporal, pode ter um efeito de minimizar o recrutamento de adipócitos e assim evitar a progressão tumoral. Portanto, conciliar as atividades do seu dia com algum tipo de atividade física, conforme as recomendações da OMS, torna-se um elemento de proteção à diversas doenças (BRASIL, 2020; GURGEL *et al.*, 2018).

2.2.3 Tabaco e álcool

Tanto o uso de tabaco, quanto o uso do álcool são fatores associados ao desenvolvimento de diversas doenças, sejam analisados isoladamente ou em conjunto. Além disso, ambas as substâncias são conhecidas por favorecer a dependência, fato que prejudica diretamente à saúde do indivíduo e pode acarretar problemas de cunho emocional.

O tabagismo é uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina e permanece sendo o principal fator de risco considerado modificável do câncer e de doenças cardiovasculares e respiratórias, sendo apontado como um dos principais problemas de saúde pública. O consumo de tabaco (independente da forma) parece estar ligado a cerca de 30% das mortes por câncer, 45% das mortes por doença coronariana e 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica. Analisando o quadro total de mortes no mundo, o tabaco causa cerca de uma em cada oito (BRASIL, 2008).

Os usuários de produtos do tabaco, como o cigarro, estão expostos continuamente a mais de 04 mil substâncias tóxicas (como por exemplo, o alcatrão, a nicotina, o monóxido de carbono, hidrocarbonetos aromáticos, resíduos de fertilizantes e pesticidas, metais pesados e até substâncias radioativas), a maioria cancerígena, por esta razão o tabagismo acaba sendo a principal causa de câncer, mesmo quando avaliado de forma isolada. Notavelmente o tabagismo é o principal fator de risco para o câncer de pulmão – causando cerca de 90% de todos os casos –, entretanto, ele também está associado a diversos outros tipos, como: laringe, pâncreas, fígado, bexiga, rim.

O câncer de pulmão permanece sendo o mais prevalente em letalidade no sexo masculino tanto no Brasil, quanto na maior parte dos países desenvolvidos, ele é um tumor maligno caracterizado pelo crescimento descontrolado de células, com alta capacidade de

espalhar-se, e este tipo de câncer tem tido um acréscimo de 2% em casos por ano (BRASIL, 2021; FEITOSA; PONTES, 2011). A morte pelo câncer de pulmão é de 15 vezes mais prevalente em fumantes do que em quem nunca fumou, em ex-fumantes, essa diferença cai, mas permanece tendo um risco de 04 vezes mais do que em quem nunca fumou (BRASIL, 2021; BRASIL, 2004). Outros fatores de risco para o câncer de pulmão são exposição ocupacional a agentes químicos e físicos (como asbesto, sílica, cromo) e altas doses de suplementos de betacaroteno tanto em fumantes como em ex-fumantes (BRASIL, 2019).

O uso de tabaco, de modo geral, é feito tanto por homens quanto por mulheres, sendo que em alguns locais percebe-se o aumento de meninas fumantes. A adolescência é uma fase à qual deve ser dada uma maior atenção, visto que o indivíduo está mais vulnerável à influência de propagandas e comportamentos de grupos sociais, por ainda estar buscando a sua identidade, além disso, a idade de iniciação no uso do cigarro e de forma regular está associada ainda a uma maior severidade de dependência no futuro (BRASIL, 2008). Conforme o estudo de Feitosa e Pontes (2011) percebeu-se que 41% dos participantes começaram a fumar entre 11 e 15 anos e 14,2% começaram entre 06 e 10 anos, o que vem ao encontro com os dados populacionais que mostram que 90% dos fumantes adquirem a dependência entre 05 e 19 anos de idade.

Conforme a OMS há uma íntima relação entre o tabagismo, a pobreza e a baixa escolaridade. No Brasil, há um risco 05 vezes maior de ser fumante em pessoas de baixa escolaridade quando comparadas às que tem terceiro grau (FEITOSA; PONTES, 2011). Este estudo apenas reforça a importância da atenção a ser dada aos grupos mais vulneráveis, em particular crianças e adolescentes.

Outro problema associado ao uso do cigarro são as pessoas consideradas fumantes passivas, mesmo estando posicionadas a certa distância do fumante, a fumaça se difunde pelo ar e estas acabam inalando as mesmas substâncias e poluentes e, em consequência, aumentam o risco de desenvolver câncer de pulmão e doenças cardíacas se esta exposição for a longo prazo, ou mesmo alguns efeitos imediatos como dor de cabeça, irritação nos olhos, entre outros (BRASIL, 2008). Se o hábito de fumar aumenta o risco de desenvolver câncer de pulmão em 20 a 30% para tabagistas de longa data, este risco aumenta de 30 a 50% em fumantes passivos, não havendo uma dose considerada adequada para consumo (FEITOSA; PONTES, 2011). Como os mesmos autores relatam:

A fumaça inalada por pessoas que convivem com fumantes em seu local de trabalho durante oito horas diárias provoca malefícios equivalentes ao consumo de seis cigarros por dia. Ficar em uma mesma casa, no período de 24 horas, onde se

consome cerca de vinte cigarros por dia equivale a ter fumado três cigarros por dia (FEITOSA; PONTES, 2011, p. 610-611).

Percebe-se assim a importância das ações contra o tabagismo, seja para proteção do fumante, seja para proteção de sua família, que muitas vezes acaba tolerando a exposição, sem nem ter o entendimento dos riscos que corre. Em uma pesquisa realizada pela Oxford, os dados demonstraram que os fumantes morrem em média 10 anos antes dos não fumantes, esses riscos atingem em certa parte também os fumantes passivos, mas percebe-se uma redução no risco naqueles que deixavam de fumar em qualquer momento da vida (FEITOSA; PONTES, 2011).

Além do tabaco, temos o risco associado ao álcool (independentemente do tipo de bebida consumida), que é aumentado para diversos cânceres, como: boca, faringe, laringe, esôfago, fígado, mama e intestino (BRASIL, 2004). Para o câncer de fígado, o álcool é o principal fator de risco. O consumo contínuo de álcool danifica os hepatócitos, e de forma crônica pode levar à cirrose hepática, que é o fator de risco majoritário para o câncer de fígado. Esse risco será aumentado se o indivíduo estiver infectado pelo vírus da hepatite, seja a B ou a C. O câncer de mama também sofre impacto com o álcool, mesmo pequenas doses aumentam seu risco de 07 a 11%, já para mulheres que ingerem de 2,5 a 05 drinques por dia, o risco do câncer de mama aumenta em 40%. Ao consumo excessivo de álcool são atribuídas cerca de 02% das causas de morte por câncer; se analisarmos somente as de boca e pescoço esse risco aumenta de 50 a 70% (FEITOSA; PONTES, 2011).

Frequentemente há a associação de fumo e bebida alcoólica o que aumenta o risco para o câncer de boca e o de esôfago. O consumo de 06 doses ou mais de álcool aumenta o risco de cânceres em 5 a 10 vezes, quem bebe moderadamente (03 doses) também tem o risco de desenvolver câncer de boca aumentado. O risco da associação entre o fumo e a bebida é dez vezes maior para o câncer de fígado, ainda maior se ainda associar um hábito alimentar inadequado (BRASIL, 2008). Um estudo analisou a combinação de exposição ao asbesto mais tabagismo e consumo de álcool, concluindo que a cada adição de um fator, havia um aditivo do risco (BRASIL, 2021).

Para o câncer de boca percebe-se um risco 09 vezes maior para quem consome bebida alcoólica continuamente e 30 vezes maior para pessoas que associam o hábito do cigarro ao da bebida. Uma das razões desse risco aumentado é que o contato do álcool com a mucosa aumenta a permeabilidade das membranas, o que facilita a entrada das substâncias carcinogênicas do tabaco (BRASIL, 2021; FEITOSA; PONTES, 2011; BRASIL, 2008). Há

outros fatores para o câncer de boca, como a exposição ao sol sem proteção, excesso de gordura corporal, infecção pelo HPV e exposição ocupacional (BRASIL, 2019).

O consumo de tabaco e álcool aumenta o risco de desenvolver câncer e percebe-se uma relação positiva com o mau prognóstico da doença (FEITOSA; PONTES, 2011). Mediante ao exposto e seu grande impacto, cabe aos profissionais de saúde promoverem ações educativas e mesmo a população a cobrar leis e proteção contra a agressão do tabaco e do álcool (BRASIL, 2008). No entanto, novamente reforçamos que estas substâncias permanecem em uso indiscriminado igualmente por interesse econômico, tanto do Estado quanto das empresas, para tanto, devemos nos atentar à teia do biopoder que vai enredando as nossas vidas.

2.2.4 Infecções

Além do tabagismo e da alimentação, o terceiro fator de risco associado diretamente às causas do câncer são as infecções. Estima-se que cerca de 18% dos casos de câncer estejam associados a essas infecções, além desse risco, elas são um grande problema de saúde pública, em especial por terem uma relação política, visto sua associação à pobreza e condições de vida inadequadas (BRASIL, 2021; BRASIL, 2004). Quando associamos a renda dos países, percebe-se que os desenvolvidos apresentam uma taxa de 7% de incidência, enquanto nos em desenvolvimento esse valor aumenta para 25% (BRASIL, 2004).

A infecção é algo comum na maioria da população, sendo que apenas uma pequena parcela dos infectados chega a desenvolver câncer, o que indica a presença de outros cofatores associados na carcinogênese. Os principais agentes infecciosos associados ao câncer são: o *Helicobacter Pylori*, o HPV, e as hepatites B e C, que são relacionados com os seguintes cânceres respectivamente, gástrico, cervical e hepático (BRASIL, 2019).

O *Helicobacter Pylori* é uma bactéria gram-negativa que quando presente no estômago está ligado a diversas doenças gástricas, em especial a gastrite crônica. As estimativas apontam uma infecção de cerca de 50% da população mundial, entretanto o desenvolvimento de doenças mais graves é pequeno, sendo cerca de 10-15% com casos de úlceras e adenocarcinoma de estômago com menos de 01%, porém, ele é responsável por quase 90% dos cânceres de estômago em todo o mundo. Por outro lado, estudos apontam que a incidência decrescente de *Helicobacter Pylori* está associada ao aumento de alergias e doenças autoimunes (BRASIL, 2019; BRASIL, 2004).

O Papilomavirus humano (HPV) é considerado o agente infeccioso mais importante em relação ao desenvolvimento do câncer, visto que 100% dos casos de câncer de colo do útero são causados por esta infecção (BRASIL, 2019). O HPV é um vírus sexualmente transmissível (podendo a transmissão ocorrer no contato pele-a-pele ou pele mucosa, via genital, anal, oral ou manual) e conforme a IARC vários tipos de HPV podem causar câncer cervical, sendo os mais prevalentes, com associação a 70% dos casos de câncer, o 16 e o 18. Além do câncer de colo do útero ser a sua maior prevalência, há associação de infecção pelo HPV em cânceres de boca e orofaringe (BRASIL, 2019; BRASIL, 2004).

Os fatores relacionados ao risco de infecção ao HPV é a precocidade do início da vida sexual, o aumento do número de parceiros, a falta de higiene e proteção (FEITOSA; PONTES, 2011). Os vírus agem de forma a incorporar o seu DNA ao da célula do indivíduo para assim conseguir se duplicar, e por vezes essa fase ocorre anos após a contaminação (BRASIL, 2004). O câncer de colo do útero continua sendo uma das principais causas de morte em mulheres em regiões menos desenvolvidas no mundo associado à falta de rastreamento e mesmo de tratamento precoce. As alterações do HPV são fáceis de serem descobertas através do preventivo (conhecido como Papanicolau) e em quase todos os casos são curáveis, o que torna ainda menos compreensível tantas mortes (BRASIL, 2019; FEITOSA, PONTES, 2011).

Esse fato nos leva novamente a analisar até que ponto as políticas públicas chegam à população e como podemos agir de forma a efetivar a melhora da informação e mesmo o acesso à saúde, em especial, às populações de risco.

2.2.5 Ocupação

Trazemos o fator ocupacional para análise, visto que por vezes ele não é analisado pela dificuldade em correlaciona-lo com o câncer. Como já mencionado ao longo do texto, em alguns casos o câncer se desenvolve anos após a exposição ao agente cancerígeno, dependendo ainda da associação de outros fatores para ocorrer. Com isso, os trabalhadores muitas vezes estão expostos a riscos reais e não são protegidos, nem pela empresa pela qual trabalham, nem pelo Estado, que devia fazer o seu papel de legislador e fiscalizador. Aqui, reforça-se novamente o interesse do capital neoliberal e o deslocamento da biopolítica para o interesse do mercado. Como referido pelo INCA (2021, p. 03): “no que diz respeito à vigilância do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente, é necessária a observância de três

eixos fundamentais: a vigilância da doença, da exposição e dos trabalhadores expostos e/ou da população exposta”.

Então a definição do câncer ocupacional é “aquele causado pela exposição, durante a vida laboral, a agentes cancerígenos presentes nos ambientes de trabalho” (BRASIL, 2004, p. 139). De acordo com pesquisas cerca de 02 a 04% dos casos podem estar associadas a exposições ocorridas no ambiente de trabalho. Os tipos mais frequentemente associados ao trabalho são os cânceres de pulmão, pele, bexiga e as leucemias (BRASIL, 2004). No caso do câncer de boca, percebe-se que a exposição a alguns agentes químicos na agricultura ou indústrias de tecidos, metais e madeira, estão ligados ao aumento da incidência. Assim como no caso de cânceres de lábio, há associação positiva entre vários fatores como: pele clara, radiações solares, ventos, maresia (BRASIL, 2021).

Estima-se que anualmente cerca de 19% dos casos de câncer estejam associados com o ambiente, esta exposição pode ser relacionada com o curso da vida, com a poluição, com o ambiente de trabalho, e mesmo o contato dos pais com ambientes que tenham contaminações que podem passar de herança para sua descendência. A Organização Internacional do Trabalho estima que de 5,3 a 8,4% de todos os cânceres ocorram por causa da exposição ocupacional, sendo o de pulmão o mais prevalente (BRASIL, 2021).

Um dos fatores que pode ser ocupacional é a exposição à radiação ultravioleta natural, vinda do sol, que comprovadamente pode causar câncer de pele. Nosso contato com o sol é contínuo, desde a nossa infância, logo, com isso fica complicado definir a proporção de casos que sejam exclusivos do ambiente laboral (BRASIL, 2004). A exposição por longos períodos à radiação solar por pessoas de pele clara, também é um agravante. Isso fica evidente pela prevalência da doença nos agricultores da região sul do Brasil. Além destes, todos os trabalhadores que trabalham ao ar livre e ficam expostos à radiação solar ao longo do dia, podem ter danos celulares na pele que evoluem para o câncer (BRASIL, 2021).

Os elementos radioativos também apresentam um grande risco para o desenvolvimento de câncer, desde os mineiros que trabalham diretamente com eles, quanto os profissionais de saúde, por exemplo, que se expõe diariamente junto aos aparelhos de diagnóstico por imagem. Podemos perceber, por exemplo, que a incidência de certas formas de leucemia está acentuada apenas em sobreviventes das bombas atômicas (BRASIL, 2004).

Na indústria em geral, temos o uso de diversas substâncias químicas, que são consideradas fator de risco para os trabalhadores, a poluição do ar no ambiente de trabalho é um fator de risco adicional, já que as pessoas permanecem em torno de 08 horas ao dia

expostas. Vale frisar novamente, que esta exposição associada ao fumo potencializa o efeito carcinogênico das substâncias (BRASIL, 2004).

Na sessão sobre a alimentação trouxemos algumas questões sobre o uso dos agrotóxicos, e aqui abordaremos o problema gerado para os próprios agricultores, que usam de forma abusiva os defensivos agrícolas, que não são tóxicos apenas para as pragas às quais deveriam combater, mas são tóxicos e carcinogênicos inclusive para animais e seres humanos, sem contar em sua importância na contaminação do ambiente, inclusive à água (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022).

O marco inicial do uso intensivo de agrotóxicos no Brasil deu-se no período denominado Revolução Verde, após a Segunda Guerra Mundial, em que houve uma intensa disseminação de novas práticas agrícolas visando o aumento da produção. Em contrapartida, na década de 60, diversos grupos começaram a se preocupar com o uso indiscriminado destes agentes, uma das marcas deste momento foi a publicação do livro “Primavera Silenciosa” da escritora Rachel Carson (COSTA; MELLO; FRIEDRICH, 2017).

Os agrotóxicos além de atingirem diretamente os agricultores que trabalham com os produtos químicos, ainda podem aumentar o risco de doenças para as pessoas que moram ou circulam no entorno das lavouras, visto a sua grande propagação ambiental, fator este que deveria levar os órgãos de fiscalização e mesmo os profissionais agrônomos a terem um cuidado maior com o seu uso (COSTA; MELLO; FRIEDRICH, 2017). Cabe entender que a exposição aos defensivos pode ocorrer em várias etapas, desde a manipulação do preparo, na aplicação (em especial se não utilizarem os EPI’s – Equipamentos de Proteção Individual), na limpeza dos equipamentos, ou mesmo na água que pode ser contaminada e depois consumida. Além disso, há o risco para a família do agricultor ao lavar as roupas contaminadas, ou ao reaproveitar as embalagens dos defensivos (BRASIL, 2021).

Outro ponto a ser retomado é a cultura dos transgênicos, que após tantos anos, ao invés de diminuir o uso de defensivos, criou uma estratégia mercadológica que não apenas mantém refém o agricultor, mas ainda potencializa os riscos para a saúde de toda a população. Como exemplo, citamos: “O pacote tecnológico desenvolvido por uma empresa inclui, além da semente transgênica resistente ao glifosato e ao 2,4-D, a formulação de um produto que contém os dois herbicidas” (COSTA; MELLO; FRIEDRICH, 2017, p. 59), demonstrando o quanto o uso desta forma de plantio tem um interesse econômico associado.

Outro produto extremamente tóxico ao qual estamos expostos é um elemento químico, relacionado com o petróleo, carvão mineral e gás natural, chamado benzeno. Este produto tem uma vasta utilização por estar relacionado com o refino do petróleo e mesmo na produção do

ação. Apesar de sua toxicidade, por ser comprovadamente uma substância hematotóxica e cancerígena, é amplamente utilizado, pois participa de processos ainda essenciais nas cadeias de produção destes materiais. As alterações hematológicas, por ele causadas, são consideradas indicadores de leucemia mielóide aguda e síndrome mielodisplásica. Em outras circunstâncias age como cofator, já com evidências de associação a diversos tipos de câncer, como o de mama e o de cérebro. Até a década de 1980 a exposição de benzeno era difusa no Brasil, por ser um elemento com grande potencial estava presente em diversas cadeias produtivas misturado com solventes. Após, iniciou-se a preocupação com a exposição ocupacional na indústria siderúrgica, petroquímica e química, com consequente diminuição do uso do produto (COSTA; GOLDBAUM, 2017).

Outro fator ocupacional está relacionado às emissões dos derivados de petróleo – gasolina, diesel, etc. –, que expõe diversos tipos de trabalhadores, como frentistas em postos de gasolina, trabalhadores em estacionamentos, pedágios, policiais, motoristas, entre outros. Há a classificação no Grupo 1 da IARC para a exposição ao diesel, com relação direta ao câncer de pulmão e associação ao câncer de bexiga (BRASIL, 2021). Há diversos trabalhos demonstrando o risco da exposição à poluição atmosférica e suas possíveis correlações, como: “aumenta a frequência de danos ao DNA, mutações em células somáticas e germinativas e outras aberrações cromossômicas, contribuindo para o risco aumentado de dano genotóxico e câncer” (BRASIL, 2021, p. 59).

O amianto ou asbesto é outro elemento químico amplamente utilizado pela sua boa capacidade de filtração, por não ser corrosível, por apresentar resistência bacteriana, seu uso está em indústria química, naval, na produção de maquinários, na construção civil, entre outros. De acordo com a OMS, aproximadamente 125 milhões de pessoas estão expostas em seus locais de trabalho, sendo que países em desenvolvimento apresentam maior vulnerabilidade. Interessante entender as estratégias políticas e econômicas que “empurram” as indústrias de asbesto para os países em desenvolvimento, já que eles acabam cedendo pressões, devido sua necessidade de investimentos, com isso, possivelmente as doenças relacionadas ao amianto estarão concentradas nestes países (BRASIL, 2021).

O emprego do couro, difundido na indústria de sapatos, está correlacionado com adenocarcinomas nasais e outros cânceres da cavidade paranasal, sendo a poeira do couro o principal fator para o risco. Há ainda associação com câncer de bexiga, pulmão, cavidade oral, faringe e estômago (BRASIL, 2021).

A exposição ao pó da madeira também é um fator de risco, que atinge principalmente trabalhadores da indústria moveleira, sendo que estes ainda são expostos a solventes e a

formaldeído para colagem e revestimento, o que potencializa os riscos do desenvolvimento do câncer, sendo os mais comuns os de cavidade nasal, seios paranasais e nasofaringe (BRASIL, 2021).

Como vemos, os trabalhadores estão continuamente expostos a fatores de riscos associados ao câncer. Trouxemos ao texto apenas os mais difundidos e relacionados com a população em estudo. Para terminar os fatores de risco, exploraremos adiante os fatores ambientais, considerando, como vimos nesta sessão, que muitos dos elementos abordados têm grande potencial de propagação ambiental e assim pode contaminar não apenas os trabalhadores, mas as populações circunvizinhas.

2.2.6 Ambiente

A exposição ambiental a agentes cancerígenos é um grande risco por não termos controle dos elementos ao qual estamos expostos e nem a persistência da exposição. Muitas substâncias utilizadas diariamente na vida moderna, como os combustíveis, liberam ao ambiente diversos elementos tóxicos que entram em contato com toda população, em especial a urbana. Esta exposição envolve os ambientes: ocupacional, de consumo, social e cultural, ou seja, permeia toda a nossa existência e pode determinar a prevalência de determinados tipos de câncer conforme a exposição, pois a sua promoção dependerá de sua intensidade e das alterações causadas em nível celular (BRASIL, 2004; FEITOSA; PONTES, 2011).

Os fatores de risco podem estar associados a alterações químicas, inflamatórias e hormonais. O que vale destacar é que muitas vezes o agente promotor não tem em si uma ação mutagênica, e para conseguir ter efeito biológico, depende da sua persistência ambiental. Percebe-se que quando a exposição é mitigada, há diminuição dos efeitos carcinogênicos. Pensando nesta questão, as ações preventivas do câncer com relação ao ambiente, deviam ser pautadas nestes efeitos (BRASIL, 2004).

Uma das exposições ambientais que atinge a todos é à radiação solar. Esta energia emitida pelo sol é uma forma de radiação eletromagnética não ionizante. A radiação solar ultravioleta (UV) é a mais comum, mas devemos lembrar que algumas radiações UV podem vir de fontes artificiais como lâmpadas e câmaras de bronzeamento. A radiação solar pode atingir por exposição direta ou pela reflexão ambiental (esta pode atingir pele e os olhos). A reflexão no ambiente, como nos pisos claros ou metálicos, pode acabar diminuindo a efetividade de ações protetoras (BRASIL, 2021; BRASIL, 2019).

O câncer de pele é o mais prevalente na população, sendo que o risco estimado é de “cerca de 100 casos novos para cada 100 mil homens e de 80 para cada 100 mil mulheres” (BRASIL, 2021, p. 178). A principal causa do câncer de pele, tanto o melanoma quanto o não-melanoma é a exposição à radiação UV solar. Os raios UVB penetram na epiderme, são os mais fortes e com maior potencial de lesão os presentes entre 10 e 16 horas, estes geram as queimaduras solares e podem causar danos ao DNA, e, portanto, podem levar ao desenvolvimento do câncer (BRASIL, 2021; BRASIL, 2004).

O câncer de pele não melanoma é o mais frequente, atingindo cerca de 02 a 03 milhões de pessoas no mundo. Entretanto, eles raramente são fatais e são facilmente removidos cirurgicamente (BRASIL, 2004). Para o desenvolvimento do câncer de pele, além da exposição à radiação, existem diversos cofatores como: as características fenotípicas da pessoa, história família e mesmo exposição cumulativa ao longo da vida – sabe-se que a exposição cumulativa nos primeiros 10 a 20 anos de vida aumenta muito o risco, reforçando que os cuidados na infância são particularmente importantes devido à vulnerabilidade das crianças aos efeitos do Sol (BRASIL, 2004).

Outra radiação conhecida, e a qual estamos intensamente expostos é a radiação não ionizante, estas não causam danos ao DNA, podendo provocar efeitos biológicos, e não tem comprovação de sua relação com o aparecimento do câncer. São exemplos desse tipo de radiação: “a luz visível, luz infravermelha, as ondas eletromagnéticas de baixa frequência (linhas de transmissão elétrica), ondas de radiofrequência de telefones celulares, telefones sem fio e Wi-Fi” (BRASIL, 2021, p. 161).

As radiações não ionizantes permanecem com um perfil obscuro, já que algumas evidências surgem inferindo que a sua exposição crônica poderia aumentar o risco de câncer em crianças e adultos, contudo, estas permanecem controversas e necessitam de mais estudos para conseguir delimitar a sua ação e potencial carcinogênico. Por outro lado, além dos raios solares, outras radiações ionizantes a qual estamos expostos são os raio-X, os raios gama e mesmo os raios cósmicos, estes, assim como os solares, têm potencial carcinogênico por conseguirem causar dano direto ao DNA. Como falado anteriormente, esses danos são cumulativos e há correlação com maior sensibilidade de tireoide, mama, pulmão e medula óssea (BRASIL, 2021).

Reitera-se, também, a exposição ambiental aos agrotóxicos:

É importante destacar que o termo agrotóxico utilizado na legislação brasileira, ao invés de defensivo agrícola, foi uma grande conquista obtida pela sociedade, a fim de evidenciar o efeito tóxico dessas substâncias contra os interesses dos setores

econômicos que procuram minimizar e ocultar os danos para que aumente o uso (INCA, 2021, p. 241).

Sabemos que o uso dos agrotóxicos no Brasil iniciou após a Revolução Verde, mas já na década de 50, alguns deles eram utilizados para controle de vetores de doenças como a doença de Chagas e a malária, ou seja, tinham uso na saúde pública. Na década de 70, com a expansão da monocultura e o incentivo governamental que condicionava créditos agrícolas com a aquisição de agrotóxicos (relacionado à instalação de multinacionais no país), houve um aumento expressivo do seu uso na agricultura (BRASIL, 2021).

Apresentamos a seguir alguns dados alarmantes sobre o uso dos agrotóxicos: desde 2008, o Brasil está entre os maiores consumidores dos agrotóxicos do mundo; entre 2000 e 2014 houve um crescimento do uso de mais de 100% no consumo (de 3,2Kg por hectare para 6,7Kg); os dados de comercialização e os produtos utilizados não são claros, o que dificulta ações e medidas de prevenção seja de intoxicação ou de contaminação ambiental; os organoclorados já banidos há décadas, persistem no ambiente, ainda causando contaminação nas populações; os organofosforados estão entre os mais tóxicos, apesar de terem sido proibidos em diversos países, permanecem sendo utilizados não apenas na agricultura, mas nos jardins das casas e mesmo na prática veterinária (BRASIL, 2021). Vale lembrar que não apenas o uso do agrotóxico, mas a sua quantidade, a forma de aplicação e a frequência dela podem ainda agravar os danos não apenas ao ser humano, mas aos animais e a natureza (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022).

A exposição ao agrotóxico pode ocorrer via dérmica, oral e respiratória, sendo a alimentação a maior forma de exposição da população em geral. Além dos agricultores que apresentam uma exposição direta, em função dos produtos poderem ser dispersos pelo ar, água e solo, os familiares dos agricultores e a população residente perto das áreas de plantação são as pessoas com maior exposição ambiental (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022; BRASIL, 2021). Destaca-se, o maior risco entre gestantes, crianças e adolescentes, pelo elevado efeito tóxico que estes produtos apresentam sobre o desenvolvimento embrionário e sistema reprodutivo. Além do mais, esse efeito torna-se social, visto que estas populações ficam expostas por maior tempo, devido a sua expectativa de vida, o que aumenta o risco potencial de desenvolver doenças (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022; CARNEIRO, *et al.*, 2015; ORTEGA GARCÍA *et al.*, 2005).

Conforme apresentado pelo INCA (2021, p. 248): “o Ministério da Saúde estima que, para cada evento de intoxicação por agrotóxico notificado, há outros 50 casos não notificados, contribuindo para a invisibilidade da magnitude do problema”. A exposição aos agrotóxicos

tem sido cada vez mais relacionada com o desenvolvimento de câncer, entretanto, por interesses políticos e econômicos, há um embaçamento em dados e estudos acerca deste problema. Sabe-se que as regiões Sul e Sudeste apresentam maiores taxas de linfoma não-Hodgking e há estudos realizados no Brasil que apontam a correlação de incidência deste tipo de câncer com o consumo per capita de agrotóxicos (COSTA; MELLO; FRIEDRICH, 2017). A questão dos agrotóxicos vai além do seu uso propriamente dito, hoje o tão falado “AGRO” nada mais é do que parte de uma indústria agroalimentar que mobiliza uma enorme máquina de poder e propaganda visando difundir esse modelo de vida e consumo insustentável, o que torna ainda mais importante uma regulação desse sistema não apenas pelo Estado, que é influenciado pelo modelo neoliberal, mas através de pressão pela sociedade em geral (BALEM *et. al.*, 2017).

A poluição do ar é um dos problemas de exposição ambiental que atinge todas as populações, em especial as urbanizadas. Hoje o ar contém diversos componentes indesejados, seja por interferência humana (como a queima de combustíveis, a poluição indústria, cozimento de alimentos) ou por fenômenos naturais (como incêndios florestais e erupções vulcânicas, poeira do deserto). Todos estes componentes tem efeito direto no aquecimento global e mudança climática, e sua concentração varia por posição geográfica, estação ou sazonalidade. Em países em desenvolvimento e populações rurais, percebe-se ainda o impacto da poluição do ar interna, pelo cozimento dos alimentos (grelhados), uso de incenso, tabaco, fogões a lenha ou mesmo lareiras. Se não houver uma boa ventilação do ambiente, estes aspectos também devem ser considerados tóxicos (BRASIL, 2021).

O desenvolvimento e crescimento urbano agrava a poluição ambiental e afeta não apenas pessoas que trabalham diretamente com os produtos nocivos, mas toda a população que mora nestes espaços. Lembramos a dificuldade em associar substâncias ambientais com a exposição ao câncer, visto que muitas vezes o processo de contaminação leva anos até acometer a pessoa de uma doença grave, porém, sabendo que no ar, temos diversas das substâncias consideradas cancerígenas no meio ocupacional e que a população em geral está em contato com elas diariamente, não podemos descartar o seu papel (BRASIL, 2021).

Além do ar, os mesmos efeitos podem ser percebidos na água, que acabam contaminadas com resíduos da agricultura, das indústrias e mesmo do esgoto e podem contaminar as populações que as ingerem. Também pelo uso de asbesto em caixas de água e coberturas, podemos ter contaminação direta com amianto, substância com potencial mutagênico e genotóxico (BRASIL, 2021). Já outro elemento contaminante presente na água é o arsênico, que pode ter sido inserido por produtos agrícolas, especialmente. O arsênico é

potencialmente carcinogênico, e há estudos mostrando associação do consumo de água potável contaminada com o desenvolvimento do câncer (BRASIL, 2020).

Diversos metais no ambiente apresentam toxicidade, visto sua ação oxidante e assim potencial agente mutagênico. Os metais têm diversos usos em nosso dia, além dos usos industriais, em produtos que utilizamos costumeiramente, por exemplo: cosméticos, bijuterias, medicamentos, lâmpadas, pilhas, combustíveis, vacinas, entre tantos outros. Na indústria também temos a presença de diversos metais, por exemplo: no processo de fabricação de PVC, de borrachas, de embalagens de alimentos, de utensílios de cozinha, absorventes, entre outros (BRASIL, 2021).

A exposição aos metais ocorre via digestiva, respiratória ou dérmica. O consumo de alimentos contaminados é a principal fonte de exposição para a população em geral (por exemplo, peixes e frutos do mar podem levar a contaminação com cádmio, mercúrio, chumbo, arsênio); enquanto para o trabalho, a principal forma de exposição é a inalatória. Fumantes têm um risco maior de exposição aos metais, visto que no cigarro, podem ser encontrados elementos como cádmio, níquel, mercúrio, alumínio, cobre e zinco (BRASIL, 2021).

O grande problema da contaminação ambiental é ela não ser de escolha da pessoa, pois nem sempre podemos optar por ambientes livres de contaminantes. Aliás, fica a pergunta, será que neste mundo globalizado existe algum lugar livre de contaminação? Assim, fica claro que alguns fatores de risco são modificáveis, entretanto outros nos são impostos devido ao sistema político neoliberal, cujo capital é o bem maior.

2.3 IDENTIDADE E FORMAÇÃO DO ESTILO DE VIDA

Entendendo situações objetivas, ou seja, como a oncogênese e fatores prevalentes tanto para sua promoção como para sua prevenção, vemos a necessidade de compreender que os fatores podem sozinhos ou - e principalmente - associados criar uma condição mais propícia ao câncer do que outros, e que algumas situações nós, indivíduos, temos controle de mudança e outras nem tanto. Trazendo como base este contexto, queremos discutir a formação de nossas identidades e escolhas, visto que nem sempre conseguimos agir de forma objetiva para diminuir os riscos.

Uma característica da sociedade contemporânea é o risco, ou seja, os indivíduos procuram elementos para adicionar ou retirar de suas vidas em prol de obter uma vida plena, longa e cheia de saúde (LUIZ; COHN, 2006). Não podemos esquecer que conforme as culturas e mesmo ao longo do tempo a noção de saúde varia, ou seja, alguns sintomas que

antes excluía um homem da sociedade, hoje podem ser considerados normais, assim devemos estar atentos para essa transmutabilidade das culturas e das identidades (ILLICH, 1975). Dentro desse contexto os cuidados médicos são elementos que servem para melhorar o capital humano, e garantir uma saúde para que este capital possa ser preservado e utilizado pelo maior tempo possível (FOUCAULT, 2008). Entretanto, sabemos o quanto esse pensamento é vago e distorce a realidade, apesar de influenciar pessoas que estão buscando incessantemente por esse padrão irreal, esse sonho inacessível. A natureza humana se transforma e muda constantemente de conceitos e representações acerca da vida, seja no ato de falar ou nomear, alterando pensamentos e discursos (FOUCAULT, 1999). Essas representações, não exprimem o mundo real, mas sim fragmentos de memórias e vivências que acabam por interferir na vida do homem. O ser humano é um ser interpretativo e instituidor de sentido, ou seja, ele utiliza diversos sistemas de significado para conseguir organizar a sua condução com relação a si e aos outros. Estes sistemas gerados é que em conjunto constituem a nossa “cultura” (HALL, 1997).

Considerando essas mudanças de representações, vale expor o pensamento de Foucault (1999): A passagem do “Eu penso” ao “Eu sou” realizava-se sob a luz da evidência, no interior de um discurso cujo domínio e cujo funcionamento consistiam por inteiro em articular, um ao outro, o que se representa e o que é. Sendo assim, percebe-se o quanto os ideais internos em cada indivíduo representam fator determinante para escolhas, pensamentos e ações, independente se estes são considerados adequados ou não pela sociedade. Por outro lado, entendemos que o sujeito muitas vezes reflete a complexidade do mundo moderno, mostrando que ele não é um ser autônomo, mas formado na relação com as outras pessoas importantes em seu contexto, e em consequência todos esses conceitos, sentidos e símbolos são a sua cultura e integram o mundo o qual habita (HALL, 2020). Os movimentos que o indivíduo realiza ao longo de sua vida entre diversas identidades, essa passagem intersticial permite a existência desse hibridismo cultural que acolhe as diferenças (BHABHA, 1998).

Ao ler o parágrafo anterior percebemos que o conceito de identidade é complexo e cheio de vieses e contradições. Antes o sujeito era estabelecido como um ser estável, com uma identidade unificada, ou seja, fixa: nascia com ela e a desenvolvia ao longo da vida e era impossível de ser modificada; entretanto no mundo pós-moderno, entende-se que esta identidade, pode ser múltipla, pode ser fragmentada, muitas vezes contraditória e não resolvida; ou como Hall (2020, p. 11) afirma, “o sujeito pós-moderno, conceitualizado como não tendo uma identidade fixa, essencial ou permanente”.

Diante do exposto, entendendo que os indivíduos têm formações subjetivas dificilmente compostas por algo exclusivamente inato e imutável, sendo influenciados por suas relações sociais, inferimos que sua identidade é formada ao longo do seu próprio desenvolvimento, composto por processos tanto inconscientes quanto conscientes (HALL, 2020). Como Hall (2020, p. 24) sugere “em vez de falar da identidade como uma coisa acabada, deveríamos falar de *identificação*, e vê-la como um processo em andamento”.

Fazendo um paralelo entre o que temos falado e o comportamento alimentar, podemos entender que as práticas alimentares são compostas do que se come, do quanto, do como, do quando, do onde, do com quem e ainda de aspectos subjetivos de construções socioculturais e psicológicas. Entendemos assim, que as escolhas alimentares e os hábitos desenvolvidos não são apenas uma questão racional e muito menos uma questão inata; mas sim uma atividade social que ao longo da vida vai se transformando e alternando, influenciado pelas nossas experiências de vida, percebemos inclusive as substituições de alimentos enraizados na cultura, causando uma ruptura na ancestralidade, por alimentos que são muitas vezes impostos pela indústria e pela sociedade do consumo, retirando do indivíduo sua autonomia e mesmo a sua capacidade de ser promotor de sua própria riqueza alimentar (BALEM *et. al.*, 2017); assim nossa identidade alimentar terá múltiplas facetas conforme o que vivenciarmos. Podemos expandir esse pensamento no que concerne a atividade física também, visto que o comportamento é complexo e formado de diversas dimensões, por exemplo, se pensarmos racionalmente consideraremos todos os benefícios biológicos expostos, entretanto para a adesão a atividade física temos a influência da aproximação das pessoas, a convivência da comunidade, e mesmo questões afetivas e de prazer (BRASIL, 2020).

Outra questão interessante foi apresentada no estudo de Correa Júnior (2021), em que ao conversar com pacientes oncológicos, estes expressaram o quanto o diagnóstico interrompeu sonhos e mesmo trouxe luto pela identidade perdida; ver a doença como uma mudança de seu modo de viver, o seu cuidado com a família ou mesmo seu convívio social, mostra como muitas vezes concebemos àquela identidade unificada, e ao entrar em contato com alguma quebra neste sentimento, há um processo de perda e nova construção de identidade.

Indo um pouco além do conceito de identidade, temos as concepções de culturas, visto que é a cultura em si que causa impacto sobre os nossos modos de viver e sobre o sentido que os indivíduos dão para a vida. Assim como as identidades, a cultura não é algo fixo, mas uma composição de diversos saberes e tradições, e no mundo pós-moderno causa sérios deslocamentos culturais. Se considerarmos nossa realidade, podemos ver o quanto a cultura

nos envolve, seja através das mídias, dos esportes – como vemos pela cultura do futebol –, na internet, e está hoje atrelada ao consumo conforme as tendências mundiais. No estudo de Vasconcellos-Silva, Castiel e Ferreira (2016) ao observar as pesquisas realizadas ao site do INCA, percebeu-se que a procura por dados sobre câncer teve aumento após ocorrer o aparecimento da doença em um governador de São Paulo ou após aparecer um personagem de novela com leucemia, o que nos mostra a importância da mídia na formação da cultura da sociedade. Percebe-se aos poucos uma transformação, sendo mais globalizada e perdendo as suas características locais. Assim como as identidades, a própria cultura é híbrida (HALL, 1997).

As culturas nacionais são compostas de diversos símbolos e representações, ela molda o discurso que constrói o sentido da nação, organizando tanto nossas ações quanto as concepções de nós mesmos. A cultura é um meio partilhado, atravessado por divisões, mas que por vezes homogeneiza os membros de uma mesma sociedade, que mesmo compostos por identidades diferentes, ainda assim estão sob o mesmo guarda-chuva da cultura nacional. Ao entender esse papel da cultura nacional na identidade do seu povo, fica claro como ela passa a ser um dispositivo da modernidade, a partir da industrialização. Integro aqui mais um ponto que devemos nos atentar ao longo deste texto, com a pós-modernidade, existe uma ocidentalização da cultura mundial, e “o centro dos impérios ou esferas neoimperiais de influência, exercendo uma hegemonia cultural sobre as culturas dos colonizados” (HALL, 2020, p. 36). Entendendo que nossas culturas sofrem influência dos nossos colonizadores, dois aspectos devem ser levados em consideração: o primeiro é mesmo considerando o dinamismo da formação da nossa identidade e cultura, será que ela é real ou sofre principalmente influência do interesse capital? O segundo é se realmente ainda mantemos nossas mentes colonizadas –, como podemos quebrar este processo e descolonizar nossa cultura e identidade?

Conforme Foucault (1999) compreende-se que o homem é formado por um emaranhado de situações e pensamentos que lhe são impostos pela sociedade e grupo ao qual pertence, muitas vezes deslocando sua identidade para algo que não o represente como um todo. Ainda conforme o autor, entendemos que para o Estado, o poder disciplinar tem como objetivo, produzir um ser humano que possa ser um corpo dócil. Assim quanto mais as instituições da modernidade tardia se organizam, maior o isolamento, a vigilância e a individualização (HALL, 2020).

Esta sociedade pós-moderna é caracterizada por mudanças constantes, rápidas e permanentes, sendo assim globalizante (HALL, 2020). A globalização move-se pelas

fronteiras nacionais, integrando e unindo comunidades, tornando o mundo mais interconectado, e com isso transformações sociais tem a capacidade de atingir toda a Terra. Como dizia Ilich (1975), a cultura permite que o indivíduo consiga se relacionar com o meio em que vive, visto que todo o ser humano é transformado pela sociedade onde está inserido e esta é fundada a partir do conjunto de pensamentos de seus membros. Toda essa aceleração na comunicação permitiu que as distâncias se encurtassem, ou seja, os eventos em um determinado lugar têm quase imediato impacto em populações separadas fisicamente a grandes distâncias. Com isto, percebe-se que este mundo pós-moderno globalizado apresenta fluxos culturais entre as nações que possibilitam identidades partilhadas. Quanto mais a vida social se torna mediada pelo mercado global, pelas imagens, comunicação, viagens, entre outras tantas formas de interconexão, as identidades ganham características ainda mais desvinculadas e híbridas, tornando a cultura e a sociedade uma unidade globalizada (HALL, 2020).

O interesse para essa globalização do consumo é inerente ao capitalismo neoliberal, afinal ele sempre esteve vinculado como um elemento da economia mundial e não diretamente com os Estados. Assim, essa tendência à autonomia nacional e de globalização, estão intrinsicamente ligadas à modernidade.

Embora tenha se projetado a si próprio como transhistórico e transnacional, como a força transcendente e universalizadora da modernização e da modernidade, o capitalismo global, é na verdade, um processo de ocidentalização – a exportação das mercadorias, dos valores, das prioridades, das formas de vida ocidentais. Em um processo de desencontro cultural desigual, as populações “estrangeiras” têm sido compelidas a ser os sujeitos e os subalternos do império ocidental, ao mesmo tempo em que, de forma não menos importante, o Ocidente vê-se face a face com a cultura “alienígena” e “exótica” de seu “outro”. A globalização, à medida que dissolve as barreiras da distância, torna o encontro entre o centro colonial e a periferia colonizada imediato e intenso (Kevin Robins, 1991, p. 25 *apud* HALL, 2020, p. 47).

Como vemos, o processo de globalização amplia a hibridização das culturas e por fim das identidades, cria um mundo instantâneo e cada vez mais superficial, e apesar do poder Ocidental ser o que incide sobre o “resto”, devemos entender que as diásporas favorecem para que as demais culturas também se infiltrem neste mundo ocidental, criando um movimento que afeta o globo inteiro. A soberania moderna do Estado, centrada e monopolizada, é deslocada para uma soberania pós-moderna, formando novas redes de comunicação, fluxos de migração e mesmo novas identidades (BERTOLINI, 2018). Assim, como o mundo pós-moderno flutua entre diversas culturas, nós, os indivíduos também não somos fixos e sim somos a cultura que nos traz significado naquele momento de vida, e apesar de existirmos

como seres autônomos, agimos da forma com que possamos nos identificar como algo mais amplo, como nossa sociedade (HALL, 2020).

Trazemos esta discussão para entender que na formação do nosso estilo de vida existe como pano de fundo uma realidade social, o interesse do Estado – político – e mesmo econômico, pensando no capitalismo neoliberal. Para esta compreensão, podemos analisar que para considerarmos algo como risco, são necessários vários passos. Como exemplo, apresentamos brevemente uma das últimas discussões no país acerca da alimentação, o consumo de gordura trans. Diversas pesquisas foram realizadas nas últimas décadas mostrando a correlação da gordura *trans* com agravo de saúde, em especial efeitos cardiovasculares, contudo, só o fato de ser cientificamente comprovada, não faz com que haja adesão da população para a cessação do seu consumo, pois ainda se faz necessária uma construção social acerca deste conceito. No Brasil, está havendo uma mudança de legislação para a produção de alimentos com gordura *trans*, entretanto, percebe-se que a população permanece com o consumo normal dos alimentos sem fazer esta restrição (biscoitos, bolachas, margarinas, sorvetes...), mostrando que ainda não há uma consciência social sobre os malefícios do produto. Estima-se que cerca de 330.000 mortes sejam atribuídas ao consumo desta gordura no país, diversos países já baniram o seu uso, e o Brasil tem planejamento de proibição do uso apenas em 2023, o que nos leva a pensar nos dois outros pontos, qual foi o interesse da indústria alimentícia e assim do Estado neoliberal para atrasar a proibição deste consumo? Com isso, consideramos que para que um fator se transforme em risco, ele deve conseguir transpassar todas as barreiras, como os interesses neoliberais, pesquisas idôneas e atingir a população, não na forma de prescrição ou imposição, mas por meios de educação que possa fazer com que esta sociedade julgue e reconheça o elemento como risco efetivamente (MATHIAS, 2021; BRASIL, 2020).

Além da questão de risco, neste mercado neoliberal e mundo globalizado, há uma mercantilização das identidades, ou seja, se quisermos compramos muitos itens que vão ajustar a nossa única propriedade, o corpo, e este então “fixará” nossa identidade. Para perceber isto, basta gastar alguns minutos em alguma rede social e ver a propaganda de procedimentos, medicamentos, produtos estéticos, dietas, exercícios, etc., ou seja, tudo para formar um corpo que seja aceito na sociedade atual (FURTADO; SZAPIRO, 2012). Essa mercantilização da saúde produz ainda, um conjunto de profissões que se reservam ao direito de avaliar e ditar quais produtos e terapias devem ser realizadas, eliminando da vida cotidiana qualquer escolha alternativa (ILLICH, 1975). Modificou-se a ação do saber médico, sendo os fenômenos da vida e o culto ao corpo saudável um ideal a ser negociado. A medicalização se

torna não apenas um fator relacionado ao poder do saber médico, mas da responsabilização do indivíduo em erradicar as suas possíveis doenças (ZORZANELLI, 2018). Como Hall (2020) refere a identidade se tornou politizada, ou seja, ela muda de acordo com a forma que o sujeito é abordado ou representado, e suas identificações vão mudando, podendo ser ganhas ou perdidas.

Nossas identidades refletem o que somos e queremos ser, e como efeito o que vamos aderir ou não. Pensando neste sentido, é lógico que todas as práticas em saúde deveriam ser desenvolvidas junto às pessoas e suas comunidades, fugindo do estereótipo que temos hoje do profissional da saúde detentor da informação e da verdade *versus* os outros que devem obedecer às regras. Essa estrutura social e política formada gera um consumidor de cuidados em uma busca incessante por terapias que foram ensinados a desejar, e por traz desse interesse político, estão tanto partidos de direita quanto de esquerda, que se rivalizam pelo zelo da medicalização da vida (FRAZÃO, MINAKAWA; 2018; ILLICH, 1975). Precisamos ainda desmistificar a ideia construída de que para prevenir alguma doença basta força de vontade e esforço pessoal, pois, além de todos os aspectos subjetivos que temos apresentado, precisamos considerar, especialmente em países como o Brasil, as questões sociais que fogem ao controle individual, como: escolaridade, ocupação, renda, segurança, condições de acesso à saúde (BRASIL, 2020).

Finalmente, entendemos que a identidade é híbrida, ou seja, se transforma ao longo da vida, conforme o ambiente onde estamos e mesmo por tudo o que acreditamos. Quanto à saúde, precisamos entender dois aspectos, que hoje há um discurso irreal sobre saúde plena e corpo perfeito, que muitas vezes é almejado por tantos, mas que além de só fortalecer o mercado da saúde, ainda demonstra claramente a medicalização da nossa sociedade (FURTADO; SZAPIRO, 2012). Já se quisermos promover um discurso de promoção da saúde e prevenção ao câncer faz-se necessário observar quais as dúvidas da sociedade, utilizando ferramentas atuais como, por exemplo, os padrões de acesso à internet, para então construir e adaptar mensagens conforme o contexto social, e trazer informações que sejam de fácil absorção pelos sujeitos, respeitando assim seus valores e conceitos, ou seja, sua cultura e identidade (BRASIL, 2020; VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

2.4 O QUE ENTENDEMOS POR ESTILO DE VIDA

Como já estamos abordando ao longo do texto, o estilo de vida é um conceito complexo, não tendo, portanto, uma definição única (DUMONT; GARCIA, 2015). No âmbito

da saúde, o estilo de vida significa o conjunto de hábitos que os indivíduos têm e envolvem os processos de socialização, a estrutura dos hábitos alimentares, os efeitos cumulativos de escolhas como os hábitos de risco (tabagismo, alcoolismo), sedentarismo; entretanto, não podemos esquecer neste contexto dos determinantes sociais, políticos e econômicos que limitam o acesso dos indivíduos ao que seria saudável (CORREA JÚNIOR, 2021). Precisamos estar atentos, pois se dimensionarmos a saúde em certo estilo de vida acabamos determinando um poder que acaba regulamentando a existência, homogeneizando as formas de viver, muitas vezes sem respeitar as individualidades (COELHO, 2007).

Assim como falamos, a identidade de uma pessoa é híbrida e influenciada pela cultura do meio em que convive. No mundo globalizado, esta cultura é igualmente globalizada, podendo um indivíduo adotar princípios e saberes de múltiplas culturas, tendo em consequência múltiplas identidades. A partir de suas identidades é que o indivíduo faz suas escolhas e estas acabam determinando o seu estilo de vida. Mas vale reforçar, qual é a força que exerce poder e determina as culturas? Se realmente é pela cultura que as pessoas regulam as suas práticas sociais, quem quer regular e moldar o que ocorre no mundo, também terá interesse em influenciar à cultura, assim o próprio mercado neoliberal, por meio do Estado e das mídias, de forma discursiva e simbólica molda e transforma nossas ações e práticas.

Outra forma de nos regular culturalmente, e neste ponto especificamente nossos estilos de vida, é quando delimitam as culturas, ou seja, determinam os limites, como: o que é aceitável ou inaceitável, e aqui explicitando, seria: quais hábitos temos são normais ou saudáveis e quais são anormais ou ruins (DUMONT; GARCIA, 2015; HALL, 1997). E essa regulação torna-se cada vez mais palpável com o acesso à internet, sendo que a população busca todas as informações pertinentes ao seu interesse através dela e os seus acessos tornam-se parâmetro para controle de acesso e assim uma construção de um projeto biopolítico (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

Quando falamos na questão da alimentação, percebemos que o maior fator para mudança de padrão alimentar foi à industrialização, tanto pelas mudanças nas demandas quanto pelas novas formas de trabalho. A partir deste momento as pessoas já não possuíam tempo para realizar refeições em casa ou em família, e principalmente houve a necessidade de uma alimentação mais prática, rápida e barata, primeiro por não disporem de recursos para comprar alimentos frescos, segundo por necessitarem rapidez para se alimentar (BALEN, 2017). Ainda a entrada da mulher no mercado de trabalho, traz uma mudança do sistema familiar, que interfere diretamente para a homogeneização alimentar (CANESQUI; GARCIA, 2005). Considerando esta alimentação prática, barata e rápida, o fenômeno dos fast-foods é

considerado um grande problema social da nossa época, visto que as mesmas marcas e franquias estão espalhadas pelo globo (CANESQUI; GARCIA, 2005). Observando pela perspectiva social, percebe-se que o hábito de ir em lanchonetes influi na diminuição da partilha das refeições, e estimula o consumo desequilibrado de alimentos com alto índice de gorduras e açúcares, sendo considerado um problema de saúde pública (CARNEIRO, 2005).

Conforme Abras (2018, p. 44) “O fast-food está aí para proteger a solidão dos consumidores solitários”. Chama atenção a influência deste tipo de estabelecimento ao redor do mundo:

[...] na China, comer McDonald's é sinal de mobilidade ascendente e de amor pelos filhos. Onde quer que o McDonald's se instale na Ásia, as pessoas parecem admirar a iluminação feérica, os banheiros limpos, o serviço rápido, a liberdade de escolha e o entretenimento oferecido às crianças. Mas também percebe-se que eles gostam mais dessas coisas do que propriamente da comida (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 36).

Como a cultura está se homogeneizando, as pessoas se identificam com os fast-food de forma a se sentirem seguras, como se estivessem optando por algo com uma representação mais simbólica do que a alimentação em si. Este novo padrão alimentar, além de ser homogeneizado, ainda é pobre nutricionalmente e, muitas vezes, menos satisfatório ao paladar (BLEIL, 1998). O capitalismo mudou totalmente a relação do humano com os alimentos ao deslocar a produção de casa e transformar em uma mercadoria de fábrica, e esqueceu-se que a alimentação é a primeira determinante do estado de saúde global da população (ABRAS, 2018; ILLICH, 1975).

Conforme Bleil (1998, p. 02) “Em 1945, Mead e Guthe definiram os hábitos alimentares como ‘o estudo dos meios pelos quais os indivíduos [...] respondendo a pressões sociais e culturais, selecionam, consomem e utilizam porções do conjunto de alimentos disponíveis’”. Percebe-se, portanto, que a alimentação apesar de ter o fim de nutrir os corpos, vem sempre carregada de significações que permeiam a cultura e as imposições sociais existentes. E consideramos que esta mesma máxima sirva para os demais hábitos, como: praticar atividade física, fumar, beber... Nossas relações estão subjetivamente ligadas à nossa identidade e esta ao lugar no mundo que queremos pertencer (HALL, 2020).

A cada mudança feita em hábitos, mesmo que mudanças individuais, levam a alterações em rotinas familiares, sociais e ritmo de vida. Conforme Pereira (2013, p. 19) “aderir a um modelo alimentar implica a adesão a um conjunto de valores e símbolos que se encontram subentendidos no corpo de elementos práticos e simbólicos que o constituem”.

Não apenas na questão da alimentação, mas mesmo na adesão de uma prática de atividade física, percebe-se a subjetividade por trás dela, visto que muitas vezes demanda mudança de comportamento e com isso atravessa valores, crenças, experiências que podem muitas vezes criar resistência para serem postas em prática (BRASIL, 2020). O estudo de Balem *et. al.* (2017) levantou dados com o público infantil demonstrando que as decisões alimentares das crianças são diretamente relacionadas com a influência dos pais como, por exemplo, na questão da escolha por alimentos industrializados, estes só apareciam nos seus hábitos se fossem constantemente oferecidos. A cada etapa da vida entramos em ciclos diferentes em que a sociedade determina hábitos que são autorizados ou proibidos, e formam assim identidades condicionais, repletas de obrigações e direitos (POULAIN; PROENÇA, 2003).

Com o advento da industrialização e a mudança no modo de vida da população e da produção, iniciou-se por meio do Estado estratégias biopolíticas de adestramento dos corpos afim de que estes se adaptassem de forma eficaz aos trabalhos mecânicos e serializados (SIBILIA; JORGE, 2016). Com a emergência das políticas neoliberais, que são uma releitura do liberalismo, as práticas de mercado também são modificadas, obedecendo ao princípio do Estado mínimo, assim esperava-se um aumento da livre concorrência e a ruptura de monopólios, esta, uma visão sob a ótica capitalista, fundamentalmente da classe burguesa (LE MOS, 2015; OLIVEIRA, 2015). Entretanto, o que se percebe é que a produção capitalista de alimentos ou outros produtos direcionados para a saúde, na verdade acabou por criar grandes empresas oligopolistas que dominam não apenas a produção industrial dos alimentos, mas também a agroindustrial (VIANA, 2010). Essa indústria acaba movimentando uma potente “máquina de poder e propaganda para difundir estilos de vida e formas de consumo insustentáveis”, o que promove ainda maiores transformações na sociedade e nas identidades (BALEM *et. al.*, 2017, p. 8).

Com as inúmeras recomendações de estilo de vida, outro advento se iniciou: o culto à saúde. A mídia – e no contexto atual as redes sociais – demandam os padrões a serem seguidos e perseguidos, sem o qual os indivíduos não conseguirão atingir a saúde ou mesmo a felicidade, e essas amostras direcionadas acabam por gerar indivíduos que consomem estes produtos (BALEM *et. al.*, 2017).

Conforme Foucault (2008) o homem do consumo, dentro do contexto neoliberal, é um homem constantemente produzindo e consumindo para sua própria satisfação. Um grande problema por trás deste discurso é a responsabilização exclusiva do indivíduo pelas suas escolhas, processo esse que exerce um biopoder descentrado, pois não é mais realizado pelo Estado, mas pelo mercado (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

Apresentamos novamente o exemplo do quadro Medida Certa do Programa Fantástico, como um instrumento utilizado para disseminação e padronização de medidas, hábitos e condutas, que reforça representações sociais acerca da estética e do estilo de vida almejado para a população (LEITZKE; RIGO; KNUTH, 2020).

O estudo de Correa e Júnior (2021) mostrou um fato interessante, mesmo após o diagnóstico de câncer de cólon e as orientações sobre hábitos e promoção da saúde, percebeu-se que os pacientes necessitaram uma desconstrução histórico-social de seus hábitos, e este foi um processo lento, considerando a importância da reconstrução de uma nova identidade e a assimilação destas informações. Outro ponto que não deve ser esquecido são os aspectos sociais, políticos e econômicos que podem influenciar diretamente o alcance de recomendações, o que mais uma vez demonstra que nem sempre a motivação ou as necessidades dos indivíduos são decisivas para mudanças de hábitos (BRASIL, 2020).

Percebemos que a saúde, no entanto, é um fator determinante para tentativa de mudança. Um estudo com professores e funcionários de uma universidade paulista mostrou que mais de 70% reportaram mudanças em estilo de vida, em especial em hábitos alimentares, por causa de alguma doença crônica (CANESQUI; GARCIA, 2005). O que reforça a intenção das pessoas de que tudo o que for relacionado com algum tipo de sofrimento, deve ser tratado ou resolvido, permanecendo na constante de que a vida deve ser plena, sem dor e feliz constantemente (CORREA JÚNIOR, 2021).

O estilo de vida então entende-se como um conjunto de hábitos, que são escolhidos individualmente, entretanto, com interferência da cultura e, em consequência, de todos os poderes que a formam, sem contar a constante negociação coletiva com sua realidade e reflexividade (DUMONT; GARCIA, 2015). Todo o ser humano é transformado pela sociedade em que está inserido e a cultura de uma sociedade nada mais é do que a fusão dessas múltiplas identidades e representações (ILLICH, 1975). Temos assim, primeiro um individualismo aumentado, centrado em uma “versão neurótica de um novo estilo de vida centrado no *jogging*, nas dietas saudáveis, no controle do peso e na manutenção física” (FURTADO; SZAPIRO, 2012, p. 22), já por outro lado, permanecemos responsabilizando o indivíduo, para que opte pelas melhores escolhas e evite a doença, permanecendo jovem a qualquer preço (BURLANDY *et al.*, 2016).

O sentido de estilo de vida para a perspectiva da saúde acabou se restringindo apenas a fatores de proteção e risco a certo dano na saúde, baseado em estudos epidemiológicos, se esquecendo do sentido holístico do conceito (DUMONT; GARCIA, 2015). O autocuidado acabou se resumindo em um uso desenfreado de informações de risco pressentidos, através

muitas vezes de autodiagnósticos que determinam cuidados de saúde urgentes e imediatos (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

Devemos, entretanto, fortalecer as orientações em desenvolvimento junto com as comunidades, saindo do nível de meros prescritores da saúde, para participantes de uma construção social, integrando as realidades e ressignificando as mensagens a partir de seu conhecimento de vida, incluindo o indivíduo e permitindo que ele seja autônomo e capaz de usar o seu próprio potencial (BRASIL, 2020; FURTADO; SZAPIRO, 2012).

3 A MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE E O BIPODER

Após expor algumas notas sobre o câncer, e os fatores de risco relacionados com os hábitos de vida, apresentamos a conexão destes conceitos com os referenciais de Foucault (2012, 2008) e Illich (1975).

Para Foucault (2012), como estratégia para governar a vida, iniciou-se a prática do biopoder, que controla os corpos dos indivíduos, já a biopolítica rege a população como um todo. Antes do biopoder, existia o soberano, que controlava a vida dos súditos, no viver e morrer, hoje, pelo biopoder o Estado, exerce sua ação sobre a vida da sua população a controlando, tanto sua gestão como sua multiplicação (BERTOLINI, 2018, p. 88).

A medicalização, também pensada por Foucault (2008), é vista por Ivan Illich (1975) como um perigo à saúde. Ele entendia o processo da saúde como uma medicalização da vida, por haver certo mito sobre ela (adoecimento x saúde x morte), podendo também ser relacionada apenas como um meio de dominação do Estado, em especial da indústria, sobre a sociedade, mantendo todas as decisões, que seriam pessoais, atreladas ao saber médico, desqualificando a autonomia do indivíduo. A medicalização aparece como mais um aspecto de exercício do biopoder, mantendo assim, a população dócil, controlando os corpos para que se adaptem aos padrões estipulados, se tornando inevitavelmente uma plataforma de ação política (COELHO, 2007; ILLICH, 1975).

Hoje, com o modelo político neoliberal, temos tendências de mudanças profundas da sociedade, aceitas tanto pelos setores de direita e também reconhecidos pelos espectros políticos de esquerda que fortalecem a biopolítica, esta anteriormente regida pelo Estado, se desloca para o mercado, que difunde um capitalismo de consumo em larga escala. Neste ponto, a saúde acaba sendo exaltada a certo ponto e vira uma preocupação de todas as idades e com isso matéria de consumo por toda a população (FURTADO; SZAPIRO, 2012; DRAIBE, 1993).

Neste contexto de estado mínimo, aumento do mercado e do poder do capitalismo, percebemos a medicina como um saber-poder que está sobre toda a população, exercendo efeitos disciplinares e reguladores. Conforme Foucault (2008), o biopoder foi vital para o desenvolvimento do capitalismo, justamente pelo controle exercido sobre os indivíduos que os acomodavam dentro do contexto necessário para o interesse do mercado. A medicalização encontra-se na sociedade dentro de uma presunção de que a doença necessariamente deve ter cuidados clínicos e científicos, mantendo-se, assim, um controle social na mão da esfera biomédica (CORREA JÚNIOR, 2021). Ao orientar os comportamentos das pessoas, a

medicina acaba por determinar a cultura, e como afirma Illich (1975, p. 101) “é somente construindo uma cultura que o homem encontra sua saúde”.

Esta proposta de docilização dos corpos, identificada por meio do biopoder, é uma forma sutil de controle que vem ao encontro do interesse capitalista em ter a população a seu serviço (COELHO, 2007). Já a medicalização se aproveita deste processo a fim de transformar aspectos da vida em conformidade com as normas sociais determinadas pelo Estado ou mesmo pelo mercado (ZORZANELLI, 2018; VEIRA, 1999).

Por outro lado, o processo de medicalização também é presente sob o ponto de vista do indivíduo, que influenciado pelo mercado, acaba cobrando do profissional da saúde o atendimento em busca da saúde plena, mostrando que a vida assume uma dimensão política, passível de ser administrada, tanto de forma privada quanto através de políticas públicas (LEMONS; GALINDO; RODRIGUES, 2020; SILVA; CANAVÊS, 2017; LEMONS, *et al.*, 2016). Mediante isso, percebe-se a falta de autonomia para avaliar a sua própria saúde, ou seja, “são os exames médicos, alicerçados por todo um aparato sofisticado da tecnologia, que apontam como está o estado salutar do sujeito” (COELHO, 2007, p. 67).

Ao olharmos apenas para o caso do câncer, podemos entender que o impacto econômico é extremo, conforme estimativa do INCA (2020, p. 18), “no mundo, em 2030, os custos médicos diretos, custos não médicos e perdas de renda são estimados em 458 bilhões de dólares americanos”. O que mostra o grande desafio para pacientes, famílias, comunidades e governos com o ônus dos tratamentos. O direito ao acesso à saúde é cada vez mais precário à grande parte da população, que acabam sendo setores que demonstram o biopoder sendo exercido, hoje a saúde acaba caracterizando o “fazer viver, deixar de morrer” explicado por Foucault (MAIA; OSORIO, 2004, p. 72).

Para atingir a saúde plena, as populações se colocam à disposição do saber médico para o rastreamento de doenças. Se houver qualquer suspeita, a pessoa é encaminhada para maiores investigações (BRASIL, 2004). Na atenção primária a saúde há a chance de diagnosticar as doenças em fase inicial, o que favorece o processo de tratamento por ser mais simples, geralmente mais eficazes e com chances de cura maiores, entretanto percebe-se que na adoção das políticas neoliberais, não há no Brasil uma melhora no desenvolvimento ou acesso, sendo que os problemas sociais permanecem e a prioridade de uma agenda com compromissos internacionais ainda é realidade (MIRANDA, 2007).

Do ponto de vista da alimentação, percebemos a tendência de uma homogeneização cultural, o neoliberalismo e a globalização fortaleceram a divulgação de uma alimentação genérica, também conhecida como a *McDonaldização* do globo (HALL, 1997). Outro fator

visível na alimentação é a produção monoculturista, hegemônica no Brasil, que não apenas é insustentável, mas permanece abastecendo em especial o mercado externo, enquanto aumenta a população com fome no Brasil, e não apenas isso, favorece o aumento do consumo de alimentos que predispõe a doenças, como visto anteriormente (COSTA; MELLO; FRIEDRICH, 2017).

Mas o que se constata é uma perspectiva em que o marketing faz o trabalho de criar novos nichos de mercado e fortalecer o processo de mercantilização de tudo: saúde, alimentação, vitalidade, longevidade, como Viana diz: “o capitalismo cria a miséria e ainda vende e lucra com a suposta solução miserável e lucrativa que apresenta” (VIANA, 2010, p. 08). Como Andrade (2019) aponta não se trata propriamente de uma mercadorização de tudo, visto que para o mercado existe uma limitação, entretanto sua ação transversal sobre os Estados obriga a reforma de suas instituições e impõe suas vontades, fortalecendo os interesses neoliberais.

O que podemos entender é que nos países emergentes, em que ainda há um forte pensamento colonizado, o setor privado neoliberal mantém um crescimento em sua influência política, seja em uso de produtos para venda, seja em formulações de políticas que aumentam a dependência da população (BRULANDY, *et al.*, 2016; DRAIBE, 1993). O governo, ao manter um olhar via economia política, acaba se autolimitando e não percebendo ou ignorando os muitos mecanismos utilizados que violam as leis. Sobre esse assunto, Foucault (2008, p. 23) completa: “Em outras palavras, os governos podem se enganar. E o maior mal de um governo, o que faz que ele seja ruim, não é o príncipe ser ruim, é ele ser ignorante.”

A saúde é um campo estratégico sendo importante o uso da promoção da saúde como meio, não para prescrever hábitos saudáveis, mas para construir juntamente com a comunidade uma percepção de saúde, que as liberte das amarras do biopoder, em especial que foram gerados com interesse do mercado, e que automaticamente promova autonomia para que o indivíduo cuide de si como um ser integral (BRASIL, 2020). Todas as leis concebidas são formadas pela expressão da vontade coletiva, formada basicamente do que os indivíduos aceitam ceder e a parte que desejam reservar, assim todas as estratégias devem ser pautadas nesta troca, impedindo, neste sentido, que os governos exerçam biopoder sobre a população, de forma a subjugar e impedindo que exerça sua própria identidade (FOUCAULT, 2008).

Pensando que nos países emergentes o contexto da colonização, há um crescimento, com grande enfoque na América Latina, do processo de descolonização, ou seja, um fortalecimento das nossas culturas, rompendo assim com o pensamento eurocentrado, não o

rejeitando, mas o reconhecendo como outro saber integrante da nossa realidade (HALL, 2020; ACHINTE, 2010).

3.1 NEOLIBERALISMO E MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE

Como temos discutido, a saúde ganhou um novo patamar de atenção. Se antes a busca era incessante para evitar doenças de cunho infeccioso e a morte, hoje, por diversos fatores como: evolução da ciência, influência do modelo neoliberal, do biopoder exercido sobre as pessoas, do interesse das indústrias farmacêuticas e conseqüentemente da mídia, os conceitos como qualidade de vida ganham o foco, tornando a saúde o nosso maior investimento (COELHO; FONSECA, 2007).

O domínio do neoliberalismo como ideologia aparece no século XX pelas modificações exercidas sobre o liberalismo introduzindo novas formulações e propostas até certo ponto conservadoras, nela prevê-se uma redução do papel do Estado e, conseqüentemente, o aumento da importância do mercado privado (DRAIBE, 1993), que preconiza o livre comércio, nem sempre representando ser justo e igualitário (HARVEY, 2004). O Estado fica responsável por construir e viabilizar a concorrência entre os mercados, ao mesmo tempo em que, o mercado condiciona e constrói o estado, assim surge um Estado considerado empreendedor, uma importante força motriz que não intervém nos processos econômicos, mas participa do processo como articulador (ANDRADE, 2019; FRAZÃO, MINAKAWA; 2018).

Nesta circunstância, há o crescimento da preocupação com a vida e com a exaltação da responsabilidade individual, logo padrões de saúde e modos de viver, muitas vezes, inatingíveis regem esse novo estado de governo, formado com interesse, em especial das indústrias farmacêuticas (FURTADO; SZAPIRO, 2012). Intrigante observar a mudança da sociedade com relação à sua própria saúde, visto que até final do século XIX a família exercia terapias e cuidados de saúde que vinham de seus ancestrais, após o processo de medicalização, passa-se essa tarefa ao médico detentor do saber e desloca-se o conhecimento do indivíduo a uma mera aceitação do tratamento proposto (ILLICH, 1975).

O projeto neoliberal paradoxalmente teria como objetivo realizar um governo de mercado sem atritos, contudo, as diversas oscilações em torno dessa expectativa mostraram que ele acaba por ser uma forma contraditória de controle e regulamentação estatal. Assim, ele não se trata de um desmantelamento do Estado, mas de uma reestruturação do mesmo, que mantém seu papel ativo e sofre variações conforme o interesse do mercado. O neoliberalismo

não atua apenas como uma ideologia, mas como um condicionante do comportamento do povo, logo, do indivíduo (ANDRADE, 2019). Em consonância a estas mudanças, entra no contexto a medicalização, entendida como um processo que visa a transformação da vida (dos aspectos mais básicos do cotidiano das pessoas) em objetos na tentativa de manter um controle e assegurar o respeito às normas sociais (VIEIRA, 1999; ILLICH, 1975).

A medicalização pode ser vista sob dois pontos, o primeiro sob a ótica do monopólio do médico sobre a saúde, sendo ele considerado o detentor do conhecimento e mesmo o único profissional capaz de inferir o estado de saúde de uma pessoa, e o segundo, sob a ótica da sociedade e sua constante busca pela saúde plena, influenciada pela urgência do autocuidado (SILVA; CANAVÊS, 2017). Medicalizar torna-se um controle biológico da sociedade mediante a perspectiva médica. Nessa gestão da saúde há ainda a avaliação do custo benefício, que sustenta o biocapital no contexto da economia neoliberal, sendo que a vida assume uma dimensão política, em que se torna passível de ser administrada, tanto de forma privada, quanto através de políticas públicas (LEMOS, *et al.*, 2016; LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2020).

Antes da influência do neoliberalismo um indivíduo era considerado “normal” desde que tivesse vitalidade ou ausência de sintomas, já no final do século XIX, a partir de um interesse econômico da indústria farmacêutica e seus anúncios publicitários, criam-se diversas estratégias mercadológicas para revitalizar os corpos e os tornar mais produtivos (SIBILIA; JORGE, 2016). Neste cenário, a figura do médico aparece como um importante conselheiro, tendo influência política na sociedade, e neste ponto as corporações farmacêuticas articulam redes de saber-poder, que “atravessam nossos corpos, nosso pensar e sentir, nossas subjetividades” (GALINDO, *et al.*, 2016, p. 351).

Interessante avaliar a ironia dessa medicalização, como por exemplo, com o câncer, em que muitas vezes a doença, mesmo após os métodos de diagnósticos ou tratamentos, é incurável, o que não justificaria o gasto com seu tratamento, pois este não melhora a qualidade de vida do paciente. O que fortalece, neste caso, a importância da busca de um aprimoramento na saúde básica para que auxiliem a melhora da qualidade de vida das pessoas saudáveis e principalmente o diagnóstico precoce, que aumentam chances de cura, sem contar que são formas de melhorar a saúde da população, muito mais baratas ao Estado (ILLICH, 1975).

Pautado na justificativa da defesa da sociedade, o Estado exerce o biopoder executando o controle das cidades e das populações (LEMOS *et al.*, 2015). Neste controle, com vistas a salvar a população, são previstos riscos, estabelecidos limites, regulamentadas

práticas e ações alterando, assim, o cotidiano das pessoas (GALINDO, *et al.*, 2016). As crenças e valores da população vão se apoiando na legitimidade da ciência e mudando conceitos culturais que atendem aos interesses do capitalismo e do consumismo em geral, fortalecendo os ideais da indústria farmacêutica (SIBILIA; JORGE, 2016).

Como Delmondes (2016) enfatiza: “Isto é o cerne da história humana: o ímpeto de transformar a si mesmo em algo diferente do que se é. O homem aparece aqui como um ser não-acabado que atraído por um polo positivo vertical é provocado neste processo para tornar-se em algo melhor” (DELMONDES, 2016, p. 547). Assim a vida medicaliza-se, aumentando o número de pessoas identificadas com alguma enfermidade, seja pela influência do médico que a acompanha ou mesmo pela influência da mídia, que reforça a necessidade de adoção de determinados produtos (como vitaminas, atividades físicas ou medicamentos) para melhoria da qualidade de vida, tudo isso resultando, muitas vezes, em danos à saúde e, em especial, uma perda de autonomia (SILVA; CANAVÊS, 2017; TABET, *et al.*, 2017; BORGES, 2014).

Mediante ao apresentado, percebe-se uma rede que nos controla sob todos os aspectos da nossa vida, e essa sutil sugestão é refinada ao ponto de muitas vezes não sabermos se realmente queremos algo ou se fomos sugestionados para tal (COELHO; FONSECA, 2007). Todas essas mudanças são pautadas através de um imperialismo eurocêntrico que acentua o domínio da burguesia, aspecto importante do capitalismo influenciado pelo neoliberalismo, que se caracteriza por uma forma de gerir e dominar a população, criando um sistema sofisticado de controles (HARVEY, 2004; LEMOS *et al.*, 2015).

Especificamente sobre o aspecto da saúde, é perceptível como o neoliberalismo torna a governamentalidade um mercado de saúde (LEMOS, *et al.*, 2016). Com o aumento das cidades, o modelo capitalista necessita esquadrihar os corpos, categorizar, separar, em busca de influenciar índices de mortalidade e, por consequência, produzir uma população útil (MAIA; OSORIO, 2004).

Com a evolução do modelo neoliberal devemos entender que o contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido o condiciona para determinados comportamentos, inclusive relacionados à saúde, e esse poder exercido sobre ele, influencia ainda a sua reflexão sobre responsabilidade ou mesmo culpa por sua doença ou saúde (MENEZES; MALDONADO, 2015). Mediante isto, fica claro o quanto o Estado está atrelado ao interesse de garantir a economia.

A política e a economia apesar de serem ambas abstratas estão inscritas no real, demarcando o que é verdadeiro e falso (FOUCAULT, 2008). As novas políticas sociais mostram essa defesa, tornando o cidadão responsável por si e desobrigando o Estado da

garantia de seus direitos, neste interim, o neoliberalismo se apresenta entre o capitalismo e a democracia, colocando ao papel social do Estado, um limite conforme o interesse do mercado (ANDRADE, 2019).

Na contemporaneidade, o neoliberalismo marca transformações, inclusive avaliando a influência da globalização, que abrange um maior papel do setor privado, intermediado especialmente pelos meios de comunicação e, com o desenvolvimento das indústrias (neste contexto, especificamente, farmacêuticas e alimentícias) há uma mudança no relacionamento com a sociedade (SILVA; CANAVÊS, 2017). Conforme vemos ao longo da história, a globalização intensifica as ações do sistema capitalista através de suas estratégias neoliberais, aumentando a riqueza de poucos e verticalizando a pobreza e a miséria da maior parte da população do planeta (OLIVEIRA, 2015).

A grande mídia (na atualidade precisamos incluir o papel da internet) é responsável por divulgar notícias que constroem sensação de medo e criminalizam todo e qualquer movimento contrário ao neoliberalismo, fomentando assim um sistema de arbitragem entre os consumidores, e propondo um capitalismo como relação social (LEMOS, 2015).

Percebemos no Brasil, no início da década de 90, a concretização de políticas públicas contra desigualdades que formadas sob a ótica neoliberal, permitiram a redução do Estado e o fortalecimento do setor privado (COSTACURTA; PULINO, 2017). Notamos, então, um modelo de estatização da política, que interfere os modos de viver da população, todos calculados biopoliticamente (LEMOS *et al.*, 2015).

Essa tendência capitalista de gerir a vida com a intenção não de melhorá-la, mas sim de comercializá-la, é perceptível – entendendo que os oligopólios⁷ são donos basicamente da maior parte da matéria-prima do mundo e naturalmente de seus produtos –, que eles geram não uma livre concorrência, mas um poder monopolizado com consequências sociais, ecológicas, econômicas e políticas, que criam necessidades na população de forma a controlá-la e mesmo conseguir a troca de mercadorias por dinheiro (HARVEY, 2004). No pensamento neoliberal, o indivíduo passa a ser um empreendedor de si mesmo, ou seja, suas condições de vida são um capital e o seu investimento em si, passa a ser uma relação comercial dele com o Estado e com a indústria (LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2020).

Otimizar a vida, aumentar performances são objetivos do mercado da biomedicina, que influenciam a cultura e a sociedade, definindo padrões a serem almejados e seguidos. Esse empreendedorismo de si acaba reiterando a condição de biocidadão, modulado por um

⁷ Alguns conglomerados conhecidos: Nestlé®, Unilever®, Coca-cola®, Pepsico®, Bunge Alimentos®.

mercado que reforça práticas que o tornam um indivíduo endividado, sempre em busca de uma hiperprevenção ou o gerenciamento de si. O indivíduo passa a ser responsável pelo seu próprio gerenciamento e visto como alguém que se governa, e, caso não consiga seguir os padrões estabelecidos, será considerado alguém incapaz de apresentar um bom desempenho (LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2020). Nesta perspectiva,

[...] o capitalismo produz sujeitos e objetos em variação contínua, modulada por tecnologias de gestão da vida. As discrepâncias na concorrência neoliberal hoje ocorrem pela disputa de tecnologias na gerência da vida, às quais entram em cena no governo da saúde por meio: da estética corporal, da nutrição, dos exercícios físicos, da informação sobre dietas, da aquisição de tecnologias da medicina personalizada, do acesso aos alimentos orgânicos. O neoliberalismo, na vertente empresarial de formação dos modos de pensar, sentir e agir lança mão da saúde e da educação enquanto parte da maquinaria capitalista da disputa de cargos, concursos, oportunidades de trabalho, estudo e relacionamentos amorosos (GALINDO *et al.* (2016, p. 354).

O poder que regulamenta a nossa existência estipulando qual é o estilo de vida correto, é baseado em um conhecimento técnico-científico que alinha a vida em padrões homogêneos, com a finalidade de atender às necessidades do mercado (COELHO; FONSECA, 2007). E para difundir esse estilo de vida, usam-se os meios de comunicação em aliança com o mercado e, em especial, com as indústrias farmacêuticas, oferecendo uma gama de produtos e serviços que prometem resultados para encaixar o indivíduo neste padrão idealizado (SIBILIA; JORGE, 2016).

O termo medicalização aparece no final da década de 60 indicando “à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 22). Contudo, o termo acabou sendo utilizado não de forma positiva, mas como uma crítica para o excesso de influência da medicina sobre a população, atingindo campos que não eram de seu pertencimento e, assim, controlando e determinando a saúde e a doença (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

A indústria dos cuidados médicos está em franca expansão, sendo marcada pelo aumento da produção em saúde e relacionada com o desejo de uma melhora da qualidade de vida (ILLICH, 1975). A produção da saúde é regulada pela medicalização que não apenas é de domínio médico, mas avança com interesses políticos, modificando assim cidades, subjetividades e gerindo a vida (GALINDO *et al.*, 2016). Destaca-se o crescimento da importância do discurso médico como um legitimador de atos e condutas; o mundo e a vida medicalizam-se, e este conhecimento é tratado como algo praticamente inquestionável (SIBILIA; JORGE, 2016).

Conforme Sibilía e Jorge (2016) essas estratégias, também como formas de exercer um controle biopolítico, alteram estilos de vida “com o objetivo de enquadrar os sujeitos nas demandas produtivas de seu tempo” (SIBILIA; JORGE, 2016, p. 37). Além da saúde, a morte também foi medicalizada, pois a sua ocorrência demonstra uma ineficiência no governo das populações e um desafio ao profissional de saúde (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

O ato de cuidar perpassa por todos os seres humanos e vem ganhando importância à medida que a saúde deve estar em constante vigilância, e está presente em todas as ações realizadas no cotidiano (COSTACURTA; PULINO, 2017). Torna-se imprescindível deixar os indivíduos mais saudáveis, e isto, mediante a medicalização da vida, está subjetivamente ligado ao ato do empreendedor de si e ao mesmo tempo de um consumidor sempre endividado. Os corpos se tornam capitais, dependentes de um mercado e de uma cultura que identifica a sociedade neoliberal (LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2020).

Como Foucault (2008) afirma, o *homo economicus* é um objeto importante ao mercado neoliberal, sendo por vezes parceiro ou seu próprio produtor. Esse mercado, ao qual estamos expostos diariamente, oferece informações contraditórias baseadas em modismos, relatos, informações científicas que geram produtos e influenciam o ato de cuidar do indivíduo, contribuindo para o aumento do consumo (MENEZES; MALDONADO, 2015). Todas essas estratégias de marketing fortalecem a mercantilização da saúde, parte fundamental da medicalização, trazendo uma ampla gama de produtos e técnicas que prometem a salvação, gerando uma arte de governar e fazer investimentos baseados em custos e benefícios (GALINDO *et. al.*, 2016).

As mudanças geradas nos conceitos e prioridades fazem com que a promoção da vida e a manutenção da saúde sejam uma questão de segurança (LEITZKE; RIGO; KNUTH, 2020). Não apenas a promover, mas prevenir, vigiar e evitar acontecimentos indesejáveis, isso perpassando pela importância do controle do Estado, sempre com vistas a formar e manter uma população útil. Todas as novas estratégias médicas se focam na prevenção, rastreadoras de riscos (LEMOS *et al.*, 2015). A medicalização estabelece assim normas que tornam os indivíduos dependentes dos conhecimentos e orientações médicas, sendo esta uma intervenção política da medicina na sociedade (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Entretanto, apesar de todas as informações geradas objetivando a prevenção, existem cotidianamente ofertas de inúmeros produtos e tratamentos prometendo felicidade, que são constantemente recodificadas pela mídia favorecendo o mercado, tendência tal que cria contradições e uma busca incessante por uma saúde inatingível, que segue um modelo padrão

e se esquece da singularidade de cada corpo, mantendo um imaginário de um corpo dominante e desejável (COELHO; FONSECA, 2007).

Com esse foco em promoção da saúde, acabamos por cair em duas vertentes, a primeira é a medicalização da prevenção, que definiria as possíveis causas e riscos para desenvolver as doenças e com isso o médico, ou hoje, o profissional de saúde e a indústria farmacêutica, atuaria ao ponto de fazer diagnósticos precoces e evitar o dano; a segunda é a culpa dada ao indivíduo pelo seu estado de saúde e/ou doença, avaliando apenas o corpo e esquecendo de todo o seu entorno, tanto social quanto cultural. Este movimento de culpa e de medicalização gera um contínuo sentimento de mal-estar que faz o indivíduo buscar incessantemente por tratamentos ou mudanças de estilo de vida que tragam à saúde tanto desejada (SILVA; CANAVÊS, 2017).

Outro aspecto decorrente da medicalização é a iatrogênese do corpo, ou seja, uma obsessão pela saúde, por meio de dietas, cirurgias, medicamentos, que aumentam o consumismo e a busca incessante pela saúde (TABET *et al.*, 2017; ILLICH, 1975). Antes, o corpo sem sintomas era considerado sadio, ao longo do tempo, entretanto, o ato de ouvir ao corpo torna-se imprescindível, pois mesmo não tendo sintomas claros poderíamos desenvolver problemas graves (KRUSE, 2003). Não apenas a iatrogênese do corpo é um problema de saúde, pelas suas distorções, mas a iatrogênese clínica e a social também o são, a primeira pelo uso de medicamentos excessivos e a segunda pela dependência da opinião médica, que retira do indivíduo sua autonomia (SILVA; CANAVÊS, 2017).

Como Tabet *et al.* (2017) afirma, Illich via o sistema médico como um perigo tanto pelo mito criado em torno da figura do médico como dono do saber, quanto pelos tratamentos, que nem sempre eram capazes de aumentar a esperança de vida. Kruse (2003) traz a visão de que somos vistos como corpos frios por parte dos profissionais da saúde, ou seja, seres despidos de nossa humanidade, sendo todos iguais, o que pode fortalecer a ideia de que o médico é o possuidor do conhecimento sobre o que é melhor para nossa saúde. Lembrando o peso da medicalização social, que transforma os corpos em uma força de trabalho para controle da sociedade, apesar do desenvolvimento da economia capitalista do final do século XVIII, a medicina não se tornou individual, ou seja, não trouxe benefício de saúde ou vida para o indivíduo, mas tornou-se uma prática social, visando primeiramente o interesse do Estado e do mercado (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

É perceptível o quanto a cultura da sociedade em que estamos inseridos orienta o comportamento do homem em seus hábitos, reforçando costumes e tradições, e dentro desta gama de comportamentos se encontra a atenção à saúde, contudo, a cultura tem sido

ameaçada pela medicina (TABET *et al.*, 2017). Como afirmado pelo mesmo autor, “ao colonizar uma cultura tradicional, a civilização moderna transforma a experiência da dor, tornando-as sinais de alarme, que apelam para uma intervenção exterior, a fim de interrompê-las” (TABET *et al.*, 2017, p. 1194). Ao mesmo tempo, temos que entender que as normas médicas também são uma forma cultural de controle social que criam limites e expectativas sobre o corpo (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Na modernidade, essas práticas de cuidado do corpo se profissionalizam e geram mais um dispositivo de controle da população (KRUSE, 2003).

Nos séculos XII e XIII, a igreja efetuava um papel de importância influenciando os hábitos dos indivíduos, a forma de controle baseava-se em culpa e medo pelo pecado, atualmente, no entanto, a cultura médica interfere com o sentimento de culpa através de um “marketing de medo”, aumentando a culpabilização do indivíduo que não segue as orientações médicas (BORGES, 2014; CAMPOS *et al.*, 2015). Após o positivismo e a fragmentação do corpo, o médico foi visto como o único detentor do conhecimento, o que iniciou este processo de medicalização (KRUSE, 2003).

O desenvolvimento de um corpo saudável faz parte de uma pessoa dita competente, que sabe se gerir e entende que a fonte de sua real riqueza se encontra na sanidade física e mental (LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2020). Em outras palavras, Gomes e Caminha (2016) entendem o corpo como o “bem dito” que cuida de si e, assim, é desejado e detém o poder, em contrapartida apresentam o corpo “maldito” que é visto como negligente, ou seja, marginalizado e que deve ser evitado, por não conseguir atingir o seu potencial e nem a sua função dentro da sociedade.

A cultura, influenciada pela medicalização, transforma o corpo refém de um sujeito que deve sentir-se sempre bem, e para isso, busca mudanças para conseguir alcançar o ideal previsto pela sociedade (BORGES, 2014). Antes sendo um processo natural da vida, a dor, hoje é encarada como algo a ser vencido e, por isso, os indivíduos buscam tratamentos tanto de profissionais ou mesmo auxílio via internet, a fim de ultrapassar o processo do adoecimento (TABET *et al.*, 2017; VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

A burguesia, com a crescente possibilidade de aumentar seus ganhos e fazer valer a sobrevivência da sua família, tornou o envelhecer uma forma de capitalizar a vida, pela primeira vez, começou-se a pensar em gozar a vida após a aposentadoria (ILLICH, 1975). A contemporaneidade marca o valor explícito do corpo, que se desenvolve em uma sociedade, marcada por uma cultura e uma identidade, que pode influenciar suas formas de ser e

construir a vida, de incluir ou excluir corpos e pessoas, reforçando a necessidade de um aperfeiçoamento constante para se manter parte integrante da sociedade (GOMES; CAMINHA, 2016; GRANDO, 2014). Como Borges (2014, p. 118) afirma: “um bem-estar superlativo, um sentir-se ‘mais do que bem’, fruto da competência na gestão da vida e no uso dos dispositivos de controle e eliminação do sofrimento e otimização das potencialidades vitais”, tornam o corpo parte de um jogo de interesses.

A medicalização da saúde já é intrínseca à cultura contemporânea, visto que estamos diariamente em busca do bem-estar, e este é geralmente sustentado pela opinião de um profissional. Nesta direção, percebe-se uma forma de autorização social ao profissional para que manipule nossos corpos e dê a palavra final sobre a doença ou sobre a vida. Assim, ser profissional da saúde, parece permitir que atinjamos o corpo do outro da forma que considerarmos mais adequadas, independente do que ele pensa (KRUSE, 2003). Contudo, o que vêm saltando aos olhos é o quanto essa permissão tem aumentado à insegurança dos indivíduos, visto uma imensa gama de agressões cirúrgicas, falsos diagnósticos, marketing da indústria farmacêutica, que levam a uma permanente sensação de impotência, sendo os corpos considerados constantemente “anormais” e assim necessitando de algum tipo de intervenção (TABET *et al.*, 2017; ILLICH, 1975).

Esse corpo “anormal” e necessitando ser moldado sofre na atualidade a interferência mais potente da internet e das redes sociais, que ditam os comportamentos humanos transformando os padrões e gerando estereótipos a serem seguidos e almejados em busca de uma saúde plena (SILVA; PIRES, 2019). As redes sociais reforçam o indivíduo como o responsável pelo próprio corpo, beleza e saúde, e mostram que qualquer anônimo pode se transformar em algo admirável com seu próprio esforço. Esse ser ideal vem como uma relação interessante entre o que o indivíduo é ou almeja ser e o que esperam dele, reforçando o papel da biopolítica não apenas presente no Estado, mas também no mercado, induzindo à busca contínua de melhora (CAMPOS *et al.*, 2015). Como exemplo, retomamos o quadro Medida Certa, que foi emblemático por mostrar a normalização dos corpos e de um modo padrão de estilo de vida que traria o resultado esperado a qualquer um que se esforçasse (LEITZKE; RIGO; KNUTH, 2020). A biopolítica usa-se da medicalização como controle de seu espaço social, controlando a população através de um ideal de corporeidade, não apenas o responsabilizando, mas o regulamentando e colocando o indivíduo em uma noção de constante perigo de adoecimento (ZORZANELLI, 2018).

O ser e o corpo são fundamentais para conseguir exercer a dimensão do seu eu no mundo (GRANDO, 2014). Como Borges (2014) enfatiza a saúde ganha um discurso

hegemônico da necessidade da prevenção a qualquer mal-estar, e com isso ela se torna um produto a ser almejado e, conseqüentemente, explorado pela mídia, aparecendo em diversas publicidades e expostas em produtos que nos são apresentados em embalagens modernas e chamativas em todos os mercados e mesmo farmácias, estando sempre “ao alcance da nossa mão”. Essas estratégias têm como foco gerar necessidades à sociedade, que por fim exerce um papel articulador, por vezes cobrando ações de saúde, por vezes gerando resistência, mas em ambos os casos, a indústria tem promovido um efeito regulador da sociedade ao Estado, viabilizando uma nova via do processo de medicalização (FRAZÃO; MINAKAWA; 2018; ILLICH, 1975).

Refletindo sobre a interferência da indústria, gostaríamos de abordar o “nutricionismo”, lembrando que o termo remete ao apelo ao aspecto estritamente nutricional do alimento e não ao seu aspecto comensal, retirando o prazer de comer e aumentando o seu controle (MENEZES; MALDONADO, 2015). A medicalização tem permeado tantas áreas de nossa vida, que chegou ao ponto de transformar a alimentação em algo puramente científico, perde-se a gastronomia e a importância da memória afetiva do alimento, seu valor em ancestralidade e prende-se aos nutrientes que os alimentos contêm e podem ser parte de prevenção e tratamento de doenças. A ciência apresenta pesquisas que sofisticam os alimentos e este conhecimento fica pertencente aos especialistas, neste caso não apenas médicos, mas nutricionistas e outros pesquisadores das áreas afins, distanciando demais membros da sociedade dos conhecimentos e mesmo do poder da cultura que é inerente a eles, indo contra a autonomia individual que promoveria sua própria riqueza alimentar (BALEM *et. al.*, 2017; DELMONDES, 2016). E este mercado da saúde é visto de forma tão promissora que aumenta de forma vertiginosa o interesse e desenvolvimento de pesquisas fomentadas por grandes empresas relacionadas com produtos que sejam vendáveis (VIANA, 2010).

Esse movimento realizado com a alimentação tem fundo no interesse da indústria de alimentos, que tende em farmacologizar o alimento com vistas a utilizá-lo como parte de seu kit que promove a melhoria da vida. Na atualidade não basta alimentar-se, mas precisa-se aderir ao uso de pílulas, vitaminas, chás, sucos e outros tratamentos para alcançar a saúde plena (GALINDO *et al.*, 2016; MENEZES; MALDONADO, 2015). Este processo levou à busca incessante das pessoas à melhoria de sua vida, reforçando o papel de blogueiras e profissionais presentes na internet com dietas milagrosas, tornando o indivíduo que não consegue seguir o predeterminado, alguém considerado desleixado, reforçando novamente a culpa do indivíduo no seu processo de adoecimento (SILVA; PIRES, 2019). Além da internet – através de suas redes sociais e outras mídias digitais –, outra fonte que cria necessidades é a

indústria cinematográfica, que estabelece padrões de beleza e modismos e criam tendências em todo o planeta (CAMPOS *et al.*, 2015).

A alimentação é um fator que marca a medicalização, e tem sido manipulada para favorecer aos interesses neoliberais:

O fenômeno da alimentação é, na atualidade, sem dúvida uma das atividades humanas que mais reúne questionamentos e programas de ação pelos atores sociais. Saúde e qualidade de vida são pautas incessantemente exploradas na ciência e na mídia, em escala global. A produção de informações sobre os alimentos atualmente é imensa. Estas, supostamente, atestam as qualidades e perigos de substâncias e nutrientes, impregnando imaginários coletivos e influenciando escolhas e práticas alimentares modernas de forma bastante palpável (DELMONDES, 2016, p. 545).

Com o interesse neoliberal, percebe-se certo *glamour* quando os indivíduos utilizam suplementos que são vistos como potencializadores da saúde. A classe média, em especial, adere a estes tratamentos em busca de chegar ao padrão almejado (DELMONDES, 2016). Outro fator que tem se destacado é o aumento da importância de profissionais que tragam certo controle aos corpos, como exemplo o nutricionista e o *personal trainer* que assumem um papel disciplinar foucaultiano, tornando ainda mais forte o discurso da culpabilização e busca do domínio próprio em prol de um bem estar total (BORGES, 2014).

Percebe-se o interesse e a manipulação da indústria na alimentação, não apenas pelo apelo ao uso de produtos específicos, muitas vezes gerando um senso de consumo obrigatório, mas também pela influência em orientações nutricionais públicas que são modificadas conforme a necessidade e conseqüente patrocínio de associações e grupos corporativos (BALEM *et. al.*, 2017; DELMONDES, 2016). Além desta ação, os cuidados de saúde são considerados um bem de consumo e são importantes para a economia dos países, gerando não apenas uma compulsão de consumo, mas uma forma de interferir na economia (FURTADO; SZAPIRO, 2012). Como Illich (1975) pauta, o processo de medicalização ainda fomenta uma superprodução de bens de saúde e geram a necessidade de um superconsumo, que seria o garantidor da vida.

O avanço da ciência é fundamental para a melhora de vida da população garantindo o aumento da expectativa de vida e mesmo um aumento da vitalidade (LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2020), entretanto, torna-se imprescindível uma análise crítica ao que a indústria tem apresentado como verdades, considerando todos os interesses envolvidos, conforme exposto ao longo dessa sessão, e ao mesmo tempo, o indivíduo deve estar apto a compreender o seu corpo, a fim de conseguir entender a sua real necessidade (COELHO; FONSECA, 2007). Todo este processo envolvendo a saúde gera um volume expressivo de

recursos e por essa razão são tão disputados em todo o processo político (BURLANDY *et al.*, 2016).

Analisar criticamente a medicalização significa entender que esse modelo médico, pautado exclusivamente na saúde/doença, tira do contexto não apenas a individualização, mas sim problemas que existem além dos corpos, sejam a vida social ou outros problemas coletivos (SILVA; CANAVÊS, 2017). No atual contexto histórico, social, econômico, e mesmo a capacidade e aceitação que temos com o nosso próprio corpo, talvez possa influenciar diretamente na forma como os indivíduos lidam com esse processo de saúde e doença (TABET *et al.*, 2017). Ao levarmos a medicalização ao âmbito das políticas, tornamos a identificação do bem-estar vinculada ao nível de saúde nacional e por vezes gerando uma ilusão de que o grau de cuidados com a saúde pode ser representado pela quantidade de produtos médico-farmacêuticos adquiridos, e esquece-se de que o bem-estar é algo complexo que perpassa por muitos hábitos de vida, inclusive culturais e que nada tem a ver com os aparatos médicos oferecidos. Por vezes, o Estado tornou-se responsável pela prevenção da morte de seus membros e com isso tratar ou não um paciente, mesmo que não haja eficácia é um dever, o que judicializa a saúde, e sob o ponto de vida humano, é ilógico (ILLICH, 1975).

Do ponto de vista ideal, a proposição e o fortalecimento de políticas públicas sensíveis ao tema poderiam contribuir na percepção do indivíduo como único, não pautando as normas apenas em estudos, sabendo que não existem verdades absolutas, no entanto, faz-se necessário compreender a importância de absorver as diversas culturas e subjetividades (GALINDO *et al.*, 2016; COSTACURTA; PULINO, 2017). Neste ponto, torna-se considerável descolonizar nossos pensamentos e mesmo o poder com o intuito de dividir o conhecimento entre diversos protagonistas e não apenas em um único detentor do saber, desmitificando inclusive a soberania do médico e de seus tratamentos, causando uma desmedicalização das políticas voltada à saúde populacional (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018; TABET *et al.*, 2017). Discernir que há um processo natural de saúde e adoecimento do corpo é fundamental. Nesse sentido, aprender a respeitá-lo, sem procurar incessantemente um bem-estar inatingível, representa melhora da qualidade de vida, ao mesmo tempo, não significa viver uma vida totalmente inerte e livre de dores ou adoecimento (ZORZANELLI, 2018; ILLICH, 1975).

3.2 BIOPOLÍTICA E BIOPODER

A vida dos seres humanos tem sido adestrada em vários aspectos ao longo da história, antes por conquistadores, soberanos que tinham o poder sobre a morte e a vida da população

sob sua tutela, por outro lado, atualmente, temos no poder exercido pelo Estado, o controle biológico da população, ou seja, a importância de controlar a vida, causar a vida, um biopoder. Neste movimento em favor da vida, o poder político assumiu o papel de gerir a sua população por meio de estratégias de disciplina e controle, ou seja, uma biopolítica. Adestrar os corpos, ampliar suas aptidões, controlar sua natalidade e mortalidade, ter uma população dócil, ou seja, controlável e útil, e assim, trabalhadora (ANDRADE, 2019; BERTOLINI, 2018; COELHO, 2007). Afinal, o Estado para governar necessita ser sólido e permanente, para tanto controlar sua população a fim de garantir a sua sobrevivência faz parte de sua governamentalidade. Ele existe para si e por si (FOUCAULT, 2008).

Como já dito anteriormente, este biopoder exercido, centrado no Estado, no mundo neoliberal e globalizado, se desloca, visto ser muitas vezes influenciado diretamente pelo interesse do mercado, como por exemplo, ao analisarmos a implementação de políticas de promoção de saúde vemos que estas são vistas como impedimento do interesse de indústrias (BRASIL, 2021; ZORZANELLI, 2018; FOUCAULT, 2008). Este fato vem corroborado ao exposto anteriormente em relação à preocupação da Coca-cola® com respeito ao Guia Alimentar da População Brasileira (PERES; POMAR, 2021), o que aumenta a necessidade de empenho da sociedade civil, para que consiga exercer vigilância sobre tais possíveis conflitos de interesse. Segundo o documento do INCA (BRASIL, 2020, P.85),

Os governos são responsáveis por estabelecer a estrutura política e regulatória para a promoção da saúde e para a prevenção do câncer e outras DCNT. Órgãos, como a OMS, também são responsáveis por estabelecer padrões normativos em saúde pública. A necessidade de proteger a OMS de conflitos de interesses está bem estabelecida. A indústria tem um papel a desempenhar, mas isso deve ser restrito à etapa de implementação do ciclo das políticas. Não é o papel da indústria, em particular da indústria de alimentos e bebidas, estar envolvida na etapa de formulação de políticas, em razão do conflito de interesse inerente e inevitável. As principais questões a serem consideradas, ao se envolver com entidades do setor privado, incluem se os produtos e serviços essenciais são prejudiciais à saúde, se as práticas de responsabilidade social corporativa são auditadas de forma independente e se são definidos parâmetros claros para o engajamento (que estabelecem, por exemplo, responsabilidades de diferentes atores).

Entretanto, o que constatamos no texto segue um modelo contrário do exposto, em que a indústria acaba tendo um papel de protagonista no Estado, influenciando decisões e adestrando a população conforme sua necessidade, exercendo claramente o biopoder. Na sessão anterior já discorremos sobre o assunto, mas vale reforçar, que a medicalização da saúde tem tido um interesse econômico e social, perpassando pelo interesse biopolítico do Estado em manter uma população saudável e útil ao trabalho e mesmo interesse neoliberal do mercado e, assim, o interesse biopolítico passa para as mãos do setor privado, em busca de

corpos saudáveis ao trabalho e igualmente dispostos em acreditar nos dados que eles produzem e expõem, ou mesmo, em consumir os produtos que eles fornecem (SIBILIA; JORGE, 2016). Não há como fechar os olhos para o crescimento de empresas de comunicações que acabam transmitindo ao mundo um “conjunto de produtos culturais estandardizados”, assim apagando a cada dia particularidades regionais e locais e produzindo uma cultura homogeneizada e ocidentalizada (HALL, 1997, p. 18).

O liberalismo que dita a biopolítica pretende produzir indivíduos livres, mas essa liberdade é repleta de condições e limitações (FOUCAULT, 2008). O interesse biopolítico nos corpos tem um grande e central problema, a sua homogeneização, ou seja, os considera conforme um determinado padrão, não respeitando individualidades físicas e nem mesmo o contexto cultural e social que permeia o indivíduo (MENEZES; MALDONADO, 2015). Capitaliza-se a saúde, tendo como alvo o lucro sobre a justificativa da saúde plena (LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2020). Conforme destaca Coelho e Fonseca (2007, p.67):

A ditadura da indústria da forma é tão perspicaz que parece lutar em prol de uma (pretensa) saúde, sendo, inclusive, denominada desta forma. Então, como produzir uma prática de saúde que não beire o excesso, redução ou extremo? Como exercitar uma saúde que contenha em si o cuidado pelo social? Difícil tentativa em tempos em que práticas como o egoísmo, o fechar-se em si e temer o outro são naturalizadas e estimuladas em um mundo que prega o amar demais a si como lei número um.

Outro problema que temos visto, é que, na modernidade, a população que não se integre ao sistema político ou adote as medidas que nos são “vendidas”, passam a ser uma população irrelevante e conseqüentemente descartável.

Conforme Foucault (FOUCAULT, 2008; BERTOLINI, 2018) esse processo de biopoder, faz com que o homem ocidental se entenda como espécie viva e que o seu biológico reflita diretamente no político. O acesso ao corpo passa a ser através da vida e não da morte. Com a saúde percebemos o indivíduo que apresenta valor comercial, se saudável, indicando boa produção e consumo, já quando doentes, não expressam o mesmo valor (ILLICH, 1975). Na economia neoliberal e globalizada vemos que através da biopolítica a produção do social se dá com uma complementação e sobreposição tanto dos âmbitos políticos, econômicos, quanto dos culturais. Como exemplo temos nas instâncias da judicialização das reavaliações toxicológicas de agrotóxicos, que por interesse estrito do setor agrícola, mantém produtos de risco no mercado, em sobreposição ao interesse da população (ANDRADE, 2019; COSTA; MELLO; FRIEDRICH, 2017).

Conforme exposto pelo INCA (BRASIL, 2021, p. 28):

A exposição a agrotóxicos é diferenciada, uma vez que os produtos retirados do mercado em países de alta renda permanecem registrados nos países de baixa e média rendas, além do mau funcionamento no esquema de registro de produtos; entendimento de que os agricultores mais pobres devem ter acesso a agrotóxicos baratos; desconhecimento de alternativas viáveis e diferença no número de trabalhadores no campo.

O Estado está adestrado pelo interesse econômico e o poder da biopolítica está presente em todos os discursos, sendo que o mercado está acima da condição de vida do povo, destacamos a fala: “os agricultores mais pobres devem ter acesso a agrotóxicos baratos”. De quem é o interesse? Devemos ser críticos a ponto de entender que os agricultores deveriam ter assessoria para conseguirem produzir por vias saudáveis como a agroecologia, por exemplo, que além de promover a saúde de quem produz, promove de quem consome e é sustentável.

Também podemos citar o uso de produtos químicos obsoletos e que geram processos e resíduos perigosos, já proibidos em muitos países, e que por interesse da indústria, permanecem em uso em países menos industrializados, que aceitam essa condição pela necessidade econômica, impondo à sua população o aceite, caracterizando mais um exemplo do exercício da biopolítica – ou será da necropolítica⁸? Um dos grandes agravantes neste sentido, é que o uso destas substâncias muitas vezes não é reconhecido como um risco visto sua cronicidade, ou seja, como a exposição nem sempre está relacionada com o desenvolvimento imediato da doença, ocorre um baixo número de registro de ocorrências, o que pode fazer com que a substância permaneça em uso por longos períodos (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022). Um exemplo desse tipo de evento ocorreu com o uso de benzeno no Brasil, que mesmo que houvesse elementos demonstrando o risco, não foram encontrados registros, sendo que até hoje não há mecanismos públicos de verificação de teores de benzeno em solventes vendidos aos consumidores gerais (COSTA; GOLDBAUM, 2017). Outro produto que apresenta grande risco e segue em uso em países em desenvolvimento é o asbesto, que permanece sobrevivendo em países vulneráveis, visto a suas necessidades econômicas (BRASIL, 2021).

Se mantivéssemos grau de critério, o considerado correto seria adotar princípios de precaução, ou seja, na dúvida, não deveriam ser liberados elementos que não tivessem estudos comprovando ausência de biorriscos (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022; BRASIL, 2021). Para perpassar o interesse biopolítico do mercado global, deveriam ser asseguradas

⁸ Necropolítica: “Uso do poder político e social, especialmente por parte do Estado, de forma a determinar, por meio de ações ou omissões (gerando condições de risco para alguns grupos ou setores da sociedade, em contextos de desigualdade, em zonas de exclusão e violência, em condições de vida precárias, por exemplo), quem pode permanecer vivo ou deve morrer. [Termo cunhado pelo filósofo, teórico político e historiador camaronês Achille Mbembe, em 2003, em ensaio homônimo e, posteriormente, livro.]” (Academia Brasileira de Letras, [s.d.]).

ações de saúde pública que fossem organizadas em parceria com a sociedade, de forma a construir pilares concretos conforme o interesse genuíno da população, sem atravessar vieses de interesse político ou econômico (BRASIL, 2020).

A característica comum da política exitosa é a ação combinada liderada pelos governos (e, por meio deles, organismos multinacionais e regionais), com o apoio da sociedade civil e de organizações profissionais, todos trabalhando pelo interesse público. É importante trabalhar pela coerência das políticas – para que essas funcionem conjuntamente para alcançar os objetivos acordados, em vez de enfraquecer umas às outras. Estruturas de governança que apoiam o envolvimento de múltiplos setores e partes interessadas podem ajudar a melhorar as políticas (BRASIL, 2020, p. 84).

Apesar da escrita acima ser pungente, o que vemos, no entanto, é que da forma pela qual temos a ação do mercado sobre os governos e do deslocamento do biopoder para os oligopólios e conglomerados, dificilmente teremos políticas que atinjam exclusivamente interesses públicos, sem contrapartida econômica para os que estão por trás do processo neoliberal mundial. Obviamente que no mesmo texto, o INCA (2020) apresenta a necessidade de um monitoramento e avaliação das políticas de forma contínua, atrelada à indicadores, a fim de reforçar e aprimorar as regulamentações. Como eles mesmos citam: “A implementação de políticas no ‘mundo real’ pode ter impactos não intencionais positivos, negativos ou neutros” (BRASIL, 2020, p. 85, BURLANDY *et al.*, 2016). Falando em ações reais, percebemos que em vários países há uma queda expressiva na mortalidade do câncer, atribuída a prevenção, para tanto vale destacar que de nada adianta promover ações que não atinjam de forma equânime toda a população (SILVA *et al.*, 2017).

Devemos entender que por muito tempo o conhecimento médico tem sido utilizado como forma de controle da vida, ou seja, do biopoder sobre a vida e aos interesses econômicos de quem a governa – tanto o Estado, quanto o interesse econômico (SIBILIA; JORGE, 2016). Pensando em todo o impacto do biopoder e da biopolítica em nossas vidas e em nossas decisões, precisamos tentar trazer para a realidade que conhecer os riscos são ferramentas importantes para as intervenções, contudo, será que apenas esse repasse de informações será suficiente? Quais serão os determinantes que não permitem que estas ações sejam passadas para a prática? Será que a forma prescritiva utilizada hoje pelos profissionais da saúde, no geral, também caracteriza um exercício do biopoder, medicalizando a saúde como vimos anteriormente, e com isso afastando a população de si, ao invés de aproximar? (BRASIL, 2020). Vale trazer antes de finalizar esta parte, mediante tantas questões, o termo biopotência, que é uma forma de resistência ao biopoder, podendo ser compreendida como

um meio de “atrever-se a desejar de outro modo”, ou seja, mover os nossos corpos no nosso ritmo (COELHO, 2007, p. 67).

3.3 PROMOÇÃO DE SAÚDE

Ao olharmos a promoção da saúde pelo olhar de Foucault (2005), conseguimos entender que essa regulação da vida sempre passa pelo interesse biopolítico de controle, disciplina e padronização da sociedade como um todo, sendo assim um interesse político com desvio à direita e à esquerda (FOUCAULT, 2008). Promover a saúde significa ter a gestão do bem-estar físico da população, garantindo a saúde e a longevidade, não apenas como controle do Estado em termos populacionais, mas a promoção da saúde é um meio de responsabilização do indivíduo na administração da sua própria saúde, como comentado anteriormente, eximindo o Estado de alguns de seus deveres (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018; FURTADO; SZAPIRO, 2012). Ainda conforme os autores, podemos perceber o paradoxo da promoção da saúde:

[...] por um lado, a um conjunto de valores relacionados à vida, saúde, equidade, participação, democracia, cidadania, desenvolvimento, e por outro lado, a uma combinação de estratégias políticas: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema) e ações intersetoriais (FURTADO; SZAPIRO, 2012, p. 815).

A promoção de saúde seria um meio essencial de incentivar a equidade e cidadania, garantindo o direito à saúde a todos, entretanto, como percebemos, os interesses econômicos para apropriação de recursos que seriam destinados a essas ações atravessa todo o processo político, e muitas vezes o que era para ser uma ação de auxílio acaba sendo justificada e não realizada (BURLANDY *et al.*, 2016).

O conceito de prevenção surge após a II Guerra Mundial, apoiada na busca da longevidade e apoiada nos cuidados pessoais a fim de evitar o adoecimento, em especial por ser um processo mais barato do que o tratamento das doenças em si (LUIZ; COHN, 2006).

Os fatores de risco tanto os associados aos hábitos de vida, quanto com a exposição ocupacional e ambiental são as maiores causas de morte por câncer no mundo (BRASIL, 2021). Sabe-se, entretanto, que o diagnóstico precoce, através da tentativa de descobrir o mais cedo possível a doença, pode ser um ponto fundamental de promoção da saúde, ainda mais sabendo que atualmente cerca de 50% dos pacientes com diagnóstico inicial de câncer obtêm cura quando este está em estágio inicial *versus* 10% dos casos quando em estágios avançados

(BRASIL, 2021; BRASIL, 2004). Além disso, aproximadamente 27% de todos os cânceres e 34% das mortes pela doença poderiam ser evitadas mediante a promoção de um estilo de vida saudável (SBOC; 2022). Observando sob esse ponto de vista, reforça-se o fator positivo das ações de promoção da saúde, quando bem articuladas e sem vínculos com interesses políticos, causando impacto direto na população. Devemos ser críticos, entretanto à medicalização do diagnóstico, que por vezes desencoraja a verdadeira prevenção, mas acaba tornando o indivíduo um eterno paciente (ILLICH, 1975).

Os governos têm uma responsabilidade de proteger a saúde de seus cidadãos e criar ambientes propícios a ela. Assim, a eficácia de esforços para mudança de dieta e mesmo da prática de atividade física passa tanto pelo interesse do indivíduo, quanto pelas ações realizadas pelo governo, seja em desenvolvimento de políticas e ações de promoção à saúde, seja em nível local com melhoria do ambiente e do acesso aos alimentos, por exemplo. (BRASIL, 2020; BURLANDY *et. al.*, 2016).

Outra questão relevante é o desenvolvimento sustentável. Alimentar o mundo de forma sustentável, sendo que uma alimentação baseada em plantas é fundamental para a proteção ao câncer, e em contrapartida, pensando no aumento da população mundial, encontrar uma forma sustentável de alimentar o mundo é um caso crítico, que deve estar no foco das políticas públicas, visando equidade às populações vulneráveis (BRASIL, 2020). Mesmo com o apelo da indústria, que utiliza dos conceitos de saúde para promover os seus alimentos e suplementos, sabe-se que os problemas de saúde pública relacionados com alimentação e atividade física aumentam a cada dia, gerando grande impacto nos cofres públicos, o que incentiva a busca por políticas de promoção (DRAIBE, 1993). É perceptível o interesse da indústria e seu apelo em marketing direcionado, como mostrado no trabalho de Balem *et al.* (2017) em que um dos participantes relata que sempre escutam propagandas sobre refrigerantes, salgadinhos e bolachinhas, em contrapartida relatou que nunca ouviu sobre a importância de comer mais frutas, reforçando a necessidade de ações em políticas públicas que estejam atentas para conflitos de interesse e regulamentação destes produtos.

Merece atenção o discurso sobre estilo de vida, em relação à direção para o qual ele tem se voltado, não para a saúde como um todo, mas para longevidade, beleza e boa forma, condicionando os corpos a regras rígidas, exercendo novamente um poder de controle, tornando como regra um único biotipo e condenando outras formas. Apesar de vermos costumeiramente este discurso em redes sociais e em propagandas de indústrias, temos que atentar para que este modelo não adentre aos locais de assistência primária, que deveriam se manter inertes a estas distorções da realidade (COELHO, 2007).

Além da alimentação, outra ação importante no Brasil, é o controle de doenças infecciosas que permanecem sendo um potencial risco de adoecimento da população, em especial da parcela vulnerável. Como já trouxemos ao texto, a principal causa de câncer de colo do útero é a infecção por HPV. Neste âmbito, percebe-se que as ações para serem concretas, não podem estar restritas à área da saúde, sendo importante, por exemplo, uma ação intersetorial para garantir sua efetividade (BRASIL, 2021).

Simple ação de promoção contra o câncer de pele está em evitar a exposição solar nos períodos de maior intensidade, além disto, utilizar roupas, chapéus e óculos para bloquear as radiações. Interessante perceber como é simples evitar o câncer de pele, mas queremos expor o seguinte trecho: “até o momento, não existe suficiente evidência de que os protetores solares usados isoladamente ofereçam proteção contra as radiações solares” (BRASIL, 2021, p. 181). Obviamente os protetores solares são utilizados como adjuvantes na prevenção, mas vale destacar a medicalização neste contexto e como o discurso do uso do protetor solar já está disseminado como fator principal de proteção entre a população e mesmo entre as orientações da classe médica.

Conforme o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, cabe ao poder público adotar políticas e ações que garantam a segurança alimentar da população (BRASIL, 2006). Assim, insegurança alimentar, pode ser detectada em diversas situações:

[...] fome, obesidade, doenças associadas à má alimentação, o consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde, estrutura de produção de alimentos predatória em relação ao ambiente natural ou às relações econômicas e sociais; alimentos e bens essenciais com preços abusivos e a imposição de padrões alimentares que não respeitam a diversidade cultural (BRASIL, 2021, p. 245).

Se considerarmos o dito acima, cabe ao governo, realizar um conjunto de ações que promovam à saúde alimentar, como limitar a disponibilidade de fast-foods e outros alimentos processados e ultraprocessados, promover um ambiente sustentável, com diminuição do impacto do uso dos agrotóxicos tanto nos alimentos quanto no ambiente, limitar o consumo de bebidas açucaradas, limitar ou restringir o marketing para tais produtos, dar acesso a todos a água potável; restringir o uso de bebida alcoólica regulamentando inclusive sua propaganda (BRASIL, 2020).

Todas as recomendações acima têm como objetivo auxiliar a reduzir a incidência do câncer e de outras DCTN. Porém, é fundamental para que seja feito um movimento ao encontro destas orientações, que exista uma articulação das políticas públicas com a participação da sociedade, para que elas se deparem com ambientes propícios para a sua

implementação (BRASIL, 2020). Outra consideração que deve ser feita, é que todas essas ações não fiquem restritas aos profissionais de saúde, mas possam ser repassadas para a população, de forma equânime, atingindo inclusive as comunidades mais pobres (BATRA; KONG; CHEUNG; 2021).

Além da promoção da saúde, percebe-se que todas as políticas com esse fim acabam por ter de pano de fundo a criação de um ambiente ecologicamente sustentável.

Como apresentado pelo INCA (BRASIL, 2020), a elevada prevalência dos fatores de risco, promove indagações sobre a efetividade destas políticas públicas, reforçando mais uma vez a necessidade em ser ampliado o diálogo com a comunidade, para que as orientações consigam atingir o centro de suas necessidades, com uma linguagem acessível e que não seja realizado de forma prescritiva, e não caia nos conceitos positivos da saúde, mas por meios de uma educação inclusiva, que atraia à cultura daquela população e trabalhe assim com sua realidade e da mesma forma ofereçam provisão de serviços de programas de saúde que permitam o acesso aos tratamentos necessários. Quanto mais flexível forem às orientações dentro das rotinas da população, e a comunicação simples e acessível, mais fácil a adesão. Outro fator fundamental é o profissional de saúde ter empatia, ou seja, não julgar o outro ou tentar impor restrições, mas sim manter uma comunicação dialógica, reconhecendo os conhecimentos do outro ser e tentando inserir as recomendações dentro de seu contexto (FRAZÃO, MINAKAWA, 2018).

Não podemos nos esquecer de tudo o que avaliamos anteriormente e a estratégia biopolítica do mercado, com interesse de domar os corpos para o consumo de seus produtos. Com isso gerou-se tanta expectativa aos atendimentos médicos, que todas as consultas parecem necessitar de prescrição de algum medicamento ou “pílula” para atenuar a sua dor (ILLICH, 1975). Devemos então entender que a promoção de saúde deve ser realizada baseada no interesse coletivo, cuidando para os diversos conflitos que possam existir com o capital privado, muitas vezes, promotor de ações de saúde e que podem interferir no desenho e implementação das ações. Assim torna-se importante manter um olhar crítico entre a relação do capitalismo com a saúde (BURLANDY *et al.*, 2016). O estudo de Vasconcellos-Silva, Castiel e Ferreira (2016) mostrou que na internet as pesquisas sobre doenças são mais sobre tratamento do que prevenção, demonstrando que ainda há uma necessidade de fomentar interesse acerca do assunto para a população, podendo ser pensado em duas barreiras, na primeira em que os eventos de saúde tenham uma linguagem muito técnica e, portanto, sejam mal compreendidas pela população em geral, e segundo que as campanhas realizadas não

tenham um planejamento eficaz para atingir as pessoas, em especial considerando os aspectos de cultura e identidade.

Vivemos na sociedade do risco, por isso estar atento ao interesse da mídia no processo de ressignificação da noção de risco, é fundamental, visto que esta noção traz ao indivíduo outras formas de controle e monitoramento ao seu estilo de vida (LUIZ; COHN, 2006). O aprimoramento das ações de promoção é uma forma eficaz de diminuir o adoecimento da população, no entanto, deve-se manter um diálogo permanente com as comunidades, inserindo os conhecimentos científicos (como o conhecimento da evolução do câncer) aos contextos sociais e culturais, respeitando as identidades, lembrando que o interesse fundamental é a promoção da mudança de comportamentos para melhoria da saúde, e não piora da ansiedade, medo e culpa e assim da relação do indivíduo consigo (BRASIL, 2020; SILVA *et. al.*, 2017).

3.4 DESCOLONIZAÇÃO DA SAÚDE

Trazemos este assunto para o nosso texto, entendendo que o Brasil necessita sim, ampliar a sua visão sobre si mesmo, sendo crítico no sentido de que em nossa cultura, permanecemos em muitos aspectos eurocentrados ou ocidentalizados. Ao entender que ainda somos colonizados, percebemos que no contexto da saúde não é diferente, observando que adotamos diversos hábitos que culturalmente não são nossos, muitos dos quais, estão entre os principais fatores de risco para o câncer e as outras DCNT (como o consumo de ultraprocessados – as bebidas açucaradas e os fast-foods, por exemplo). Conforme Illich (1975, p. 104) fala: “Ao colonizar uma cultura tradicional, a civilização moderna transforma a experiência da dor. Retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico.”

Como Lugones (2008 *apud*, CARMO; GORJON, 2019) menciona, o projeto de colonização e dominação determina o sujeito como o branco, europeu e heterossexual, já aquele que foi colonizado é o “outro”, sem identidade e sem valor. A colonialidade tanto do saber, do poder e do ser está presente em todos os nossos sentidos culturais, inclusive o alimentar e reforça para tanto o processo de conquista europeu sobre os povos da América Latina, no contexto da alimentação, suplanta alimentos da cultura da terra colonizada e reproduz gostos e práticas em detrimento dos produtos aqui utilizados (ACHINTE, 2010).

As ações colonizadoras são conduzidas na busca de apagar práticas culturais nativas em que se justifica a ideia de superioridade frente à inferioridade das comunidades afrodescendentes e indígenas/originárias. O projeto colonial que se configurou pela noção de modernidade no qual o homem moderno, o colono ou o colonizado, são subjetivados a partir dessas estruturas, se dá num processo de naturalização desses modos dominantes (CARMO; GORJON, 2019, p. 39).

O processo de hibridismo cultural é presente e nem sempre caracterizado por modelos negativos, no próprio contexto alimentar brasileiro temos diversos pratos considerados típicos que são uma mistura de diversas culturas, como a cozinha baiana, que mistura a alimentação portuguesa, africana com os temperos indígenas (CANESQUI; GARCIA, 2005; HALL, 2003). Assim, Hall (2003, p. 115) destaca que mesmo neste processo de dominação, exploração e hegemonia imperial da modernidade capitalista europeia, há uma troca, como ele comenta um “tráfico cultural de mão dupla”, uma “transculturização que caracterizam a ‘relação colonial’ desde os seus primórdios”. Nessa ótica, uma das características da colonização perene é a:

[...] destruição de economias tradicionais e introdução da economia monetária; introdução massiva de métodos e produtos novos para exportação, com consequências desastrosas para os cultivos alimentares autóctones; importação de alimentos mais caros, mais refinados e menos completos, mas de grande prestígio social; incorporação desses novos produtos à vida urbana dos centros de bem-estar e poder, os quais correspondem exatamente ao destino dos imigrantes expulsos de suas terras de cultivo (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 101).

Conforme conceituação de Quijano (1989 *apud*. BARBOSA; D’ÁVILA, 2017) a “colonialidade” caracteriza-se por um padrão de poder que tende a naturalizar hierarquias territoriais, raciais, culturais e epistêmicas, possibilitando a reprodução de relações de dominação. A Europa permanece contando com o mundo como seu próprio mercado (FOUCAULT, 2008). Pensando nesta apreciação e nas características coloniais marcadas no povo brasileiro, cabe tentar achar um meio de descolonizar nossas atitudes, buscando a quebra dos pensamentos enraizados.

Nessa perspectiva, Carmo e Gorjon (2019) reforçam que, para conseguir escapar desse projeto eurocentrado, precisamos nos deslocar do ser, saber e poder o qual estamos inseridos. A extensão da globalização homogeneizou padrões e culturas, muitas vezes de forma violenta, e mesmo com a fusão de culturas serviu para “domar a cultura colonizada” (ACHINTES, 2010). Conforme Bhabha (1998, p. 26): “A pós-colonialidade, por sua vez, e um salutar lembrete das relações "neocoloniais" remanescentes no interior da "nova" ordem mundial”. Assim, o ato de descolonizar é um movimento de mudança dos nossos saberes, prestando atenção em cada processo, combinações e interações.

Pensando em alguns fatores que demonstram o como a globalização tem mantido o nosso país (e não apenas o nosso, mas todas as colônias) colonizado, podemos destacar a agricultura. O nosso modelo agrícola atual, que prioriza monoculturas em detrimento aos cultivos de subsistência é uma característica colonial, visto sermos um dos maiores produtores mundiais, que permanece com uma parcela da população em situação de insegurança alimentar, já que nossa produção, hoje *commodities*, acaba servindo como matéria-prima para países dominantes. Em contrapartida, vemos um aumento expressivo em produtos ultraprocessados, que garantem o consumo de calorias, entretanto, sem nutrientes suficientes, uma das causas que trouxemos de risco para as DCTN (BRASIL, 2021).

Ao pensarmos na agroecologia, no entanto, percebemos uma produção fundamentada em uma base epistemológica distinta da tradicional ciência ocidental, visto utilizar como seu cerne os sistemas agrícolas tradicionais para após desenvolver estratégias para modernizar seu processo (BRASIL, 2021).

Ao contrário de ser uma ameaça, a agroecologia dá base aos sistemas agrícolas mais sustentáveis, sob todos os aspectos. Um de seus impactos mais importantes diz respeito à contribuição para o aumento da agrobiodiversidade e o funcionamento dos agroecossistemas. A agroecologia também se propõe a resgatar a dignidade humana dos agricultores, povos e comunidades tradicionais que ao longo da história domesticaram plantas e animais e mantiveram grande parte da diversidade genética utilizada pela humanidade (BRASIL, 2021, p. 270).

Percebe-se, então, no âmbito da agricultura, que o interesse do colonizador, permanece sendo explorar a terra para produção de insumos para seu lucro, sem garantir a subsistência do povo que para ele trabalha, direta ou indiretamente. Enquanto o neoliberalismo promove o capital como o bem maior, permanecemos enredados nesta forma de produção, que além de não garantir a alimentação da população é ecologicamente insustentável. Já a agroecologia, é uma forma de descolonizar a agricultura, tendo em vista ser uma ciência integradora, reconhecendo e utilizando o conhecimento do agricultor, dos povos indígenas e dos demais atores sociais, adicionando o conhecimento científico para novas técnicas que sejam sustentáveis (BRITO; GOMIDE; CÂMARA, 2009).

Outro ponto, que podemos apontar é a medicalização da saúde. Visto que hoje, a saúde acaba sendo um bem comercial explorado pelas diversas indústrias (alimentícias, farmacêuticas, estéticas, biomédicas) e com isso comercializa-se a saúde, responsabiliza-se o indivíduo ao não conseguir mantê-la dentro de um padrão esperado e assim, o detém preso às suas recomendações e produtos (BRASIL, 2020; VIANA, 2010).

Já um ato para descolonizar a saúde, seria trazer ao indivíduo o conhecimento acerca da promoção à saúde de forma que agregue a sua identidade e suas culturas, incluindo assim a sua realidade nas orientações, e entendendo que ao Estado cabe oportunizar meios para que o indivíduo tenha acesso à alimentação e a um ambiente saudável e propício para sua saúde. Estimular o indivíduo à autonomia, fornecendo a ele oportunidades e soluções alternativas é um meio inclusivo de promover à saúde, retirando-a das mãos do mercado e ressignificando os padrões estabelecidos (BRASIL, 2020; HALL, 1997).

Existem diversos desafios para quebrar o padrão imposto pelo mundo globalizado, iniciando pela própria visão do profissional de saúde detentor de saber, como pela necessidade de construir recomendações que atendam as realidades e contextos locais. Para tanto, são necessárias cada vez mais ações interdisciplinares capazes de valorizar o conhecimento da comunidade, além do estímulo ao senso crítico e discernimento das pessoas (BRASIL, 2020). Nesse ínterim,

Quem sabe assim a saúde possa ser recusada como mais um bem de consumo, da ordem de um luxo, de um excedente, defendida então, nestes tempos de biopoder, como um capital não negociável, não passível de mercantilização, mas um bem público inalienável, um grito de resistência e de poder instituinte que, longe de se deixar formatar, longe de se deixar seduzir, recuse por completo esta instauração de um capital (neo) liberal e se institua como liberdade de si, no sentido foucaultiano (MAIA; OSÓRIO, 2004, p. 77).

O sujeito não existe fora dos processos sociais, e são estes que o produzem enquanto ser livre e autônomo, para tanto, torna-se imprescindível oportunizar o indivíduo a entender sua relação com a saúde, inserido em seus contextos sociais. Lembremo-nos de que todo o conhecimento científico é passageiro e muitas vezes sua base probabilística também é falha e falsificável, digo isso, no sentido de compreender que a produção científica por si só é datada, assim, não podemos expor ao indivíduo regras imutáveis, em especial, se estas são conflitivas com a sua cultura e entendimento (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

Torna-se necessário fomentar discussões acerca dos modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com a promoção da saúde e que possam aumentar o risco da população, em especial dos vulneráveis. Nesse sentido, merece especial atenção os parceiros do Estado e seus interesses por trás de todas as políticas e ações que envolvam a saúde, visto, a incompatibilidade de seus valores e práticas com as medidas esperadas de promoção à saúde (BURLANDY *et al.*, 2016).

Trabalhar exclusivamente nesta sociedade de risco acarreta uma distorção do processo saúde/doença, caindo toda a ênfase em um cuidado exclusivamente do indivíduo

sobre si e esquecendo-se da concepção do direito à saúde e as dimensões políticas e econômicas por trás deste discurso. Reforçamos que dentro do contexto que trouxemos até o momento, além dos fatores modificáveis, são imprescindíveis questões estruturais e mesmo de biopoder que são exercidas sobre a população (LUIZ; COHN, 2006).

Conforme Carmo e Gorjon (2019) a colonização marca fortemente um único modelo a ser seguido, e iniciar reconhecendo o outro de forma ética e mesmo outros saberes e práticas como iguais, já são um projeto de descolonização. Podemos assim entender que compreender outras maneiras de viver e aceitar novos hábitos que não sejam iguais aos nossos são formas de quebrar o paradigma da colonialidade. Descolonizar seria então, resistir à homogeneização cultural e da saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Devido à extensão de dados acerca da situação e hábitos de vida da população alvo, pacientes em tratamento oncológico, entendeu-se a importância de triangular métodos e técnicas de pesquisa, que em primeira análise são opostas, mas conforme Günther (2006) a quantificação de dados com “propósito” pode ser importante aliado a uma análise qualitativa e social que consegue aumentar a reflexão acerca do problema. Assim, a pesquisa caracteriza-se como um método misto, composta pelo alinhamento de um estudo de campo, visto que a pesquisadora esteve em contato com os entrevistados/as nas salas de atendimentos da quimioterapia, e realizou a coleta de dados em prontuários eletrônicos no próprio serviço. A análise caracteriza-se como descritiva, pois inicialmente foram utilizados dados quantitativos para descrever e agrupar a população, aliando essa análise com os resultados derivados das entrevistas, que permitiram a formulação de uma nova visão do problema através da associação das variáveis (PARANHOS *et al.*, 2016).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (FHSTE), no Rio Grande do Sul (RS), por conveniência, por ser o local de atuação laboral, enquanto nutricionista, da pesquisadora.

A UNACON da FHSTE, inserida no município de Erechim, localizada no norte do estado do RS, pertence a 11ª Regional de Saúde, e é referência da macrorregião norte do estado, atendendo também municípios da 15ª e da 02ª Regional de Saúde.

A 11ª Regional da Saúde atende 33 municípios da Região Norte do Estado: Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebango, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Nonoai, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, Rio dos Índios, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios e Viadutos, com uma população estimada pelo Censo do IBGE de 2010 em 230.814 (RIO GRANDE DO SUL, 2022), conforme consta na imagem abaixo:

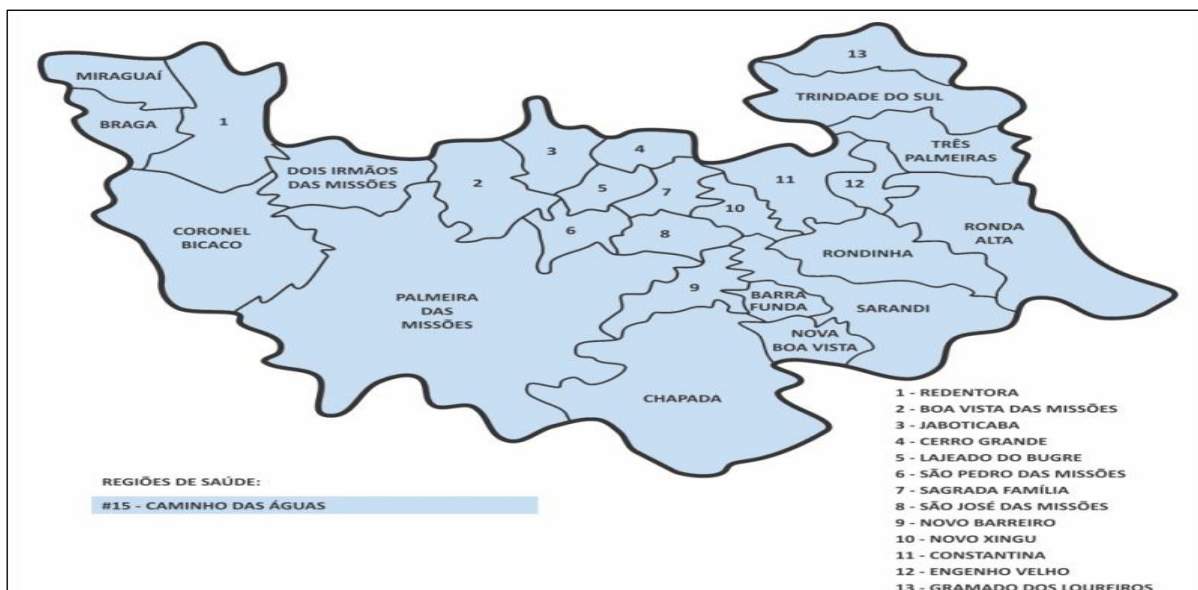
Figura 5: Mapa da 11ª Coordenadoria Regional da Saúde



FONTE: Rio Grande do Sul (2022).

A 15ª Regional de Saúde compreende uma área de 26 municípios: Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguai, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingu, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras e Trindade do Sul, com uma população estimada pelo sendo do IBGE de 2010 em 161.508 habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2022), conforme imagem abaixo:

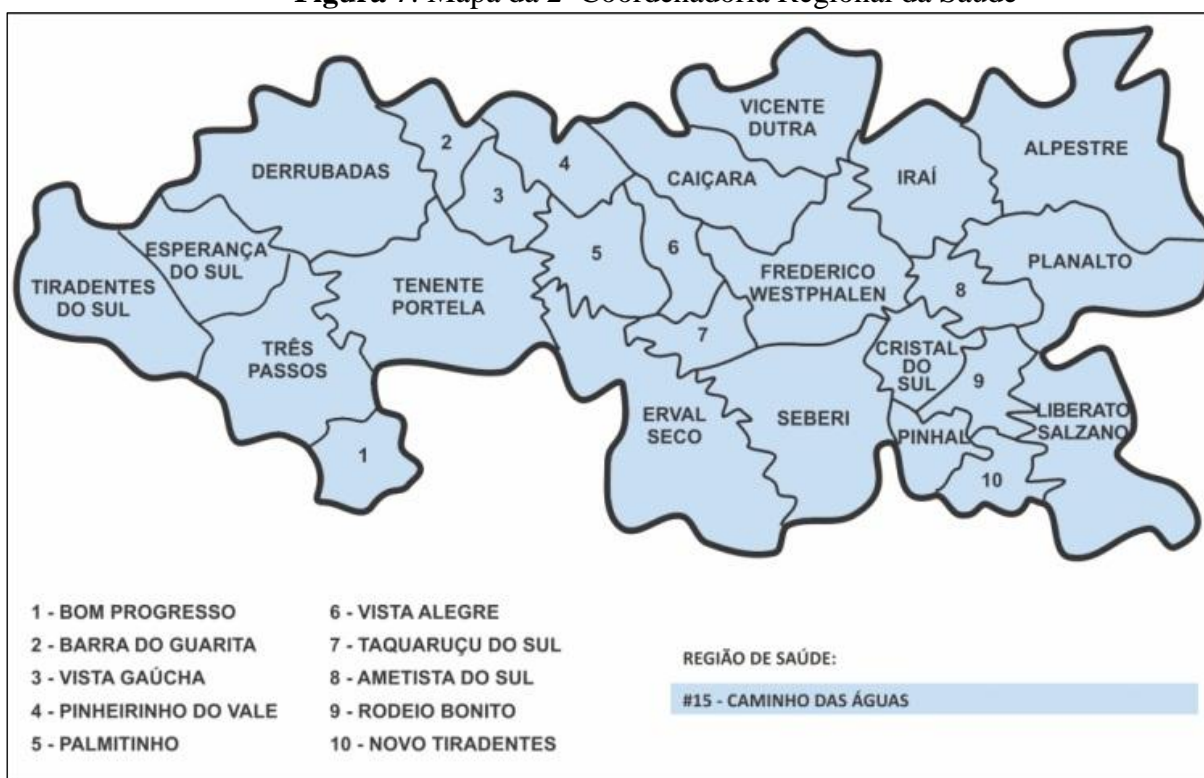
Figura 6: Mapa da 15ª Coordenadoria Regional da Saúde



FONTE: Rio Grande do Sul (2022).

A 19ª CRS, atualmente denominada 2ª CRS, compreende 26 municípios do estado: Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu Do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre e Vista Gaúcha, com uma população estimada pelo Censo do IBGE de 2010 em 187.063 habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2022), conforme imagem abaixo:

Figura 7: Mapa da 2ª Coordenadoria Regional da Saúde



FONTE: Rio Grande do Sul (2022).

A região de abrangência da UNACON da FHSTE compreende um total de 85 municípios com uma população estimada de 579.385 habitantes. Conforme o Registro Hospitalar do Câncer (INCA), em 2020 a FHSTE atendia um total de 891 pacientes, o que representa menos de 01% da população assistida. Durante nosso estudo, conseguimos acessar os dados de todos os pacientes que realizaram algum tipo de atendimento pelo setor de quimioterapia no mês de maio de 2022, totalizando 377 pessoas. Ao longo do mês de maio, tivemos 50 pacientes iniciando o tratamento, sendo que 16 participaram das entrevistas, representando 32% da amostra.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada ao longo do mês de maio e junho de 2022, sendo que a etapa dos dados quantitativos e mesmo as entrevistas da etapa qualitativa aconteceram concomitantemente. Primeiramente foi solicitado para a Coordenadora do Setor de Oncologia da FHSTE a autorização para executar a pesquisa, após houve o encaminhamento para formular a organização de como ocorreriam os procedimentos.

Para a coleta dos dados quantitativos a pesquisadora entrou em contato com a escriturária responsável pela agenda da quimioterapia, que diariamente imprimia uma cópia do arquivo para termos acesso ao nome dos pacientes em tratamento.

Os dados foram coletados diretamente em computador na Instituição através do Prontuário Eletrônico, via sistema *Tasy*⁹. Foram acessadas as informações de todos os pacientes incluídos na agenda do dia 02 ao dia 31 de maio, visto que o Serviço funciona de segunda a sexta-feira. Usou-se como base o número do prontuário e o nome completo do paciente. Após, foram compilados os dados acerca do perfil sociocultural em tabela no *Microsoft Excel*[®].

As informações coletadas respeitaram a sequência de dados cadastrais do sistema, enquanto os dados específicos sobre a doença e fatores de risco foram obtidos através da leitura de evoluções médicas e escalas de nutrição. Assim, foram sequencialmente registrados os seguintes dados: data de nascimento, sexo, estado civil, cor/ raça, cidade natal, cidade atual, área urbana / rural, escolaridade, diagnóstico, data de diagnóstico, data de início do tratamento, peso, altura, tabagismo, uso de bebida alcoólica, comorbidades e história familiar do câncer.

Foram coletadas informações apenas dos pacientes realizando algum tipo de tratamento no setor de quimioterapia, não constando pacientes que já finalizaram o tratamento, que estão em fase de diagnóstico ou que apenas estão em tratamento radioterápico ou cirúrgico. Foram excluídos pacientes que apresentaram óbito antes do dia do atendimento. Como para uma grande parte dos pacientes havia dados incompletos, entendeu-se que seria vantajoso ao trabalho incluir a variável “sem informação” ao invés de excluir todos os demais dados, visto a riqueza ali contida, como havia sido previsto anteriormente.

Para comparação de dados, também foram utilizadas as tabelas do Registro Hospitalar do Câncer (RHC), sendo utilizadas às informações mais recentes referentes à UNACON da

⁹ Tasy[®] = Sistema de gestão em saúde da empresa Philips utilizado pela FHSTE.

FHSTE, que são de 2020. Todos esses dados estão disponíveis online, com acesso livre para a população (INCA, 2022).

Para a segunda fase do trabalho, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas composta de questões norteadoras (Apêndice C), com pacientes realizando seu primeiro ciclo de quimioterapia. Para garantia da qualidade dos questionamentos, foi mantido como padrão o checklist do protocolo Coreq - *Consolidate Criteria for reporting qualitative research* (Anexo 2), protocolo validado no Brasil por Souza *et al.* (2021).

Para viabilizar as entrevistas, as enfermeiras do Setor de Quimioterapia, diariamente, na primeira hora da manhã, colocavam na agenda de atendimento das nutricionistas os pacientes que estavam iniciando o tratamento. A entrevistadora ia ao setor de quimioterapia e aleatoriamente chamava os pacientes participantes do estudo para conversarem. Como o local tem um trânsito de muitos pacientes, as entrevistas eram realizadas nos consultórios ou nos quartos da quimioterapia para que não houvesse interferência no áudio. A entrevistadora dialogava com os pacientes antes de sua entrada para o atendimento na quimioterapia, explicava os objetivos da pesquisa, e no aceite do paciente, lia o termo de consentimento e fornecia para o paciente uma cópia. Após a entrevista era realizada, sendo gravada. Ao finalizar a entrevista, a pesquisadora prosseguia com as orientações nutricionais para o período do tratamento e encaminhava o paciente para o atendimento da enfermagem.

Foram realizadas 16 entrevistas, embora a pesquisadora tenha entrado em contato com quase todos os pacientes novos. Em alguns momentos não foi possível realizar entrevista por dificuldade auditiva do paciente ou por dificuldade de compreensão, por não apresentarem condições físicas (dores ou outros problemas que necessitavam atendimento médico imediato), por estar reiniciando tratamento quimioterápico, ou mesmo pelo paciente já estar na sala de quimioterapia junto com demais pacientes o que dificultaria o áudio. Nenhum paciente se recusou ou desistiu de participar da pesquisa. Alguns pacientes não foram abordados por não terem comparecido no setor no dia do tratamento. Independentemente de ter participado da entrevista, todos receberam as orientações nutricionais para o período de tratamento.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram compilados e tabulados em planilha no software *Microsoft Excel*®. Na mesma planilha foram realizadas compilações de dados, tabulando

comparativos a fim de descrever o perfil sociocultural da amostra. Provas de análise estatística foram realizadas com auxílio do software *Jamovi*® versão 2.2.5.

Para critérios de comparação e discussão, dados quantitativos também foram compilados através do site do RHC, em que foram tabulados dados relacionados ao desta pesquisa, obtidos pela mesma unidade de saúde no ano de 2020.

Para os dados qualitativos, inicialmente foram transcritas todas as entrevistas de forma literal (GHÜNTHER, 2006). Após foram categorizadas conforme as perguntas e mesmo conforme tópicos que surgiram espontaneamente atrelados à discussão do estudo. Para a apresentação no estudo e garantia de sigilo dos participantes, as falas serão vinculadas apenas com as iniciais dos indivíduos.

Conforme Correa Júnior (2021), as narrativas da Sociologia da Saúde são construídas pela ordenação sequencial de eventos socioculturais e posteriormente a análise dos dados, sempre respeitando a individualidade do momento, tentando evitar o etnocentrismo e incentivando a ordenação de cenários e sentimentos que permeiam a experiência.

Assim, o que propomos é interpretar os fatos sociais, como a totalidade das maneiras de pensar, agir e sentir, estas segundo a identidade do paciente, entretanto com uma construção externa, baseada em hábitos culturais e coletivos.

4.5. CRITÉRIOS ÉTICOS

Para execução do projeto, a pesquisadora previamente contatou a Direção da FHSTE para autorização. Para formalização, foi encaminhado ao diretor em exercício o projeto para sua leitura, bem como Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo assinado pela pesquisadora e seu orientador (Apêndice A). Após o aceite, houve a assinatura por parte do Diretor Executivo da FHSTE Termo de autorização e compromisso para uso de dados em arquivo (Anexo 1).

O projeto foi então submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP/UFSB através da Plataforma Brasil, sob número CAAE: 55605322.8.0000.5564, com aprovação do CEP conforme número do parecer 5.361.759.

Para execução do projeto, todos os indivíduos que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), em que há explicação dos objetivos e dos princípios éticos e morais, garantindo o respeito aos direitos do participante na pesquisa (Apêndice B). Todos os participantes ganharam cópia do TCLE.

Os dados obtidos serão armazenados pela pesquisadora em forma digital, através disco rígido externo, com backup em CDR. O armazenamento será realizado pela pesquisadora, que manterá todos os dados pelo período de 05 anos, fazendo após a eliminação dos mesmos através de limpeza do disco rígido e quebra do CDR.

4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa em questão possui risco mínimo, podendo ser considerado como risco a possibilidade de constrangimento por parte dos entrevistados durante o fornecimento de informações pessoais. Desta forma, tendo como finalidade diminuir esse risco, não serão vinculados os nomes e todos os dados pessoais ficarão em sigilo, garantindo a privacidade. Foi explicado aos participantes que caso se sentissem constrangidos, poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a eles ou ao tratamento, bem como poderiam se negar a responder qualquer pergunta. Até o momento, nenhum paciente entrou em contato com qualquer solicitação referente ao previsto. Caso ocorrer, a situação será repassada para a instituição, para que possam manter o acompanhamento do paciente.

Como benefício imediato à participação, todos os pacientes receberam orientações nutricionais, pela entrevistadora, que é nutricionista de formação. As orientações foram específicas para o período de tratamento, sendo realizadas adaptações conforme as necessidades dos pacientes, que foram levantadas tanto na entrevista quanto em momento de conversa posterior a esta.

Todos os dados obtidos na pesquisa serão devolvidos aos participantes que possuem interesse, no próprio serviço de quimioterapia. Para a Instituição, haverá devolutiva da pesquisa através de entrega da Dissertação e apresentação da mesma para a equipe de saúde. Pretende-se também formular, futuramente, artigos e mesmo participar em eventos.

4.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do estudo, sabemos que pelo curto espaço de tempo, e por ser realizado apenas por uma pesquisadora, houve restrição do número de dados, em especial no que concerne às entrevistas. Ainda pelo agrupamento de dados pode haver limitações, visto que se a população fosse dividida por faixa etária, poderíamos imprimir outras considerações.

Pode haver viés de leitura e compreensão, visto o trabalho ser realizado e analisado por uma pesquisadora que ao interpretar dados acaba os complementando com as próprias relações de identidade e cultura. Ainda, por ser um trabalho sobre estilo de vida, foram utilizados dados de pacientes na tentativa de entender um conjunto, fator que pode ser limitado pelo número de entrevistas. Não há patrocínios para o estudo, sendo que o mesmo não apresenta interesse comercial.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Para conhecimento da população em estudo, tabularam-se todos os dados de cadastro e informações de interesse obtidas através do prontuário eletrônico do paciente. Ao longo do tópico, iremos apresentar as informações dos 377 pacientes atendidos em maio pelo setor de quimioterapia, seguindo a seguinte ordem, conforme o número de casos por: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado conjugal, por regional de saúde, por área (urbana / rural), ocupação¹⁰. Ainda traremos a comparação dos tipos de cânceres mais prevalentes, consumo de tabaco, consumo de álcool, índice de massa corporal, presença de comorbidades, história familiar de câncer e tempo de espera para início do tratamento.

Dos 377 pacientes, encontramos 192 do sexo feminino (50,9%) e 185 do sexo masculino (49%). Ao compararmos com os dados obtidos no RHC em 2020 a população total atendida pelo Serviço de Oncologia da FHSTE, temos um total de 891 pacientes dos quais 452 são do sexo masculino (50,7%) e 439 do sexo feminino (49,2%). Ao avaliar, apesar de invertermos-se os dados, o atendimento é equiparado entre homens e mulheres.

Tabela 1: Número de casos por Sexo

Sexo	Dados da Pesquisa		RHC / 2020	
	N	%	N	%
Masculino	185	49,07	452	50,73
Feminino	192	50,93	439	49,27
Total	377	100	891	100

FONTE: Dados da Pesquisa x RHC - FHSTE/2020 (INCA, 2022).

Para a distribuição por faixa etária foram encontrados os seguintes dados: 09 pessoas abaixo de 30 anos (2,3%), entre 30-40 anos, 14 pessoas (3,7%), entre 40 e 50 anos, 42 pessoas (11,1%), entre 50 e 60 anos, 52 pessoas (13,7%), entre 60 e 70 anos, 102 pessoas (27%), entre 70 e 80 anos, 125 pessoas (33,1%) e acima de 80 anos, 33 pessoas (8,7%).

¹⁰ Dados de extrema relevância para a discussão e compreensão do fenômeno sociológico como moradia e renda não foram contabilizados por não estarem disponíveis no prontuário eletrônico.

Tabela 2: Número de casos por Faixa Etária

Faixa Etária	Dados da Pesquisa		RHC/ 2020	
	N	%	N	%
< 30	09	2,39	19	2,13
30 – 40	14	3,71	25	2,81
40 – 50	42	11,14	88	9,88
50 – 60	52	13,79	182	20,43
60 – 70	102	27,06	253	28,40
70 – 80	125	33,16	226	25,36
> 80	33	8,75	98	11,00
Total	377	100	891	100

FONTE: Dados da Pesquisa x RHC - FHSTE/2020 (INCA, 2022).

Ao observar a faixa etária dos pacientes, percebe-se uma prevalência de idosos, corroborando com o perfil populacional mundial e também da nação, que está em processo de envelhecimento (BRASIL, 2020). Temos uma caracterização de 68,8% da amostra com pacientes acima de 60 anos, a média de idade encontrada foi de 63,9 anos \pm 1,4 anos, reforçando a prevalência do câncer em idosos (SILVA *et. al.*, 2017). Quando comparamos com o RHC de 2020, percebemos a semelhança, visto termos 64,7% da amostra de idosos.

Quanto as características de cor/raça, percebe-se uma prevalência de brancos, com 358 pessoas se denominando dessa cor/raça, o que representa 94% da amostra, fator equivalente ao encontrado no RHC de 2020, pacientes de cor/raça parda são 17 (4,5%), negro apenas 01 (0,2%) e indígena 01 (0,2%).

Tabela 3: Número de casos por Raça/Cor

Cor / Raça	Dados da Pesquisa		RHC/ 2020	
	N	%	N	%
Branco	358	94,96	840	94,28
Pardo	17	4,51	7	0,79
Negro	1	0,27	40	4,49
Indígena	1	0,27	2	0,22
Amarelo	0	0	2	0,22
Total	377	100	891	100

FONTE: Dados da Pesquisa x RHC - FHSTE/2020 (INCA, 2022).

Sendo a região atendida pela FHSTE conhecida por uma prevalência de descendentes de imigrantes europeus, entende-se o resultado com mais de 90% de indivíduos caracterizados como brancos, fato esse também encontrado no estudo de Focchessatto, Rockett e Perry (2015), que ocorreu na serra gaúcha e encontrou 100% de sua amostra com pessoas se autodeclarando brancas, conforme o IBGE, o estado do RS apresenta 83,2% da população de cor branca. Entretanto, considerando diversos municípios e aldeias indígenas nesta região, estranha-se o fato de termos apenas 01 pessoa indígena na amostra.

Quanto à escolaridade dos pacientes, percebe-se que 72,9% apresentam no máximo o ensino fundamental, dado também presente no RHC, em que 80,8% estão na mesma condição. Com nível médio (completo e incompleto) temos 70 pacientes (18,57%), nível técnico 03 pacientes (0,8%) e nível superior ou além 17 pessoas (4,51%).

Tabela 4: Número de casos por Escolaridade

Escolaridade	Dados da Pesquisa	
	N	%
Analfabeto	3	0,80
Primário (Anos Iniciais)	115	30,50
Fundamental Incompleto	113	29,97
Fundamental Completo	44	11,67
Médio Incompleto	15	3,98
Médio Completo	55	14,59
Técnico Completo	3	0,80
Superior Incompleto	2	0,53
Superior Completo	14	3,71
Doutorado	1	0,27
Não Informado	12	3,18
Total	377	100

FONTE: Dados da Pesquisa.

Avaliar a escolaridade torna-se um fator importante por saber-se que a baixa escolaridade é um dos pontos relacionados com o aumento ao risco para o desenvolvimento do câncer. Entender que 72,9% dos pacientes tem no máximo o ensino fundamental mostra a fragilidade da educação em nosso país, tendo a comparação do RHC em que 80,8% dos pacientes encontram-se na mesma condição é um sinal de alerta. A baixa escolaridade pode

ser relacionada com uma maior dificuldade de compreensão e análise crítica das informações, colocando esta população em situação de vulnerabilidade (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016). Ao avaliar quantos dos pacientes com baixa escolaridade são idosos, encontramos que dos 275 pacientes com até o ensino fundamental completo, 205 tem mais do que 60 anos, representando 74,5% desta amostra. Esse fato foi encontrado em outros estudos, relacionando tanto a renda e a dificuldade de acesso ao estudo por estarem na área rural, quanto por considerar os valores culturais e sociais da primeira metade do século passado que não dava devida importância ao estudo (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY, 2015; BRITO; GOMIDE; CÂMARA, 2009; EDUARDO, 2012).

Para o estado conjugal, encontramos uma maior prevalência de pessoas casadas, com 237 (62,8%), seguido por 43 viúvos (11,4%), 38 solteiros (10%), 28 em união estável (7,4%) e 26 separados (6,9%). Esses dados são similares aos encontrados no RHC de 2020.

Tabela 5: Número de casos por Estado Conjugal

Estado Conjugal	Dados da Pesquisa		RHC/ 2020	
	N	%	N	%
Solteiro	38	10,08	97	10,89
Casado	237	62,86	550	61,73
União Estável	28	7,43	44	4,94
Separado	26	6,90	67	7,52
Viúvo	43	11,41	107	12,01
Não Informado	5	1,33	26	2,92
Total	377	100	891	100

FONTE: Dados da Pesquisa x RHC - FHSTE/2020 (INCA, 2022).

Ao olharmos por distribuição de municípios, entendendo a divisão que temos por regional da saúde, temos uma prevalência de pacientes da 11ª CRS com 289 atendidos (76,6%), seguido pela 02ª CRS com 84 pacientes (22,2%) e 15ª CRS com 04 pacientes (1,06%). O município com maior número de pacientes é o de Erechim com 116 pessoas em atendimento (30,7%), seguido por Getúlio Vargas com 23 pacientes (6,1%) e Frederico Westphalen com 16 pacientes (4,2%).

Tabela 6: Número de casos por Regional de Saúde

Regional da Saúde	Dados da Pesquisa	
	N	%
11 ^a CRS	289	76,66
15 ^a CRS	4	1,06
2 ^a CRS	84	22,28
Total	377	100

FONTE: Dados da Pesquisa.

Quando fazemos a classificação por área de habitação, encontramos uma prevalência de habitação em área urbana com 262 pessoas (69,5%) e com 115 em área rural (30,5%).

Tabela 7: Número de casos por Área

Área	Dados da Pesquisa	
	N	%
Rural	115	69,50
Urbana	262	30,50
Total	377	100

FONTE: Dados da Pesquisa.

Quando olhamos para a ocupação / profissão dos pacientes, foram citadas 73 diferentes ocupações, visto as muitas nomenclaturas, não serão abordados os dados do RHC em tabela. Assim, por conveniência foram agrupadas de forma a facilitar a discussão. Com isso, encontramos uma prevalência de trabalhadores da agricultura (agricultor, técnico agrícola) com 146 pacientes com essa ocupação (38,7%), em seguida temos 59 pacientes que se classificam como “do lar” (15,6%), 31 pacientes (8,2%) trabalham em áreas de comércio (assistente de farmácia, autônomo, balconista, comerciante, costureira, relojoeiro, representante comercial, vendedor), 25 pacientes (6,6%) em áreas administrativas (administrador, advogado, analista fiscal, assistente financeiro, assistente técnico, atendente comercial, auxiliar administrativo, auxiliar de contabilidade, auxiliar de escritório, comprador, contabilidade, crediária, empresário, funcionário público, secretária, supervisor), 21 pacientes (5,5%) em trabalhos relacionados com a indústria (auxiliar de produção, estofador, gráfico, marceneiro, marmorista, metalúrgico, montador, operador de máquinas, preparador de sucatas, serrador, serralheiro, soldador, torneiro mecânico), 16 pacientes (4,2%) em

serviços gerais (babá, diarista, doméstica, serviços gerais), 15 pacientes (3,9%) na área da construção civil (carpinteiro, construtor, eletricista, pedreiro, pintor, servente), 14 pacientes (3,7%) são aposentados, 10 pacientes (2,6%) são motoristas (motorista, taxista), 10 pacientes (2,6%) não apresentam ocupação (01 desempregado e demais sem informação), 08 pacientes (2,1%) na área da saúde (auxiliar de enfermagem, bioquímico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnico de enfermagem), 05 pacientes (1,3%) trabalham na área automotiva (auxiliar de mecânico, borracheiro, mecânico), outros 05 (1,3%) no ramo da estética (barbeiro, cabelereira, manicure), 05 (1,3%) são professores e 05 (1,3%) apresentam outras profissões (garimpeiro, lenhador, marinheiro, vigilante).

Tabela 8: Ocupação / Profissão dos Pacientes

Ocupação / Profissão	Dados da Pesquisa	
	N	%
Agricultura	146	38,73
Alimentação	2	0,53
Aposentado	14	3,71
Área Automotiva	5	1,33
Área da Saúde	8	2,12
Áreas Administrativas	25	6,63
Comércio	31	8,22
Construção	15	3,98
Do Lar	59	15,65
Estética	5	1,33
Indústria	21	5,57
Motorista	10	2,65
Professor	5	1,33
Sem Ocupação	10	2,65
Serviços Gerais	16	4,24
Outras Profissões	5	1,33
Total	377	100

FONTE: Dados da Pesquisa.

Trazer a análise da ocupação / profissão dos pacientes é um ponto fundamental visto que uma boa parte dos cânceres tem relação com fatores ambientais. As exposições podem ocorrer ao longo da vida e em diversas ocasiões, contudo os ambientes laborais são ponto importante de contaminação para os adultos, que muitas vezes são desconsiderados, e podem aumentar o risco do câncer para ele e mesmo para seus descendentes (BRASIL, 2021). Alguns exemplos que podemos considerar são os agricultores em contato com os agrotóxicos, os motoristas e mecânicos em contato com derivados de petróleo, os profissionais de construção e da indústria em contato com produtos químicos e mesmo os profissionais da estética, também os profissionais de saúde em contato com agentes infecciosos e radiação (BRASIL, 2021).

Ao avaliarmos os números do câncer entre nossos 377 pacientes, temos como os dez tumores mais prevalentes: 26,5% de mama, 22,5% de próstata, 6,1% de intestino, 5,5% de pulmão, 4,7% de reto, 4,2% de estômago, 3,4% de linfomas, 2,9% de mielomas, 2,9% de pâncreas, 2,1% de bexiga. Quando separamos a prevalência por sexo, encontramos para o sexo masculino uma prevalência de tumores de próstata (85 casos, representado 45,9%), seguido de 14 casos de tumores em reto (7,5%) e de 10 casos de tumores de estômago (5,4%). Já para as mulheres o tumor mais prevalente é o de mama com 99 casos (51,5%), seguido de tumor de pulmão e de intestino com 12 casos cada (6,2%).

Tabela 9: Comparação dos 10 tipos de cânceres mais prevalentes por sexo

Prevalência do câncer por Sexo	Dados da Pesquisa		Estimativa de Incidência 2020 para a Região Sul (INCA)	
	N	%	N	%
MASCULINO				
Próstata	85	45,95	9260	22
Traquéia, brônquio, pulmão	13	7,03	4640	11
Cólon e reto	27	14,59	3750	8,9
Estômago	10	5,41	2380	5,6
Esôfago	4	2,16	2160	5,1
Cavidade Oral	10	5,41	1990	4,7
Bexiga	6	3,24	1420	3,4
Sistema Nervoso Central	0	0	1290	3,1
Linfoma	7	3,78	1270	3
Leucemia	1	0,54	1250	3
FEMININO				
Mama	99	51,56	10890	28
Cólon e reto	16	8,33	3620	9,3
Traquéia, brônquio, pulmão	13	6,77	2860	7,4
Cólo do útero	6	3,13	2680	6,9
Estômago	6	3,13	1390	3,6
Leucemia	0	0	1180	3
Sistema Nervoso Central	3	1,56	1170	3
Linfoma	6	3,13	1120	2,9
Ovário	7	3,65	1080	2,8
Melanoma	2	1,04	1010	2,6

FONTE: Dados da Pesquisa x Estimativa 2020 (INCA, 2019).

Ao compararmos nossos dados com a estimativa de incidência do câncer para a região sul do Brasil do INCA para 2020 (INCA, 2019), percebe-se que não apresentamos a mesma proporção do esperado. Duas razões podem ser ditas, a primeira é que a estimativa é para todos os estados do sul e os nossos dados são exclusivamente para a região norte e noroeste do Estado do RS; a segunda é que as estimativas são para novos casos e os nossos dados são para casos em tratamento. Todavia, independente desses fatores, encontramos em ambos os

casos uma prevalência maior nos tumores de próstata e mama ocupando quase 50% de todos os casos em nossos dados, enquanto na estimativa do INCA seriam de cerca de 22 e 28%, respectivamente.

O câncer de próstata tem como principal fator de risco a idade com aumento significativo a partir dos 50 anos, sendo esse fato igualmente existente para os tumores de mama (BRASIL, 2020). Em nossos dados encontramos que 100% dos casos de próstata são em homens com mais de 50 anos e 73% dos casos de mama são em mulheres acima de 50 anos de idade, mas também já se conhecem associações para os dois casos com fatores genéticos, excesso de peso, entre outros. Conforme dados do INCA, em 2018 estimava-se que cânceres de mama, próstata, cólon e reto, pulmão e tireoide corresponderiam a cerca de 50% de todos os casos na população brasileira (BRASIL, 2020). A mudança demográfica no Brasil e conseqüentemente seu envelhecimento tem aumentado a incidência de câncer de mama e próstata, uma das causas do aumento dos números é pelo acesso a serviços de saúde e em consequência o seu diagnóstico. Entretanto, falando em Brasil, ainda temos um quadro de disparidade, onde muitas vezes o diagnóstico de pessoas com baixa renda é tardio o que aumenta o risco de morte desses pacientes, reforçando assim o impacto da biopolítica (SILVA *et al.*, 2017; EDUARDO, 2012; FOUCAULT, 2008).

Ao avaliarmos o contato com tabaco, percebe-se uma prevalência de 35,2% de algum tipo de contato, sendo que 58 são tabagistas ativos (15,3%), 66 cessaram o consumo (17,5%) e 09 pessoas são tabagistas passivas (2,3%). Quase metade dos pacientes nega o contato com o fumo (47,4%), dado superior ao encontrado no RHC de 2020, em que apenas 21% não era tabagista, entretanto na nossa pesquisa temos apenas 17,2% de falta de informação *versus* 60,9% de não informação no RHC.

Tabela 10: Consumo de Tabaco

Consumo de Tabaco	Dados da Pesquisa		RHC/ 2020	
	N	%	N	%
Sim	58	15,38	68	7,63
Não	179	47,48	193	21,66
Ex-consumidor	66	17,51	87	9,76
Passivo	9	2,39	-	-
Não Informado	65	17,24	543	60,94
Total	377	100	891	100

FONTE: Dados da Pesquisa x RHC - FHSTE/2020 (INCA, 2022).

O consumo do tabaco ainda é prevalente na população, mesmo com tantas campanhas realizadas contra o seu consumo. Sabe-se do risco de desenvolvimento de câncer para fumantes, mas não podemos descartar o risco existente inclusive para os fumantes passivos, que no nosso estudo são 2,3% da amostra (BRASIL, 2020). Interessante ponderar que a baixa escolaridade, por exemplo, tem uma associação positiva de até cinco vezes em uma pessoa ser fumante quando comparada com pessoas com terceiro grau (FEITOSA, 2011). O estudo de Focchessatto, Rockett e Perry (2015) mostrou que o hábito de fumar reduziu mais de 10% após a descoberta do câncer, no nosso estudo, encontramos uma cessação do hábito de 17,5%, entretanto não podemos afirmar que todos os casos estão relacionados com o diagnóstico da doença.

Quanto ao consumo de bebida alcoólica 33 pacientes (8,7%) afirmam o consumo, enquanto 27 (7,1%) relatam a cessação e 11 (2,9%) consomem apenas de forma social, 237 pacientes (62,8%) negam o uso e não obtivemos informação de outros 69 pacientes (18,3%). Ao comparar com o RHC de 2020, percebe-se que o mesmo número de pessoas referiu não fazer uso de bebida (237 pessoas, representando 26,6% da amostra), entretanto 573 pessoas (64,3%) não deram informação.

Tabela 11: Consumo de Bebida Alcoólica

Consumo de Bebida	Dados da Pesquisa		RHC/ 2020	
	N	%	N	%
Sim	33	8,75	41	4,60
Não	237	62,86	237	26,60
Ex-consumidor	27	7,16	40	4,49
Consumo Social	11	2,92	-	-
Não Informado	69	18,3	573	64,31
Total	377	100	891	100

FONTE: Dados da Pesquisa x RHC - FHSTE/2020 (INCA, 2022).

O consumo de bebida alcoólica está presente na vida cotidiana das pessoas muito além do que consideramos vício, um dado interessante coletado é que 11 pacientes relataram o consumo social da bebida, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostrou que pelo menos 26,5% da população brasileira ingeria bebida alcoólica pelo menos 01 vez por mês e outros 24% faziam esta ingestão uma vez ou mais por semana (BRASIL, 2020). O ato de consumir a bebida se for associado ainda a uma alimentação inadequada, ao sedentarismo e ao sobrepeso

trazem um reflexo de 14,7% dos casos de câncer e 17,8% dos óbitos por câncer no Brasil, o que reforça a importância das estratégias de promoção de saúde que venham auxiliar na mudança de hábitos da população, respeitando obviamente sua cultura e identidade (BRASIL, 2020).

Falando em sobrepeso, utilizou-se para avaliação o IMC, dado obtido através do cálculo do peso atual (Kg) dividido pela altura ao quadrado (m^2), com critérios diferenciados para adultos e idosos conforme orientação do SISVAN (BRASIL, 2011). Seguindo a classificação para a população adulta (< 60 anos) temos 03 pessoas (2,5%) com baixo peso, 36 pessoas dentro da normalidade ou eutrofia (30,2%), 44 pessoas com sobrepeso (36,9%) e 35 pessoas (29,4%) em obesidade. Para a classificação dos idosos (acima de 60 anos) temos que 34 estavam classificados em baixo peso (13,1%), 86 estavam em eutrofia (33,3%), e 117 estavam em sobrepeso (45,3%). Da amostra total, não obtivemos dados suficientes para esse cálculo de 22 pacientes (5,8% da amostra total).

Tabela 12: Classificação do Índice de Massa Corporal

IMC (Kg/m ²)	Dados Totais		Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	N	%	N	%	N	%
ADULTOS						
< 18,5 – Baixo Peso	3	2,52	3	3,44	0	0
≥ 18,5 e < 25 – Eutrofia	36	30,25	25	28,73	11	34,37
≥ 25 e < 30 – Sobrepeso	44	36,97	30	34,48	14	43,75
≥ 30 – Obesidade	35	29,41	28	32,18	7	21,87
Sem Dados	1	0,84	1	1,49	0	0
Total	119	100	87	100	32	100
IDOSOS						
≤ 22 – Baixo Peso	34	13,18	14	13,33	20	13,07
> 22 e < 27 – Eutrofia	86	33,33	35	33,33	51	33,33
≥ 27 – Sobrepeso	117	45,35	55	52,38	62	40,52
Sem Dados	21	8,14	1	0,95	20	13,07
Total	258	100	105	100	153	100

FONTE: Dados da Pesquisa.

Ao analisarmos os dados compostos dos dois públicos, percebe-se que 196 pacientes se encontram com algum grau de sobrepeso, representando 51,9% da amostra total. Ao

avaliarmos os dados por sexo, percebemos que a tendência ao sobrepeso permanece em ambos. Nos adultos percebemos uma inversão: mulheres com maior índice de obesidade (32,1% mulheres e 21,87% homens), enquanto o índice de sobrepeso em homens é maior (43,7% homens e 34,4% mulheres). Assim, na população adulta encontramos 66,5% das mulheres e 65,5% dos homens com algum grau de sobrepeso. Não diferente, são os dados dos pacientes idosos, sendo que temos cerca de 52,3% das mulheres e 40,52% dos homens acima de seu peso. Esses dados também foram encontrados no estudo de Focchessatto, Rockett e Perry (2015) com mais de metade dos pacientes com algum grau de sobrepeso, em especial as mulheres que tinham IMC consideravelmente maior do que quando comparados aos homens. O aumento do peso é reconhecido hoje como um dos principais fatores de risco para todas as DCNT (BRASIL, 2020). Conforme já falamos anteriormente, o risco relativo para o desenvolvimento do câncer aumenta de 1,05 a 1,62 para cada 05Kg/m² aumentados, indicando a importância de agirmos de forma a auxiliar a população a manter-se em um peso saudável (DONOHOE *et al.*, 2017).

Além da obesidade, sabe-se que a presença de outras doenças é importante para pacientes oncológicos, não em questão ao risco da doença, mas em relação à sobrevida e a morbidade. Dos pacientes analisados 209 (55,4%) relataram apresentar alguma outra doença prévia ao câncer, sendo que as principais foram: hipertensão (41,1%), pré-diabetes ou diabetes (14,3%), dislipidemia (10%), outro tipo de câncer (9,2%) e alguma cardiopatia (5,3%).

Tabela 13: Presença de Comorbidades

Comorbidades	Dados da Pesquisa	
	N	%
Sim	168	44,50
Não	209	55,43
Principais Comorbidades		
Hipertensão	155	41,11
Pré DM + DM	54	14,32
Dislipidemia	38	10,08
Câncer	35	9,28
Cardiopatia	20	5,31

FONTE: Dados da Pesquisa.

Dentre as comorbidades apresentadas a principal foi a hipertensão, que vem ao encontro dos dados nacionais. Mesmo em outros estudos com pacientes de câncer a presença da hipertensão é uma das morbidades mais prevalentes, chegando a 50% em alguns estudos (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY, 2015). Recentemente conseguiu-se relacionar o desenvolvimento de diversos tipos de cardiopatias em pacientes oncológicos, com aumento relativo importante em pacientes que vivem em áreas rurais ou mesmo que sejam de baixa renda, ambos os casos realidade de nosso estudo (BATRA; KONG; CHEUNG, 2021). Ao observarmos as doenças predominantes, percebemos além das doenças cardíacas a presença de cânceres prévios, dislipidemia e diabetes, todos os casos doenças que são associadas aos fatores de risco discutidos no trabalho, indicando novamente o quanto as ações de promoção à saúde quando bem fundamentadas podem trazer reflexo positivo na vida da população.

Mesmo que o nosso objetivo não seja avaliar o impacto dos fatores genéticos, não podemos desconsiderar essa causa que representa em torno de 05 a 10% dos casos dos cânceres no mundo, lembrando que a cada ano novas descobertas são realizadas e podem modificar esse impacto (BRASIL, 2020). Sobre a história familiar de câncer, encontramos alguma associação positiva em 101 casos (26,7%) enquanto que no RHC de 2020 apenas 116 (13%) relatavam associação positiva. Ainda temos que 143 pessoas negam casos de câncer na família (37,9%), 03 não sabem se existe a doença na família e em outros 130 (24,3%) não há essa informação registrada.

Tabela 14: História Familiar de câncer

História Familiar	Dados da Pesquisa		RHC/ 2020	
	N	%	N	%
Sim	101	26,79	116	13,02
Não	143	37,93	29	3,25
Sem Informação	130	34,48	746	83,73
Não Sabe	3	0,80	-	-
Total	377	100	891	100

FONTE: Dados da Pesquisa x RHC - FHSTE/2020 (INCA, 2022).

Quanto ao tempo de espera entre diagnóstico e início do tratamento quimioterápico, 140 dos pacientes esperaram no máximo 01 mês (37,1%), 84 (22,2%) 02 meses e 03 meses (13,7%).

Tabela 15: Tempo de espera para início do tratamento

Tempo de Espera para o Tratamento	Dados da Pesquisa	
	N	%
0 – 01 mês	140	37,14
02 meses	84	22,28
03 meses	52	13,79
04-05 meses	44	11,67
> 06 meses	19	5,04
Sem Dados	38	10,08
Total	377	100

FONTE: Dados da Pesquisa.

Conforme a Lei 12732/12, pacientes diagnosticados com câncer não devem esperar mais do que 60 dias para iniciar o tratamento. Em 2019 houve a aprovação da lei dos 30 dias (Lei 13.896 de 30 de outubro de 2019), que estabeleceu que exames diagnósticos devem ser realizados em no máximo 30 dias; ou seja, entre exames e início do tratamento o preconizado é que não haja espera maior do que 90 dias.

Dentre os dados que conseguimos coletar percebe-se que em torno de 73% dos pacientes consegue iniciar o tratamento dentro desses 90 dias. Vale ressaltar que em muitos dos casos entre o diagnóstico e o tratamento de quimioterapia há outras condutas como tratamentos cirúrgicos e acompanhamento clínico, o que pode indicar o tempo de espera para quimioterapia prolongado, assim como alguns pacientes desistem do tratamento e retornam apenas após piora dos sintomas. Ainda em 38 dos pacientes não houve possibilidade de conseguir dados precisos, na maior parte por serem pacientes em tratamento há muitos anos e sem esses dados no prontuário eletrônico.

O Brasil é um país em transição não apenas econômica e política, mas também demográfica. Todas essas mudanças geram interferências na formação dos estilos de vida e impactam a saúde da população modificando inclusive características que predispõem ao câncer e mesmo a outras DCNT (SILVA *et al.*, 2017). Cada região do país assume suas próprias características, sendo que nosso estudo demonstra apenas informações microrregionais.

Conforme os dados apresentados percebe-se que a população está dividida igualmente entre homens e mulheres, sendo basicamente brancos e a grande maioria casados. Ainda

podemos compreender que nossa população apresenta estilos de vida de risco relacionados ao câncer. Resumidamente temos uma maioria idosa, com baixa escolaridade, com ocupações que apresentam risco de contaminação pelo trabalho ou pelo ambiente, em sobrepeso, muitos em contato com tabaco (fumam, fumaram ou são fumantes passivos).

Ao finalizar essa síntese do perfil dos pacientes passamos para a próxima sessão em que cruzaremos esses dados com as falas dos entrevistados.

5.2 HÁBITOS PREVALENTES DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

5.2.1 Alimentação

Como já comentado anteriormente, o fator alimentação é um dos principais hábitos modificáveis e com impacto de risco quando as escolhas forem pautadas na alimentação ocidentalizada ou então com impacto protetor, quando for baseada em escolhas de alimentos naturais. Como relatado por Poulain e Proença (2003, p. 252) “a cozinha é um conjunto de ações técnicas, de operações simbólicas e de rituais que participam da construção da identidade alimentar de um produto natural e o transformam em consumível”, o que faz da alimentação muito além do que nutrientes.

Apesar de encontrarmos na literatura que a alimentação industrializada, rápida e prática, tem sido uma das grandes modificações na alimentação moderna, em nosso estudo, percebemos que ainda não é a realidade da maior parte dos nossos entrevistados. Percebemos entre os entrevistados a prevalência de pacientes que moram em cidades do interior e trabalham na zona rural ou mesmo pacientes de zona rural e que mantêm uma alimentação ainda baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, que são os preconizados pelo Guia Alimentar (BRASIL, 2014). Cada grupo social define sua cultura alimentar e dentro disso acaba organizando sua estrutura alimentar, seja diferentes números de refeições, a forma de comer, como e onde comer; assim, independente do encontrado, devemos entender que as características são culturais, por essa razão não há uma caracterização de certo ou errado (DUMONT; GARCIA, 2015; POULAIN, PROENÇA, 2003).

Quando questionados sobre suas rotinas alimentares o que percebemos é a prevalência de “comida de sal”¹¹, distribuída basicamente em duas refeições ao dia: almoço e jantar. Os

¹¹ “Comida de sal” é uma expressão utilizada na região para definir a comida composta por alimentos cozidos e quentes. Outros termos utilizados são “comida de panela” ou “alimentos com sustância” ou “alimentos fortes”. Em geral esses alimentos são compostos por arroz, feijão, massas, carnes, ovos, entre outros.

pacientes permanecem relativamente com modos de vida “de antigamente”, nos quais as famílias produzem seus próprios alimentos e/ou mesmo cozinham diariamente para suas famílias (BALEM *et al.*, 2017).

Quando avaliamos o tipo de alimentos que prevalecem no horário do almoço, percebe-se, ainda, a presença basicamente dos alimentos cultivados pelos pacientes, sendo sua base alimentos *in natura*, conforme constatado nas seguintes falas:

Ah, a minha alimentação era na base do feijão e arroz, carne. Sempre a salada, nunca almocei sem ter a minha verdura verde. (CS)

Olha, eu como de tudo. Eu não tenho... pode botá feijão, arroz puro, como... botá polenta e raditi, como... é qualquer coisa me servia. (DG)

É arroz, feijão, carne, mandioca... essas coisas... Massa, mandioca... (FC)

Almoço de pedreiro... ((risos)) [...] Bastante... Ah, feijão, arroz, massa, mandioca... ((risos)) [...] Carnes... aham, bastante ((risos)). (GK)

Olha... feijão, arroz, massa, mandioca, batata... hã... carne, carne de porco, de gado, galinha ou algum peixe, né? (IF)

Ah, no almoço lá em casa, é que agora a gente tá sozinho, então um dia a gente faz uma massa, assim, com molho de galinha, uma saladinha, e tá bom. Ou feijão, arroz, carne de porco, carne de gado, carne de galinha. (LL)

Ah, eu comia feijão, eu comia arroz, não... eu nunca fui muito de comer de carne, mas comia também até carne assim, como é que se diz, fria. Ah, pra mim não tinha... não tinha comida ruim. (NC)

Meu almoço era carne, feijão, mandioca, arroz, salada. (OS)

Ah, levantava e ia fazer o serviço e só ia... só almoçava, né? Não comia nada antes do almoço, daí. Arroz, feijão, uma carne, uma salada. (RP)

Ah, comida de tudo. Feijão, arroz, carne... é de tudo. Salada... vez em quando. Menos... Bastante carne. (VC)

Outro aspecto interessante é que a combinação de arroz com feijão, sendo tipicamente brasileira, também é parte do hábito dos pacientes participantes do estudo, confirmando assim a característica da cultura alimentar do país:

E... depois um acompanhamento, um macarrão, um... alguma outra coisa. Mas a base mesmo é feijão e arroz. (CS)

Ah, arroz, feijão, carne, massa... essas coisas... (FA)

Salada, arroz, feijão... massa, carne. (JM)

Aí comia de tudo: feijão, arroz, carne... salada. (LC)

Arroz, feijão é... todos dias, né! Todos dias. É sagrado. (VG)

Sempre normal. De, de... feijão, arroz, massa, carne... (MV)

Percebe-se também a presença da mandioca, reforçando que é um alimento nativo brasileiro e da cultura indígena do país e, ao mesmo tempo, a presença da massa, introduzida na alimentação regional pela colonização italiana, evidenciando os hibridismos culturais (HALL, 2020), com a mistura da alimentação indígena com a dos imigrantes.

Outro aspecto que não passa despercebido é o consumo de carnes, citada por quase todos os pacientes. Em especial, há uma preferência pelas carnes vermelhas. No RS esse hábito está vinculado com a cultura regional, entretanto, como já trouxemos, o consumo excessivo de carnes vermelhas está associado com risco aumentado de diversas neoplasias, em especial, as de intestino, que como vemos em nossa população (contando tumores de intestino, reto e ânus) são 46 pessoas ou 11,4% dos casos (BRASIL, 2020).

Para demonstrar o dito, apresentamos a fala do paciente MV, que destaca sua preferência: *“Que eu mais gosto é carne de gado. Carne de porco, faço de tudo pra não comer, não gosto muito. E frango também não sô muito chegado.”*

Percebe-se, ainda, que em algumas situações eram consideradas rotineiras as mudanças de padrão alimentar, geralmente vinculadas a participação social em festividades: *“Ah, a rotina era trabalhar em casa com a família, alguma festa. Hã... eu gostava de festa sociedade (riso)... Come churrasco, toma cerveja, se diverti, igual nós ia bastante.”* (DG)

O ato comensal de partilhar é elemento importante da identidade e cultura dos indivíduos e, portanto, deve ser considerado; em contraponto, percebemos na festividade citada alguns fatores de risco, como o consumo do churrasco (pela carne vermelha e a contaminação por aminas aromáticas) e o consumo de bebida alcoólica (BRASIL, 2021; POULAIN; PROENÇA, 2003).

Assim como no horário do almoço, o jantar é outra refeição realizada por todos os entrevistados, que tendem a comer o mesmo alimento do almoço:

Olha, daí tomava de novo umas cuia de chimarrão... Daí geralmente... comia feijão, arroz... um pouco né de... (IF)

Só na janta... Ah, comia uma sopa, a comida que sobrou do meio dia, requentava. (LC)

Às vez era comida requentada, um feijão e arroz... É. Um revirado, é qualquer... ia bem. (OS)

É, a mema coisa quase do almoço, só de repente nós diminuía na comida algum dia e fazia uma polentinha com leite, né, que é leve de noite. (VG)

Entretanto, em alguns casos, evidenciamos a troca do alimento natural por pequenas refeições ou lanches, sendo possível identificar elementos de transição nutricional, ou seja, a presença de alimentos industrializados:

A janta é o que sobra de meio dia ou senão café com pão, só. (CS)

É, às vezes, se eu tomo um café às seis e meia, sete horas, daí eu não janto... Mas senão, se... a gente não tem costume de janta. A gente só toma um café... Uma bolacha salgada, de vez em quando.” (JM)

E de noite só um cafezinho com um pãozinho. (LL)

Ultimamente, uns dois anos pra cá, nós não jantava quase, né!? Era mais quase café, alguma coisinha mais leve... às vez só comia um bolinho frito e tomava chimarrão. (VC)

Trazemos uma fala singular do paciente FC, que relata modificação em seu padrão alimentar após a sua mudança, do interior para a cidade: “*Olha, dos últimos anos pra cá é um cafezinho e umas bolachinha seca de noite... Nada de coisa pesada, né?*”. Quando questionado sobre seus hábitos no tempo em que morava no interior, o paciente responde: “*Massa e fejon, essas coisa forte pra... Mas depois que a gente começou pega idade, daí mais leve de noite pra de noite pra des... dormi, descansa*”.

O relato reforça a influência cultural imposta nos últimos anos pelo marketing, fazendo com que as pessoas mudem seus hábitos. Em alguns casos, ao invés de os tornarem mais saudáveis, acabam aderindo a alimentação que parece ser mais “leve”, entretanto não apresentam qualidade nutricional adequada (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY, 2015).

Reiterando sobre a importância da alimentação enquanto parte da cultura dos indivíduos, temos o relato de RP, que transformava o jantar quando em companhia de outras

peessoas: “*Ah, de noite... quando eu tava sozinha fazia uma sopa, daí quando tinha os outros em casa, daí fazia arroz, feijão, carne...*”.

O ato de se alimentar sempre vem envolto de diversas relações e partilhas e é parte cultural importante em uma sociedade. Por essa razão torna-se relevante que todas as ações de promoção de saúde que envolvam a alimentação respeitem os códigos identitários para que sejam eficazes, lembrando que alimentos são práticas sociais com significativa dimensão simbólica (HALL, 2020; BALEM *et al.*, 2017).

Quanto ao café da manhã, reputado por muitos, e recomendado pelos órgãos de saúde, como a principal refeição do dia, é uma das refeições mais ignoradas (BRASIL, 2014). Considerando o público alvo do estudo, percebe-se a troca da refeição pelo hábito de tomar chimarrão pela manhã:

[...] no sábado eu quase não tomo café... Quase... eu tomo chimarrão daí. (DG)

Antes do café eu tomava minhas quatro, cinco cuia de chimarrão... Depois eu ia pro café... (FC)

Não. Eu não me lembro de uma rotina assim de toma café. Eu acordava cedo e tomava chimarrão até a hora de ir trabalha... Ma café, bem dizê até hoje não tomo café... (GK)

Eu só tomava chimarrão de manhã... Café não tomava... (LC)

Eu, eu... acordo de manhã cedo, adoro toma uma cuia de chimarrão. Aí depois tomo banho, daí tomo café... Ah, o meu café é assim: um dia eu como bolacha, café, queijo, nata, alguma coisa assim. Uma colherada de mel todas as manhã... No outro dia, eu resolvo, como pão, né? (LL)

Segundo os relatos, quando os entrevistados faziam o café da manhã, percebe-se a prevalência de alimentos ultraprocessados, como já encontrado em outros estudos (BALEM *et al.*, 2017), considerados fatores de risco para o câncer, como bolachas, margarina, salame, torresmo, entre outros:

O café preto, café com leite, né [...] É, com açúcar, né... e muitas vez [...] comia queijo, salame... ((faz som tentando lembrar)) Nata, pão... chimia... ou se não que nem torresmo, essas coisa assim... (IF)

Hã... margarina... Hã... presunto, queijo... Eu gosto muito de pão com mortadela, nata... (JM)

Alguma coisa. Eu comia um pão... quando tem um pedaço de pão, salame... Ou estralava um ovo... Ou um torresminho, que eu gosto bastante de torresmo, né... torresmo com pão... essas coisas, né... o leite, porque café eu não tomo, então eu prefiro toma um leite gelado. Pega da geladeira e toma. (VG)

Ou polenta e queijo, ou polenta e salame, essas coisas né!?!... E quando não tinha, aí tinha o pon daí ou tinha... como é que se diz a... a mortandela, ou outras coisas aí que é veneno que as mosca nem sentam... como é que se chama?... Margarina... (FC)

No relato acima de FC trazemos a observação feita sobre a margarina, que a considera um “veneno”, entretanto, apesar deste fator, o paciente permanece consumindo. Aqui observamos que nem sempre uma diretriz consegue se tornar parte do estilo de vida dos indivíduos, reforçando novamente a importância da regulamentação da indústria alimentar contra alimentos que não fornecem uma nutrição adequada e ao mesmo tempo de conseguir trazer à consciência social sobre esses alimentos para conseguir retirá-los da cultura alimentar (BURLANDY *et al.*, 2016). Os hábitos alimentares acabam sendo modificados pela influência da sociedade atual, uma sociedade do consumo, que acaba substituindo alimentos de sua cultura por alimentos globais, muitas vezes resultado de uma “imposição” da indústria (BALEM *et al.*, 2017).

Apesar de os pacientes sinalizarem como base de sua alimentação o consumo de comidas naturais, a introdução de frutas e verduras são mencionadas apenas quando questionados sobre esses alimentos, demonstrando não fazerem parte da rotina alimentar, porém não se exclui o consumo quando há oportunidade, geralmente em refeições intermediárias ou “fora de hora”:

Salada eu como, tudo quanto é tipo de salada... sim, adoro... Frutas geralmente eu não como. (FA)

E vamo no interior, muitas vez a gente pega no interior... sabe... sempre bastante fruta... Fruta, melancia, melão, abacaxi... essas coisas aí, nós sempre gostamo de come. (DG)

Sim. Eu como... uma fruta, às vezes eu como um pedaço de pão também... Às vezes eu tomo um café. (JM)

As frutas eu quase, não coloco muito no café da manhã, mas aí lá pela tarde, como lá tem uma chácara cheia de bergamota, laranja e caqui... tudo quanto é coisa, então quando é dez horas, tu vai lá come alguma coisa, uma fruta, uma coisa... (LL)

É, fora de hora. Aham. É. Que fruta agora nós temos fazendo um novo arvoredo que nós trocamos de morada. Mas isso sempre teve. (NC)

Era o correr do dia, sabe? Passava no pé, pegava... Quando tava por lá, já ia... beliscando fruta. (OS)

Alguma fruta, né... É, lá na roça, né. Sempre tem, bastante fruta, né. (VG)

O paciente LC traz o relato de quanto o consumo de vegetais dependia exclusivamente de sua produção, dando a entender que o seu consumo era sazonal e vinculado com o clima e a produção do campo: *“Quase sempre. Quando o tempo corria bem, que nem ano passado já a seca não deixou vinga... É, não vinha nada.”*

Percebemos aqui que pacientes que estão na lida do campo, acabam comendo frutas encontradas em seu caminho do trabalho, já quando olhamos pacientes que estão na cidade, a prevalência começa a se modificar e encontramos a introdução de alimentos processados e mesmo ultraprocessados:

Ah, o que aparecia... risos... É frutas, é cuca, grustoli, essas coisas, sabe? (DDB)

Eu como... geralmente de tarde eu tomo um café ou como alguma coisa que tem pa come... alguma bolacha, alguma comida, eu esquento e como... (FA)

Uh, ali pela meia tarde ela fazia... ou de repente uma pipoca, ou outras coisas, tinha uma bolachinha num canto ali a gente comia, ou mamão ou tudo isso... melon, essas coisas tudo. (FC)

Como percebemos, apesar de os pacientes basearem sua alimentação em alimentos *in natura*, elementos de transição nutricional estão presentes em todos os lares, em alguns locais com maior impacto do que outros, mas a alimentação industrializada já vem sendo parte do cotidiano das pessoas.

Outra questão prevalente é o consumo de doces e açúcar, como falado por LL: *“Sim, açúcar... sempre coloquei. Amo doce... Meu Deus do céu, eu deixo qualquer coisa pro doce... E sempre comi, comi... todo mundo me dizia assim bah, vai te dá uma diabete, nunca me deu nada...”* Mas quando questionada especificamente sobre alguns ultraprocessados, a paciente nega: *“Não. Refrigerante não...”*. Sobre bolachas e outros farináceos: *“Não, não... muito pouco... a única coisa que eu gosto mesmo é de bolacha, é aquela salgadinha, água e sal, sabe?”*

Já a paciente FA, a mais jovem entrevistada, que sempre morou na cidade, sinaliza seu consumo de alimentos industrializados como rotina e baixo consumo de frutas, como relatado anteriormente, ao ser questionada sobre o consumo de bolachinhas recheadas e salgadinhos, informa que faz seu consumo de forma rotineira, bem como o consumo de doces e açúcares, assim como relata alto consumo de refrigerantes com uma contra partida de baixa ingestão de água. Ainda relata que outro fator que influi a baixa ingestão hídrica é o hábito do chimarrão, onde afirma que “*Mais chimarrão, isso.*”

Quando o assunto é hidratação, a troca da água pelo consumo do chimarrão não é um relato isolado, uma vez que pudemos constatar relatos semelhantes:

Tu acredita que eu esqueço que existe água e vê... quando me dá sede, invés de eu i toma um copo d'água... sou franca em te dizer, não adianta... eu vô e tomo umas dez cuia de chimarrão. (LL)

Água tomo pouco. Toda vida tomei poca água.... Não, não tenho sede. Tomo o chimarrão sempre. (OS)

Água sim, mas bem pouco. Eu não tomo muita água... Tomo poca água. Chimarrão eu tomava bastante. E depois quando eu comecei... me dá essas dor de estômago forte, daí parei um pouco com o chimarrão. (RP)

Vinha pra... na hora do almoço tomava um chimarrãozinho, né. Se lavava, tomava um chimarrão e depois ia almoçar. (VG)

O hábito do chimarrão é típico do gaúcho e é considerado um dos fatores de risco para neoplasias de boca, garganta, pescoço e estômago, sendo o grande problema o consumo da água em temperaturas elevadas, posto que a erva-mate em si tem diversos bioativos que teriam ação protetora (BRASIL, 2020). Especificamente, em nosso estudo, identificamos 32 casos destes tipos de tumores, representando 8,4% da amostra.

Outro líquido que muitas vezes substitui o consumo de água é o refrigerante, alimento ultraprocessado, considerado de alto risco não apenas pela quantidade de ingredientes químicos em sua composição, mas pela quantidade de açúcar refinado (BALEM *et al.*, 2017; BRASIL, 2014). O paciente LC refere ter incluído o refrigerante em seus hábitos: “*Eu tomava ultimamente ali né... eu tomava... Coca muitas vez de meio dia um copo ou dois... Às vez tomava três copo, às vez ficava depois três ou quatro dia sem toma nada. Tudo assim.*” Diferente de LC, o paciente FC faz o seguinte relato:

Ah, refrigerante... eu pra mim descartável. (FC)

Entretanto, a sua acompanhante responde:

Mas tomava, mas tomava... tem que contar a verdade. Tomo um pouco, ma... tomava, assim não de vício... Mas de um tempo pra cá, peguei um enjoo do refrigerante com essa... prefiro toma água pura, mas não o refri.

A sinalização da repulsa ao tomar o refrigerante pode ser entendida como uma alteração pela doença, ou mesmo a afirmação de algo que o paciente imagina que o entrevistador queira ouvir (lembrando que todos sabiam que a entrevistadora era nutricionista).

Sobre alterações na alimentação em decorrência da doença, comumente percebemos mudanças ao longo do tratamento, entretanto os pacientes sinalizam mudanças em suas rotinas por diversas situações.

A paciente CS relata a troca do açúcar pelo adoçante após a descoberta do diabetes: “Não... eu... Ultimamente porque eu tenho diabete, então eu usava o... o adoçante... Sim, que daí não comi mais doce, mai nada, né! Que eu era muito do doce, do bolo, de...”

Não só por causa do diabetes percebemos a retirada do açúcar da alimentação, mas dois pacientes referem essa mudança por relacionar o açúcar como um alimento que aumenta o tumor. Alguns comportamentos e buscas reativas são pautadas pela sensação de perigo ou medo (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

Ao falar sobre o consumo de café, a paciente JM traz o seguinte relato: “Eu gostava bem doce... Bem... o meu café bem doce... Até agora tô... cortei o açúcar, né? Tô achando falta ((risos)).” Quando IF é questionado sobre o porquê de tal mudança, há o seguinte relato: “Porque eu, eu li que o câncer ele... ((pensativa, tentando lembrar))... é alimentado pelo açúcar, daí... É cortei.”. A paciente DDB diz: “Tô tirando, assim tô colocando male... mais pra amargo do que pra doce...”, ao ser questionada sobre o porquê dessa mudança, refere ter mudado “Agora depois que eu descobri [...] É, do diagnóstico. Eu descobri, porque antes eu comia muito mais coisa doce e agora tô tirando...”

Outros pacientes relataram ter recebido algumas informações após o diagnóstico, as quais forçaram às mudanças:

Pra fala a verdade mesmo muda muita coisa. Primeiro lugar porque tu era acostumado, vamos supor... faz um churrasquinho no domingo, toma uma cerveja, ou um copo de vinho, daí parei né. (DG)

E depois que cheguei aqui que fiz as vinte e oito radio, que a dotora... não me bote mai de duas cuia de chimarrão não me bote na boca... carne de galinha, tira o corinho... tira o coro, tudo assim... E nada de salame, mortadela essas coisas, nada, nada, nada... (FC)

É, sempre gostei, mas que nem agora tá difícil, né... porque eu... tenho... como aos poquinho e os poco que como aí tu fica... daí incomodando, né... por causa do pâncreas, né... (IF)

Agora eu como normal... Agora eu tô toda hora comendo (risos). Toda hora beliscando, isso... Ah, eu como pão, bolacha, alguma fruta... parece que hoje... depois que eu fiz essa cirurgia, hoje eu tenho mais fome, parece. (VC)

Assim como o paciente VC, os pacientes em geral consideram que suas escolhas alimentares são “normais”, ou seja, não são “chatos” para comer:

Eu nunca fui uma pessoa, assim... xarope pra come, sabe. Qualquer comida me serve. (DG)

Ai assim, ó, eu nunca fui muito de me cuida, confesso pra ti ((risos)). Sempre gostei de come muita coisa de, de... de bolo, de pão, dessas coisas de farinha... ((risos)) É, fruta muito pouco, água muito pouco também ((risos)). É. E a comida normal assim, não sou muito enjoada pra isso, sabe? Qualquer coisa me serve... (FA)

Eu como normal, como de tudo... Gosto de tudo, não tem assim o que eu não gosto de come. (JM)

Alguns pacientes sinalizam que não seguem um padrão alimentar saudável, demonstrando certo conhecimento no que seria então uma alimentação saudável, como relatado por NC: “Olhe... a alimentação, o M. cuida mais... agora eu tô cuidando um poco. Eu já fui muito relaxada com a comida”. A paciente em questão alega que não tinha rotina para se alimentar, o que considera errado: “Eu não tava com fome... vô come daqui um poco.... Isso aí é verdade que tá errado... Eu comia, ma das vez comia demais e das vez comia de menos.” Relatou, ainda, que sua rotina de trabalho no campo interferia nos horários da alimentação: “Né... qué dize... meio-dia vamo almoça... às vez era duas hora da tarde, às vez era meio-dia... É, isso acontecia.” Percebe-se que havia um cuidado extenso com a alimentação dos filhos, sendo que os pais acabavam se moldando conforme as necessidades do dia, como relatado nesta fala: “A gente cuida muito a alimentação dos filho, que nem tenho três filho, os três cada um na sua casa... mas... os filho sim, tudo bem.”

A paciente OS também inicialmente refere que sua alimentação “*era saudável*”, porém quando questionada sobre o que considerava saudável e como era sua rotina, relata que nem sempre realizava o café da manhã: “*Sim, sim, às vez o café não... ali umas horinha depois ia come alguma coisa.*” Relata que após trabalhar um pouco ia tomar um café, que era composto de “[...] *leite e pão, né... ovo frito... eu comia sempre o pão... a broa ou de trigo... eu que fazia... Sempre. Eu nunca comia fritura...*”. Entende-se que o não comer fritura era um dos pontos que a faziam supor sua alimentação como saudável, assim como o consumo de ultraprocessados, que para a paciente não eram hábitos: “*E as coisa comprada, esses embutido e coisrada, nunca... Sempre eu que fiz a comida e gostava de faze as coisa natural.*” Em contrapartida, percebe-se que o consumo de alimentos com farinhas refinadas, como a broa ou mesmo o consumo de alimentos ricos em concentração de açúcar, não eram considerados um problema, ao ser questionada sobre o que usava em seu pão, a resposta espontânea foi: “*Chimia, melado... é isso aí... comia ovo frito às vez de manhã, de tarde ou a noite... hora que dava fome...*”

No decorrer das entrevistas percebemos que a alimentação dos pacientes é baseada em alimentos *in natura*, seguindo as recomendações preconizadas pelo Guia Alimentar (BRASIL, 2014). Contudo, destaca-se a inclusão de alimentos processados como: embutidos, refrigerantes e doces, e o consumo aumentado de carnes vermelhas, todos estes considerados fatores de risco ao câncer. Igualmente importante perceber que o consumo de frutas e vegetais é baixo, dependendo muito da disponibilidade e para tanto dificulta a ingestão tanto de fibras como de fitoquímicos, considerados fatores de proteção ao câncer (BRASIL, 2020).

Outro fator de proteção ao câncer é o aleitamento materno, tanto para a mulher que amamenta quanto para o bebê (BRASIL, 2020; UNICEF, [s.d.]). Nas entrevistas não foi abordado o assunto em questão, contudo no relato de NC, quando fala sobre a alimentação dos filhos, percebe-se o uso de mamadeira, indicando assim a influência da indústria na alimentação inclusive de pessoas que vivem na área rural: “*Preciso uma mamadeira de madrugada, a gente levantava, não restava dúvidas. Tudo bem...*”.

Diante ao exposto, nota-se que a cultura alimentar dos nossos pacientes permanece baseada em alimentos naturais, entretanto conseguimos perceber a influência da indústria com a inclusão de alimentos ultraprocessados em suas rotinas. Possivelmente essas mudanças estejam pautadas em um marketing intenso que tenha arraigado esses alimentos na cultura da população, e o simples conhecimento dos potenciais riscos não consegue modificar essa estrutura, talvez por serem pouco difundidos ou mesmo por serem frutos de diversas contradições (visto haverem tantos estudos e em cada período algum alimento ser exaltado ou

demonizado) (SILVA; PIRES, 2019; VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

Isso implica a necessidade em estarmos atentos aos interesses do setor privado que, muitas vezes, age influenciando processos políticos, seja em legislações ou mesmo em ações de saúde, podendo acarretar prejuízo à população. Ressaltamos que em muitas situações o governo age com certa restrição à alguns setores industriais, como no caso da indústria tabagista, por exemplo; todavia, a indústria alimentar dificilmente tem restrições e acaba conseguindo circular livremente dentro do espaço político do país (BURLANDY *et al.*, 2016).

Determinar uma alimentação como saudável ou não é exercer o biopoder e, assim, impedir que a própria sociedade crie consciência alimentar autônoma baseada em sua cultura relacionando com os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos pela ciência, permitindo que se crie sua própria riqueza alimentar (BALEM *et al.*, 2017; DUMONT; GARCIA, 2015). Entende-se que dentre tantas variáveis a alimentação é uma das que causa maior impacto na melhora do estado de saúde global da população e utilizar mecanismos para promover sua melhora é uma estratégia política, desde que seja feita com critérios e ética (MENEZES, MALDONADO, 2015; KOLONEL; ALTSHULER; HENDERSON, 2004; ILLICH, 1975).

Por isso, o maior desafio que temos adiante é influenciar positivamente as escolhas das pessoas, respeitando suas identidades e culturas, na tentativa de agir como interlocutores, e não como “ditadores” de regras.

5.2.2 Sedentarismo

Juntamente da alimentação, é eminente a importância da prática da atividade física regular como fator de proteção contra o câncer. Conforme a OMS se houver uma prática de 150 minutos semanais de atividade física moderada, já teremos benefícios, não apenas contra câncer, mas contra o desenvolvimento de todas as DCNT's (LEÃO; KNUTH; MEUCCI, 2020). Com relação ao câncer, há “forte a evidência de proteção da atividade física em relação aos seguintes cânceres: bexiga, mama, cólon, endométrio, esôfago, estômago e rim”, assim como a prática da atividade física auxilia na prevenção da obesidade, que é um fator associado positivamente com o desenvolvimento de diversos tipos de neoplasias (SBOC, 2022, p. 10).

A atividade física é um comportamento que envolve movimentos voluntários do corpo, associado a um gasto de energia acima do nível de repouso e pode estar associado com

lazer ou trabalho. Mesmo as tarefas domésticas podem ser caracterizadas como atividades físicas a depender de sua intensidade. Esses movimentos apresentam benefícios não apenas na prevenção de doenças, mas igualmente melhoram humor, disposição e qualidade de vida de seus praticantes (BRASIL, 2021). A atividade física atua modulando diversas etapas do processo carcinogênico, sendo que sua ação atenuando a inflamação crônica e mesmo seus efeitos imunomoduladores são potenciais protetores contra o desenvolvimento do câncer, e mesmo no auxílio no controle da doença (GURGEL *et al.*; 2018).

Em relação ao público entrevistado, percebe-se a prevalência de atividades laborais ativas, entretanto a presença de exercício físico regular não é prevalente. Aos homens, o exercício que apareceu foi o futebol, entretanto o exercício permanece enquanto jovens, sendo que muitos dos pacientes deixavam a prática ao envelhecer:

Até os quarenta e dois anos joguei futebol, depois ((risos))... (FC)

Ah, eu fazia, jogava futebol, mas depois parei, né? Não... Ah, faz uns cinco anos, né? (GK)

Ah, futebol eu joguei no tempo de gurizada, né? Até os vinte e poucos anos... (LC)

Jogava bola. Aí duns tempos pra cá eu parei... Ah, a gente jogava... costumava jogar na quinta, nos domingo... quinta de noite às vez... parei agora por causa da cirurgia. (VC)

No caso das mulheres, as caminhadas eram a atividade mais exercida:

É, mas eu fazia minhas caminhadas... Fazia quase dois quilômetros... Três vez, quatro vez por semana. (OS)

Ah, e... no caso ele dirige, mas eu caminho muito de a pé... Agora que eu tô me cuidando por causa que eu tenho, eu tenho fraqueza, né? Mas eu já andei muito a pé. (NC)

Em alguns casos os pacientes relatam realizar caminhadas para ir até o seu trabalho:

Mas caminha, eu caminho assim, deixa eu te dizer: dá vinte minuto pra ir de manhã, vinte minuto pra volta de meio-dia, vinte minuto pra ir e vinte minuto pra volta. (LL)

Eu tenho carro, mas se não muitas vezes vou a pé. Eu gosto de caminha bastante. (DG)

O paciente IF diz que caminhava, mas ao ser questionado, acaba relatando que utilizava sempre o carro: *“Caminhava, isso. E da minha casa a roça, dá seis quilometro... mas eu tinha um auto véio...”* Ao ser questionado se caminhava ou utilizava o carro, o paciente relata: *“Non, non... sempre ia de carro. Depois que foi na cidade a gente ia de carro daí.”*

Entre os nossos entrevistados, a justificativa em não exercer alguma outra atividade física é a sua atividade laboral intensa (na agricultura, construção ou madeireira). Ao olharmos a ocupação de nossos pacientes, no geral temos 38% na agricultura, 3,9% na construção e menos de 1% em atividades com madeira.

É que também a gente faz exercício direto na roça, porque eu tenho umas ladera pra subi, daí eu vo a pé lá trabalha... desce, vorta... na lavora ali sempre... (VG)

É pedrero né... sabe... pedrero é um serviço pesado. (DG)

É... tirando agora, na madeireira era rolando tora direto... Pegando cabo... sempre, sempre. (VC)

Das entrevistadas, temos as mulheres como responsáveis pelo trabalho da casa, e esta sendo considerada a sua atividade física, como no relato de LL: *“Caminha e limpo a casa quando chego em casa né? Esfrego aqui, esfrego ali, limpo, faço essas coisas.”* No caso, esta paciente trabalha fora de casa e ao chegar realiza estas tarefas. Contudo, mesmo com a saída das mulheres para o mercado de trabalho ainda se percebe um grande número de pacientes (15%) que se declaram “Do Lar”, das 59 pacientes em questão 38 (ou seja, 64% delas) são pacientes acima dos 60 anos.

Tanto mulheres quanto homens idosos ou que estejam em ambiente rural, mesmo que não pratiquem exercícios físicos em seu lazer, apresentam baixo sedentarismo, pelo envolvimento intenso nas atividades laborais, que já caracterizam alguma atividade física (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY, 2015).

No relato de CS, percebe-se que as condições de saúde a levaram a buscar uma atividade física, ao mesmo tempo em que foram o que a fizeram parar. Inicialmente refere que sempre caminhava: *“Sempre, sempre, sempre, sempre, sempre, sempre. Fazia Erechim ao bairro. Mas agora não.”* Com o envelhecimento e alguns problemas de saúde parou de caminhar: *“Agora de carona dos meus filhos... meu filho ou então ônibus... E quando questionada sobre a prática de alguma atividade física diz: “Ó... ((pigarro))... Eu não faço agora. Até que uma vez comecei, mas daí a coluna me atrapalho. E daí eu parei”.* O que

demonstra a adoção de um estilo de vida sedentário, sempre com algum tipo de justificativa para tal. Relato também presente na fala de DDB: “*De carro ((expressa sinal de vergonha))... muita preguiça de caminha... É... Tempos atrás até a gente fazia umas caminhada, toda noite sabe? Mas agora tamo meio relaxado... bem pouco... Eu tava fazendo academia, mas depois da, da minha cirurgia eu acabei parando e não consegui mais volta.*”

A presença de algum problema de saúde ou a própria doença atual acaba sendo a razão ou mesmo a justificativa para interromper a prática do exercício físico:

É que... de primeiro eu caminhava bastante... antes disso... Agora eu caminho menos... pouco, né? E até porque não consigo trabaia... E daí, de moto, de carro que dize... (IF)

Depois que eu voltei pra cá... cinco anos eu experimentei joga bola... Ma daí primeiro foi um tornozelo, depois foi um joelho, daí me aposentei... Aí eu... eu agora emagreci... ma eu pesava cento e cinco quilo. (MV)

Ah, agora não tenho mais força, porque essa doença te... é terrível... Consome a gente, é uma fraqueza muito grande. (OS)

Já a paciente FA, que foi a entrevistada mais jovem, relata nunca ter praticado atividade física, mas considera a ginastica laboral da empresa algo importante: “*Lá no serviço a gente faz. Faz nas terça e nas quinta-feira a gente faz...*” Demonstrando inclusive a importância da consciência da empresa com relação à saúde de seus colaboradores, inclusive quando consideramos que a maior parte dos trabalhos modernos envolvem comportamentos sedentários, como no caso da paciente em questão que trabalha na indústria de doces da cidade. Obviamente não podemos descartar o interesse em manter o colaborador ativo e mesmo mais produtivo, também características do biopoder (BRASIL, 2020; FOUCAULT, 2008).

Outra ponderação a ser feita, é como os jovens possuem práticas mais sedentárias quando comparados aos idosos. O comportamento sedentário, seja considerado independente ou associado a outros riscos, aumenta a incidência de câncer endometrial, colorretal, pulmonar e mamário, demonstrando a importância das ações de promoção para incentivar a adesão à atividade (GURGEL *et al.*, 2018).

O incentivo ao exercício físico é perceptível tanto entre os indivíduos, quanto na mídia, relacionado tanto para proteção contra doenças e mesmo com relação ao alívio ao estresse e ansiedade (SIBILIA; JORGE; 2016). Durante as falas sobre o exercício a presença

da orientação de profissionais da saúde foi algo interessante, mesmo que essa orientação não se tornasse rotina dos pacientes:

Faz anos que o médico me disse: sempre tem que caminha, né. (DG)

É. Na verdade quando eu comecei a fazer a dieta, nós começamos caminha, eu e meu marido. Depois paramos... Lá de vez em quando dá uma caminhadinha, mas muito pouco. (JM)

É dali... por causa do coração ali que foi receitado eu caminhava bastante... E daí eu parei por causa da cirurgia... E agora a hora que de pra começa de novo, eu começo de novo a caminha. (NC)

Percebemos, então, que mesmo que seja um fator de risco, ainda não é o suficiente para que a população modifique seus hábitos, demonstrando que talvez essas informações careçam “de potência estruturante suficiente para a modificação de hábitos arraigados”, com isso necessitamos melhorar nossa forma de comunicação, a ponto de fazer com que as orientações de promoção a saúde atravessem a barreira da imposição e entrem no campo cultural da sociedade (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016, p. 866). Para tanto, torna-se imprescindível estabelecer ações que não apenas considerem os fatores individuais e responsabilizem o indivíduo como se a decisão dependesse exclusivamente de esforços individuais (novamente uma atitude da biopolítica), mas que observem questões culturais, econômicas, políticas, e em especial promovam ambientes de acesso a todos e oportunidades seguras para as práticas de atividade física (SBOC; 2022, BRASIL, 2020).

5.2.3 Tabaco e álcool

Dos fatores de risco que mais são associados ao câncer temos o uso do tabaco e o consumo de álcool. Quando avaliamos o risco dos pacientes, podemos perceber que a inadequação na alimentação se associada ao consumo de tabaco, álcool e mesmo o açúcar, são responsáveis por parte das doenças da população (ILLICH, 1975). Devemos entender o papel que a indústria sempre desempenhou sobre a cultura das pessoas, em especial dos idosos, visto que antigamente o apelo mercadológico do cigarro era visível (BURLANDY *et al.*, 2016), a ponto que em muitas das falas sobre o consumo são relacionadas com a juventude ou mesmo a socialização:

Não. Fumava quando era pe... mais novo, ma não por vício. Porque aquele tempo lá que nós era piizada pa conquista uma guria tinha que fuma... Era todo mundo igual, a juventude era igual. (DG)

Quando era jovem eu fumava, ma faz muitos anos ((risos)). Meu Deus, faz anos... eu tinha o que... uns vinte anos quando parei de fuma.(RP)

Ah, mas isso é... quando era... tinha dez, doze ano né? Mas não... era só por esporte... os cara saia... (VG)

Como percebe-se nas falas, os pacientes acabam adquirindo o hábito durante a adolescência, o que vem ao encontro do estudo de Feitosa e Pontes (2011), ao afirmarem que a maioria dos participantes adquiriu o hábito na infância e adolescência. A vulnerabilidade nesta faixa etária deve ser considerada, pois tanto as propagandas quanto os grupos sociais aos quais pertencem pode interferir diretamente na adesão aos hábitos tanto do cigarro, quanto da bebida alcoólica (BRASIL, 2008).

O hábito de fumar é um exemplo expressivo de o quanto a cultura influencia a formação da identidade, não apenas pela importância do hábito em sua reputação social, mas mesmo da representação familiar, como na fala do paciente FC: *“Finado meu pai que me ensinou, dos dezoito ano até os vinte e seis, vinte e sete. Depois que eu casei com ela... ela me disse... ma não dá pra deixa? Deixei e vamo vive junto, daí...”*. Neste caso vemos duas situações: o início do fumo incentivado pela figura do pai; e após o abandono ao vício, para a formação de um novo lar, com a esposa. Em outros casos, como visto na fala de DDB, percebe-se que não há contato com cigarro na família, o que influencia o não uso: *“Não, nem na minha família não tem... nem meu pai, ninguém fuma.”* (DDB)

Não apenas o uso do cigarro é visto como vínculo social, mas o consumo de bebida também estava atrelado com a vida social e o *status*:

Eu gostava, nós ia no clube de mães, sabe como é que... A dança, eu adorava a dança, essas coisa... De repente uma cervejinha a mais, mas nada além. (FC)

Óia... nos fim de semana, quando saia assim alguma festa... lá uma vez por mês... daí tomava às vez até um poquinho... meio de mais... mas não assim... E... nos fim de semana normal, ia alguém da comunidade, jogava um baraió e tomava alguma cerveja lá, né... Mas nada assim de anda bêbado, caindo em valeta e coisa assim... (IF)

Sempre. Bastante... Cerveja e cachaça [...] Diariamente não, mas nos fim de semana sempre forçado. (MV)

Veze em quando uma cervejinha... Uma vez por mês... É... uma festinha, alguma coisa... (OS)

Bebida tipo cerveja, algum barril de chopp... ma eu nunca fui de bebe assim, né? De toma... Fim de semana, sim. Sim, mas mais controlado assim. Cervejinha e uma coisa, nunca fui de... (VC)

Não... é lá de vez em quando. Quando sai alguma festa, né... a gente vai e toma uma cervejinha... Eu caipira já não tomo, não so muito da caipira... A cachacinha também era só aquela hora de noite, quando chegava visita. (VG)

Alguns pacientes referem que faziam uso regular de bebida alcoólica, muitas vezes em pequenas quantidades, mas demonstram que após a descoberta da doença já estão parando o consumo: “Mas eu sempre gostei de toma o vinho. Só que agora eu tô parado, né... Faz tempinho, falaram pra para, paro.” O paciente DG ainda diz: “Ah, quase todos dia um pouco de vinho. Não muito, nunca fui exa.. ejagerado assim, sempre tomava um... eu fazia vinho em casa, nós fazia em casa, eu e ela. Era vinho puro, né.” Relato também apresentado por FC: “Antes do tratamento? Tudo a vontade. Eu ficava de tardezinho, eu gostava de toma minha caipirinha ou depois uma tacinha de vinho, que até os médico diz F. faz bem uma tacinha de vinho... Depois quando começo isso aí, eu tirei tudo, né?”

No estudo de Focchessatto, Rockett e Perry (2015) identificou-se que os pacientes também ingeriam vinho diariamente, como parte de hábito cultural advindo com os imigrantes italianos. Igualmente ao estudo dos autores referenciados, em nosso estudo o consumo de bebida alcoólica foi prevalente nos homens. Dentre os 377 pacientes avaliados, a grande maioria relata não ter o hábito de consumir bebida alcoólica, entretanto temos 33 (10,7%) que ainda fazem uso, e 27 (8,7%) que pararam o consumo.

Diante do exposto, percebemos a dificuldade em largar um vício, como comentado pelo paciente LC, que referiu diversas recaídas ao longo da vida e no momento tem substituído a bebida pelo consumo do chimarrão: “Aham. Sim. Mas tem isso, né... o chimarrão praticamente foi quando que eu larguei de toma uns trago, né... É. Eu tomava uns trago de dia, de noite. Ah, eu parava seis mês, um ano, aí voltava a bebe de novo. Depois parava, depois voltava.” Como também apresentado parte dos pacientes relatou consumo social da bebida, e o paciente GK demonstra dúvidas sobre o consumo enquanto faz o tratamento da doença, questionamento esse envolto em um descrédito sobre a necessidade de mudar um hábito que é envolto de simbolismo: “Ah, final de semana toma cerveja... agora não vô mais pode, né?”

A paciente FA, a mais jovem entrevistada, nega o uso do cigarro, mas expõe uma prática de consumo de bebida alcoólica em grande quantidade: “*Geralmente, uma vez atrás eu bebia bastante... Agora eu parei... E parei totalmente*”. Sobre a frequência do consumo diz: “*Geralmente era final de semana [...] No final de semana tomava, ma dia de semana daí não*”.

O vício ao cigarro também tem grande relevância aos números do câncer. Dentre nossos pacientes temos 15,3% de pacientes que permanecem em uso, e 17% cessaram ou estão em processo de cessação, como vemos nas seguintes falas: “*Cigarro eu fumei durante deze... dezesseis anos bem dize...*” E GK relata que parou de fumar: “*Dia vinte e cinco fez um mês... Um mês e poquinho... é quando eu descobri da doença, é*”. Também MV conta que cessou igualmente após a descoberta da doença: “*Desde dos dezesseis, dezessete ano... Parei agora... em setembro...*”.

Já a paciente LL relata a dificuldade em parar com o uso do cigarro, procurando auxílio médico para essa tentativa: “*Fuma sim. Apesar que eu ainda... Eu cortei bastante, sabe? Desde a cirurgia, ma não tô conseguindo deixa... Mas eu tô... tô... ich, diminuí... Montão... É eu tô tentando assim, porque que nem essa semana o, o médico do postinho disse que vai me dá um remédio que... Vai tira assim a ansiedade... não é assim que fumo, fumo, mas é que se eu toma uma cuia de chimarrão, por exemplo depois do almoço...*”.

Sabemos que o cigarro está relacionado com a exposição a diversos compostos químicos cancerígenos (mais de 4000 substâncias), assim como de metais pesados (BRASIL, 2020). Além destes, temos que considerar ainda a produção de fumaça que lança na atmosfera esses compostos, sendo considerado um problema de saúde pública, prejudicando não apenas os fumantes, mas àqueles que estão expostos, em nosso estudo temos 09 pessoas (2,3% da amostra) declarando serem fumantes passivos, e assim estar em contato direto a este risco (BRASIL, 2021).

Como explicitado anteriormente, temos um fator expressivo relacionado ao cigarro e a escolaridade, sendo um risco cinco vezes maior de ser fumante se tiver baixa escolaridade (FEITOSA, 2012). Mediante aos expostos, podemos perceber que mesmo com tantas campanhas, para que haja uma mudança efetiva na vida da população, deve-se transpor as informações acerca do biológico. É urgente que as orientações atinjam o comportamento, ou seja, atravessem as culturas e as identidades, entendendo que durante o processo de construção, o indivíduo também encontre sua saúde (ILLICH, 1975).

5.2.4 Comorbidades

Ao longo do texto trouxemos diversos dados acerca do câncer, mas precisamos relacioná-los também com outras doenças. O aumento da incidência do câncer pode estar relacionado com o envelhecimento da população e com a queda nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, sem contar nas relações com fatores de risco e a situação socioeconômica da população (SBOC, 2022). Como já mencionamos 44% dos pacientes atendidos apresentam algum tipo de comorbidade. Conforme as pessoas envelhecem há uma maior prevalência das doenças crônicas, o que impacta negativamente na saúde e morbidade da população. Com o avanço da medicina, presenciamos uma diminuição em contaminações por doenças infecciosas e com isso um aumento expressivo no número de pacientes que apresentam alguma doença crônica, com especial significância para as doenças cardiovasculares e o câncer (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY, 2015; BRASIL, 2004).

Na fala dos pacientes entrevistados poucos mencionaram a presença de outras doenças, em alguns casos por serem assimilados como “normais”, não sendo considerados um mal. Um exemplo é o paciente FC, que relatou que só tinha tido, há muitos anos, um câncer de pele benigno, no entanto, sua esposa pautou que o mesmo fazia tratamento para hipertensão, fato confirmado posteriormente por ele. A hipertensão, inclusive é a comorbidade que mais atinge os pacientes do nosso estudo, com uma prevalência de 41% dos pacientes, que vem ao encontro em outros estudos realizados no RS em que a média dos pacientes hipertensos chega à marca de 50%. Em nosso estudo, entretanto, encontramos mais homens hipertensos (51,6%) do que mulheres. Nos demais estudos foram encontradas mais mulheres com esse diagnóstico. Uma das causas da hipertensão é o elevado consumo de sódio, um dos grupos alimentares que os pacientes relatam consumir habitualmente é o dos embutidos, conhecidos por terem grande quantidade de sal em sua composição, o que pode estar relacionado com o quadro (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY, 2015).

As doenças cardiovasculares estão intimamente ligadas ao câncer, sendo a causa de cerca de 18 milhões e 10 milhões de mortes no mundo, respectivamente. Os mecanismos fisiopatológicos das doenças têm similaridades, como a inflamação e alguns fatores de risco se entrecruzam como o fumo e a obesidade; ainda o tratamento oncológico está relacionado com o aumento do risco de desenvolver doenças cardiovasculares. O risco de desenvolver doenças cardíacas está relacionado ainda com baixa escolaridade, baixa renda e mesmo moradia em área rural (BATRA; KONG; CHEUNG, 2021).

Outro fator importante, relacionado com as causas do câncer, é o sobrepeso e a obesidade, sendo relacionados com o quadro de inflamação crônica (BRASIL, 2020), que atingem 66,3% dos adultos e 45,3% dos idosos do nosso estudo. Conforme dados da OMS, a obesidade vem assumindo quadro de epidemia, sendo que no Brasil, conforme censo do IBGE de 2010 o sobrepeso já atingia cerca de 50% da população adulta, quando avaliamos a amostra do estudo, percebemos que nos pacientes esses números são ainda maiores, demonstrando o quanto a obesidade tem impactado negativamente a vida das pessoas (BALEM *et al.*, 2017). Além da obesidade, ainda encontramos 14% de pacientes que são pré-diabéticos ou diabéticos e 10% que apresentam dislipidemia. Estes fatores podem ser encontrados isolados ou associados, que aumentam o risco para o desenvolvimento de câncer.

Com relação à obesidade, os estudos a tem relacionado com o consumo aumentado de produtos industrializados, em especial os ultraprocessados (BURLANDY *et al.*, 2016). Em nosso estudo, apesar de os pacientes entrevistados apresentarem um consumo de alguns tipos de ultraprocessados, como os embutidos, a base da alimentação é caseira e com alimentos *in natura*, o que nos leva a pensar que são as quantidades e a forma de preparo dos alimentos que interferem diretamente no seu peso corporal. Se no passado tínhamos uma realidade de pessoas desnutridas, hoje temos duas realidades paralelas, pessoas obesas e pessoas que apresentam desnutrição pelo tipo de alimentos que consomem, ou seja, a boa alimentação está vinculada com o que se come e com o quanto se come, assim qualidade e quantidade são fundamentais (BALEM *et al.*, 2017).

Realizar ações de promoção para evitar a obesidade tem diversos benefícios, sem contar que há evidência de que pacientes obesos tem maior risco de recidiva, bem como pior prognóstico (GURGEL *et al.*; 2018). O mesmo vale para a prática da atividade física, que é um fator de proteção contra o câncer, e para os sobreviventes dele auxilia na recuperação e sobrevida (SBOC, 2022; LEÃO; KNUTH; MEUCCI, 2020).

O câncer de próstata vem aumentando paulatinamente em países desenvolvidos, e tem sido relacionado tanto com a obesidade quanto com a inatividade física, sugerindo que a adoção do estilo de vida ocidental esteja no âmago da questão (SILVA *et al.*, 2017). Dos pacientes entrevistados, nenhum tinha câncer de próstata, entre os atendidos pelo setor de quimioterapia, temos 85 homens, sendo que 41 estão acima do peso, representado 48,2% desta amostra, reforçando a importância da atenção a esse fator de risco. Os mesmos fatores de risco associados (obesidade e inatividade física) são considerados significativos para o câncer colorretal, aliados ainda à falta de acesso ao diagnóstico e ao tratamento especializado (SILVA *et al.*, 2017). Em nosso estudo, os pacientes entrevistados com câncer de intestino

não eram obesos, mas haviam perdido peso devido ao processo de adoecimento e cirurgia, mas ao olhar os dados quantitativos, dos 43 pacientes com essa neoplasia, 11 deles estão em sobrepeso, representando 25,5% da amostra.

Mediante aos dados apresentados até agora pode-se inferir que atuar de forma a desestimular o uso do tabaco e do álcool, buscar uma alimentação baseada em alimentos *in natura* e aumentar a carga de atividade física semanal, podem ser efetivos para diminuir a carga global do câncer, mesmo considerando que devido ao envelhecimento da população, podemos ter uma maior incidência nesta população (BRASIL, 2020).

Apesar de relevante, o cuidado com essas doenças crônicas é individual, contudo deve-se entender que não é apenas de responsabilização do indivíduo (FOUCAULT, 2008). Como ponderamos por diversas vezes, esse quadro de responsabilização, que demonstra um controle biopolítico do neoliberalismo, tende a tirar a responsabilidade do Estado e aumentar a cobrança e a autovigilância do indivíduo, fazendo com que ele busque bens e serviços de saúde, conforme imposto pelo mercado ou mesmo influenciado pela mídia e pelas redes sociais, reforçando a medicalização da saúde (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018). Essas transformações devem ser trazidas à luz da expressão das identidades e da cultura, para que a discussão acerca das DCNT's possa respeitar as soberanias culturais e se mover através da dinâmica das sociabilidades (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018; BALEM *et al.*, 2017).

Para cada cultura há diferentes definições para as doenças e os seus riscos, portanto não podemos nos atrelar como real ao que sabemos hoje, visto que conforme avançam os estudos e o conhecimento todos os nossos conceitos se modificam, fazendo assim que não possamos determinar na realidade o quanto cada doença está relacionada com os fatores aqui apresentados. Devemos entre meio a tantas regras e definições cuidar para não transformar o ser humano em um ser continuamente doente, em busca de algo inatingível, que é a vida com uma saúde plena, ao mesmo tempo em que, não podemos deixá-lo padecer apenas por interesse da indústria e do projeto neoliberal que busca o enriquecimento através de um consumo extremo (LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2020; FOUCAULT, 2008; ILLICH, 1975).

Como afirmam Coelho e Fonseca (2007, p. 68): “Saúde não é a repetição sem graça do viver, mas o poder circular pela amplitude de estados e afetos e, conseqüentemente, de relações que conseguimos fazer, nas nossas andanças pela vida”.

5.2.5 Ocupação e ambiente

Neste tópico reunimos duas categorias discutidas anteriormente sobre fatores de risco (a ocupação e o ambiente), uma vez que elas se emaranham entre as falas dos pacientes, complementando-se. Esses fatores, por vezes subestimados, não são menos importantes do que os que expusemos anteriormente. Apenas carecem de discussão pungente, capaz de explicar e auxiliar uma mudança de hábitos arraigados, em especial, por muitas das questões que discutiremos a seguir estarem intrinsicamente vinculadas a aspectos econômicos e sociais, perpassando, assim, interesses neoliberais, conseqüentemente ligados à biopolítica (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016). Considera-se que:

Cerca de 80% a 85% dos casos de câncer estão relacionados a fatores ambientais, que envolvem água, terra, ar, ambiente de consumo (alimentos, medicamentos, fumo, álcool e produtos domésticos), ambiente cultural (estilo, costumes e hábitos de vida) e ambiente ocupacional. Esses fatores são potencialmente modificáveis, aspecto importante para a prevenção (BRASIL, 2021, p. 03).

Essas exposições podem ocorrer em diversas etapas da vida, e em diversas ocasiões. Não raro, estamos expostos a diferentes formas de contaminação e, por vezes, nem imaginamos o impacto que elas podem causar. Estima-se que os adultos têm maior risco de contaminação. Entretanto, crianças apresentam maior risco de desenvolver doenças e intoxicação, visto que doses menores geram maior impacto. Ainda se sabe que a contaminação em adultos pode ser repassada aos seus descendentes (BRASIL, 2021).

Em nosso estudo identificamos que a maior parte dos pacientes é composta por agricultores, um total de 146 pacientes (38,7%). Dos entrevistados, também averiguamos que a maioria deles trabalham ou trabalharam em algum momento de sua vida na agricultura; e outros, mesmo morando na área urbana, atuam na área rural:

Eu tinha lavora... Pranto mandioca, batata, essas coisa toda. E o resto a gente tem um tantinho de máquina, daí o genro faz e a gente ganha um tanto por cento... E falta saúde daí né... Nos último dez anos nós fomo pra cidade. (FC)

Ah, eu moro na colônia, ma eu trabalhava... trabalhava na colônia, ma trabalhei por fora com carteira assinada, tenho bastante tempo, né?... Ah, eu trabalhei nessa companhia do asfalto aí... trabalhei em prefeitura... hoje trabalho na lavoura ainda. (LC)

A concentração de pacientes que lidam com o campo demonstra o quanto o “agro” está vinculado com fatores de risco para o câncer; reforça o quanto o modelo agropecuário e a indústria se mobilizam para propagar esse estilo de vida; e mesmo formas de consumo e produção insustentáveis que, ao final, apenas favorecem os donos dos oligopólios, enquanto o agricultor fica com pequena parte do lucro e ainda, como consequência, sofre com as doenças decorrentes dos métodos utilizados (BALEM *et al.*, 2017).

Ao observar as mudanças ao longo dos últimos anos, percebe-se a ampliação do uso de agrotóxicos no Brasil, sendo que a cada ano cresce a utilização de pesticidas na América Latina, Ásia e África. Paralelamente ocorre a diminuição ou mesmo a proibição do seu uso na União Europeia. Esse aspecto reforça a colonização em detrimento do interesse neoliberal e da força do biopoder (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022; BOMBARDI, 2017).

Para exemplificar o poder do comércio do agrotóxico, expomos o descrito no Pestizidatlas (2022):

Hoje, a quantidade de agrotóxicos aplicada anualmente é em cerca de 4 milhões de toneladas em todo o mundo. Quase metade são de herbicidas usados contra ervas daninhas; quase 30 por cento são inseticidas que atuam contra insetos nocivos e cerca de 17 por cento são fungicidas contra infestação de fungos. A análise de mercado colocou o valor de mercado global de pesticidas em quase US\$ 84,5 bilhões em 2019. A taxa de crescimento anual composta tem sido superior a 4% desde 2015 – e pode aumentar nos próximos anos. Uma taxa de crescimento de 11,5% está prevista para 2023, elevando o valor de mercado para quase US\$ 130,7 bilhões. Esse aumento significativo também está ligado à crise climática: uma equipe de pesquisa dos EUA da Universidade de Seattle calculou que os rendimentos das colheitas de arroz, milho e trigo podem cair de 10 a 25 por cento para cada grau de aquecimento global. (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022, p. 10, tradução nossa).

Uma das questões relatadas pelos pacientes foi o contato direto com o uso de agrotóxicos, como na fala a seguir: *“Trabalhava na lavoura, né?... Sim, trabalhava na lavoura. Direto lavoura...”* O paciente VG relata plantar *“Batata, mandioca, milho, feijão”*, entretanto para complementar a renda refere: *“Pro gasto, né. Um poquinho de fumo pa... só pra...”* Sobre o uso de agrotóxico, relata que *“Só pra pranta... assim que nem pro feijão, essas coisa a gente não usa, né... Mais é pro fumo, né. Que é o fumo... é pra vende mesmo.”*

Interessante a fala do paciente ao referir-se ao fumo. Ele utiliza agrotóxico por não ser para o consumo próprio e sim para a venda, inclusive afirma: *“E eu não fumo mesmo.”* O que demonstra que a visão de vender está desprendida do cuidado com o próximo ou mesmo de uma noção de cidadania. No caso deste paciente, o mesmo afirma que tinha roupa de proteção para aplicar o veneno, reforçando assim a preocupação com o seu cuidado.

Apesar do paciente em questão referir o uso de EPI, uma das questões que apareceram nas falas foi o uso dos agrotóxicos sem proteção adequada: *“Sempre, sempre. Até... quatro ano antes nós vendia verdura. Daí ele me ajudava... E a gente plantava verdura e vendia.”* A paciente NC relata que após a aposentadoria passou a trabalhar apenas com verdura, mas na sua vida ativa, ela e o esposo trabalhavam com culturas maiores e expõe: *“Era plantado na lavora mesmo... soja...”*. Sobre o contato com agrotóxicos afirma: *“Ah, isso aí... co veneno do fumo, eu passei veneno com a máquina nas costa. Eu passei. E ele até menos ((falando do esposo que a acompanhava)). Eu passava mais veneno, porque ele tinha problema de estômago... Não era pelo não quere, era pelo não pode.”* Nesse relato ainda ao questionar sobre o uso de proteção, ambos afirmam que até recebiam equipamentos, mas que na lida do dia a dia eles não eram efetivos, como observado na seguinte fala:

Mas o básico termina sendo resumido em nada... prá nós lá... Porque... há... há algum tempo que a firma de fumo trouxe aquele EPI, que era todo inteiro... Ma daí assim, né... a gente tava trabalhando lá, daqui a poco já embarrava tudo aquilo lá e já tinha de mete a mão, já tinha que tira a máscara.. já derramava um... um água... que não fosse veneno, ma fosse uma água daquelas... derramava na ropa, daqui a poco já enxugava na ropa, e... então a gente uso, mas assim a proteção... mas a proteção sempre foi... sempre foi assim desvalorizada, sabe? Por causa que... a gente nunca... É... das vez entupia um bico, a gente desentupi.. não com a boca, mas ia lá e enfiava um pauzinho uma coisa assim desentupindo... (NC)

O paciente IF também relata sua rotina: *“Mas olha, eu a minha rotina era assim normal, né. Eu trabalho no interior, né? Daí levantava cedo e ia pra faze, tira o leite das vaca, né? Trabalha na lavora... Normal... Óia... plantava milho, já plantei trinta ano fumo.”* Ele relata que utilizava em muitas situações os equipamentos de proteção individual, entretanto, conta que em algumas situações acabava desprotegido:

Usava... que nem na mais... na lavora que nem de fumo né? Mas daí... Sempre equipado, né... Claro que esses canteiro daí, que vem mais moderno ali... Que as muda são na água, daí às vez, né... o cara vai passa o tratamento, dali uns dia ia muda o fumo, aí sei lá né... Má daí não era com luva. (IF)

O paciente MV também traz essa narrativa. Apesar de ter vivido parte de sua vida na cidade trabalhando como motorista, menciona que inicialmente morava no interior de

Frederico Westphalen – RS: “*Eu saí do interior com vinte e quatro ano*”, quando questionado a cerca de seu trabalho, relata que era “*Na roça*”, em especial “*Com fumo, bastante fumo*”, ao ser questionado sobre o uso de agrotóxicos e o uso de proteção relata que “*Quase nunca*” fazia uso dos EPI’s.

O uso dos agrotóxicos é uma realidade no campo, especialmente quando ponderamos o tipo de exploração da terra. Além de considerar os prejuízos aos comensais e ao ambiente, devemos entender que o uso de EPI é fundamental para o agricultor, visto que ele impede a intoxicação direta e em consequência o risco maior do desenvolvimento de doenças. No estudo de Brito, Gomide e Câmara (2009) 70% dos participantes eram responsáveis pela manipulação e aplicação dos defensivos agrícolas, e destes apenas um referiu utilizar EPI. Em nosso estudo, percebe-se que há o conhecimento sobre a necessidade de proteção, mas o seu uso é ineficaz. Outro ponto de contaminação por agrotóxicos a ser considerado é a falta de cuidado na manipulação, limpeza dos equipamentos após o uso sem a devida proteção, reaproveitamento de embalagens para outros fins, o que torna ainda mais perigoso o seu uso aos trabalhadores e suas famílias (BRASIL, 2021).

Igualmente o paciente VC relata que hoje mora na cidade, mas que antigamente morava em fazenda e lá “*Eu fazia de tudo... Colhia, plantava, passava veneno...*”, sobre o uso de EPI’s refere que “*Antigamente não davam nada né pra gente usa... Só na cara e na corage*”. O paciente mudou de ocupação, entretanto permanece em profissão com risco ocupacional para o desenvolvimento de câncer, trabalha no momento em madeireira, e ao ser questionado se agora faz uso de proteção relata que: “*Uso... Uma luva, coisinha assim.*” Questionado se usa máscara diz que “*Máscara não*” e nega uso de qualquer outro tipo de EPI.

Quando se questiona os fabricantes sobre a segurança de seus produtos, todas as empresas afirmam que se usados adequadamente eles não oferecem risco, entretanto o que percebemos é que não há uma correta instrução ao uso ou então estas não são respeitadas, bem como há muitas associações de substâncias que não foram estudadas e não se sabe qual será seu real efeito. Ainda, considerando a América Latina, estima-se que haja pouco treinamento para o seu uso e que o efeito sobre a saúde das pessoas é subestimado, bem como, o uso de EPI’s não é respeitado, seja pelo alto custo ou mesmo, e cremos que mais importante, pelo descaso sobre o seu uso (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022). Em nosso estudo percebemos que outrora o uso de EPI’s era incomum, e que na atualidade, os agricultores até têm acesso a estes, mas não fazem o uso ou usam de forma incorreta, que ocasiona contaminação de qualquer forma.

Já alguns pacientes referem que antigamente não faziam uso do veneno nas suas plantações e expressam uma maior segurança alimentar:

Não, aquela época não tinha veneno... Só na enxada e no arado... Tu podia pega um pepino aqui do chão e come... Hoje é tudo com veneno... Até uma criança já nasce envenenada... Porque é só com veneno, o leite com veneno, tudo com veneno. (DG)

A fala do paciente DG faz sentido em um contexto no qual a contaminação não se restringe apenas ao ato de passar o veneno, mas persiste no alimento, sendo que várias amostras de alimentos testados no país apresentaram contaminação residual de algum tipo de agrotóxico, sendo que em algumas amostras passaram em até 23% as doses permitidas (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022; BRASIL, 2021).

Em alguns casos, para evitar o contato com os agrotóxicos, os agricultores acabam por fazer a troca das culturas plantadas, acarretando impacto inclusive econômico, demonstrando como ainda há pouca informação sobre vias alternativas de produção, bem como falta de apoio aos produtores que sentem a necessidade de mudança. O que reforça o desafio que a sociedade tem para quebrar os interesses do mercado e o quanto já têm enraizado em nossa cultura que não há meios de produzir sem que seja em forma de monoculturas com o uso de insumos impostos pelas empresas que hoje também vendem e manipulam as sementes (BRASIL, 2021; LOMBARDI, 2017; BRITO; GOMIDE; CÂMARA, 2009). Esse aspecto foi comentado pelo paciente FC:

Non. Veneno... Eu tinha um pomar... até arranquei porque tinha que passa veneno nas costas ((demonstra o uso de máquina)), diz non, non é vida pra mim... Era um pequeno pomar... só dois hectares, né... Daí arranquemo fora, né... que daí foi feito terra de máquina... a gente planta soja, milho... Coloca veneno, mas sempre longe nós... Veneno pelo amor... A gente tem medo até de se alimenta, de compra comida de terceiro, no mercado a gente tem que compra coisa que... aqui tem isso, aqui tem... tem que se cuida cara. Se a gente qué vive, senão não dá.

Mediante ao exposto, percebe-se a falta da consciência do alastramento do agrotóxico no ambiente, como se estar fisicamente longe da produção pode se considerar “a salvo”. Ao pensarmos em agrotóxicos, temos que considerar além da contaminação que pode ocorrer ao agricultor que está diretamente exposto, a contaminação dos alimentos e a do ambiente. Ao observarmos o impacto ambiental dos pesticidas, percebemos atualmente um declínio

progressivo em insetos, como o caso das abelhas, muitas vezes vitais para a polinização, o que impacta em na biodiversidade do planeta e mesmo na qualidade e quantidade de alimentos produzidos para o ser humano. Além disso, os agrotóxicos tendem a se bioacumular não apenas no solo, mas contaminando água e ar, o que causa contaminação em plantações distantes do local original e mesmo nota-se que venenos que por anos já são proibidos como o hexaclorobenzeno (proibido a pelo menos 40 anos na Alemanha), são ainda encontrados em animais marinhos, que na teoria nunca teriam tido contato com esse produto, o que nos traz à luz o tamanho do impacto dos agrotóxicos em todas as cadeias da vida e o como essa ação deletéria permanecerá por anos impactando o mundo (FUNDAÇÃO HEINRICH BÖLL, 2022; BRASIL, 2021).

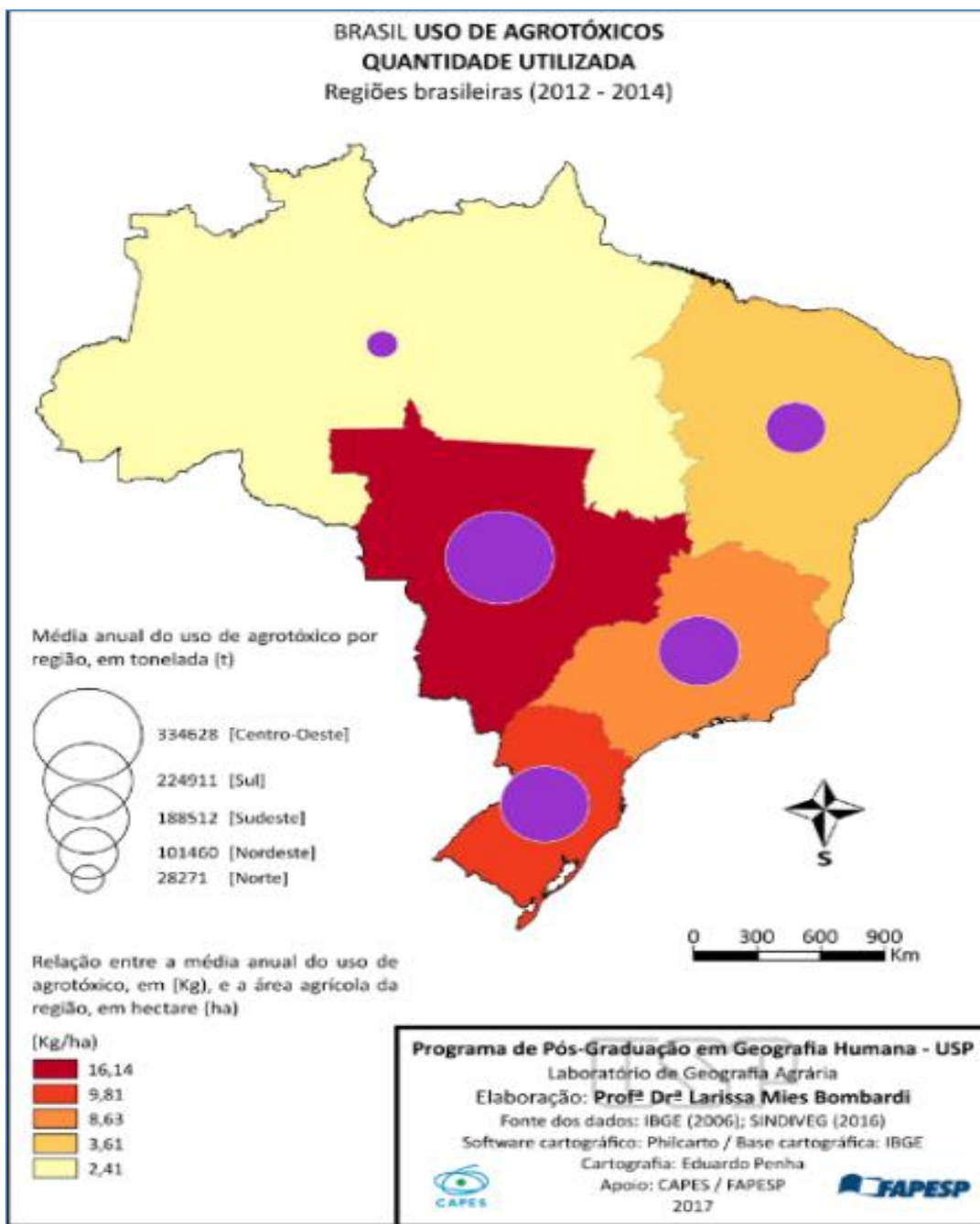
Também entrevistamos mulheres “do lar”, ou seja, pessoas que dedicam a sua vida aos cuidados da casa, fator muito comum quando observamos os valores culturais e sociais do século passado, bem como quando avaliamos a dificuldade ao acesso a escola (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY, 2015).

Quando observamos a amostra do estudo, das 59 pacientes que se declaram “do lar”, 49 ou 83% delas têm, no máximo, o ensino fundamental completo de formação, reforçando o exposto. Independente delas terem como atividade principal as atividades domésticas, por vezes, apresentam algum contato com a terra, plantando hortas para subsistência, e relatam a preocupação com o consumo de veneno, já que o alimento era para seu próprio consumo, como no relato de CS: *“Trabalhei em casa, sempre em casa... Sim, sempre tive a minha horta, as minha planta, as minhas flores... Nada de veneno, a única coisa era uréia vez em quando... Desmancha na água e adubo... aquele adubo orgânico, aquele adubo assim de animais”*.

A horta doméstica ainda é uma realidade regional, segundo a amostra da população em estudo, fato também encontrado por Balem *et al.* (2017), em que pacientes acima dos 50 anos de idade parecem ter maior contato com hortas, sendo estas pessoas as que apresentam maior preocupação com a contaminação dos alimentos por agrotóxicos.

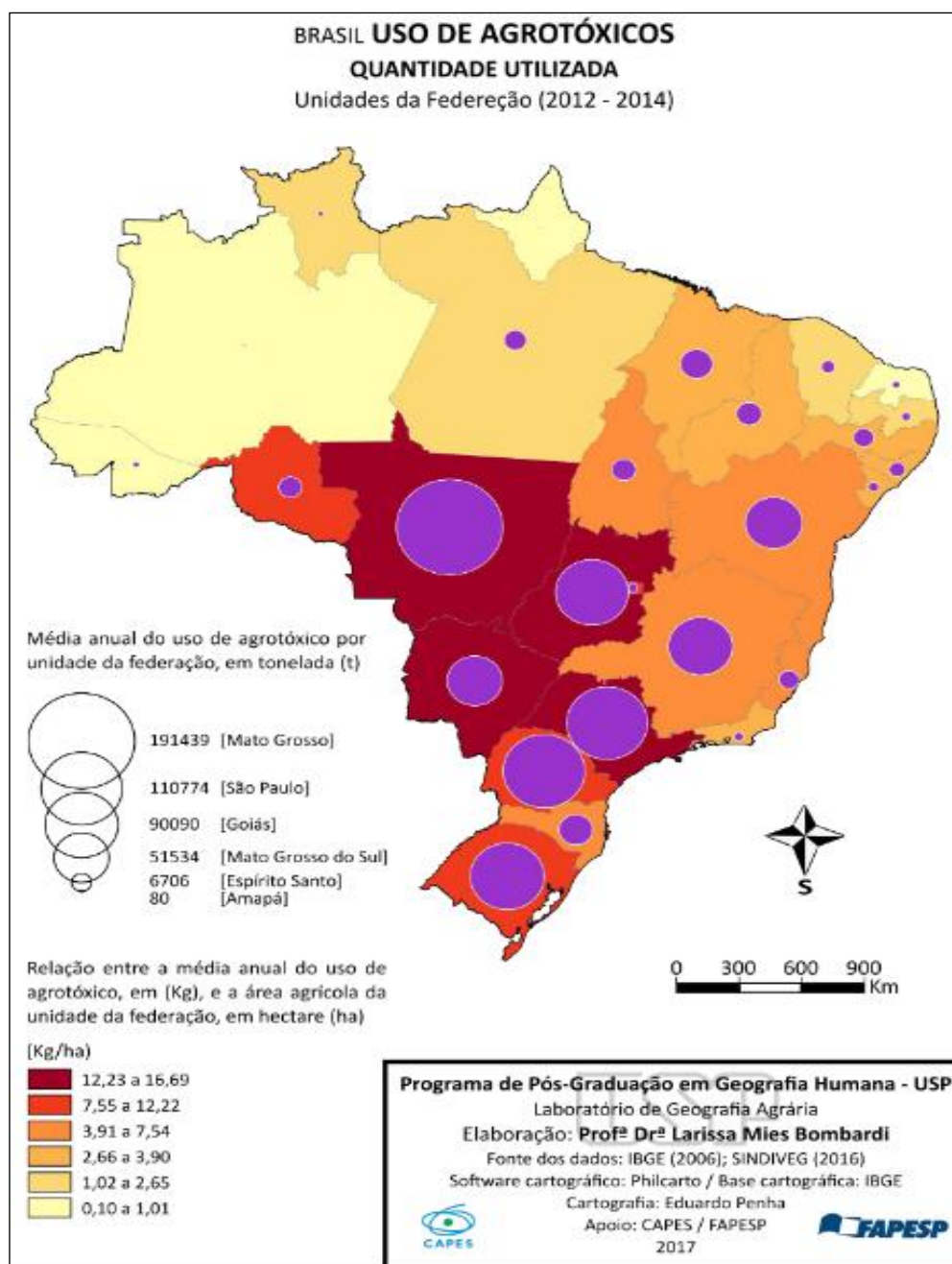
A paciente OS relata que no momento trabalha apenas com seus afazeres domésticos, porém sempre viveu no interior e tinha uma rotina de cuidado com os animais e o campo. Ao ser questionada sobre a produção agrícola, relata: *“Soja, milho, feijão, mandioca, batata... Soja era bastante... E milho também”*. Sobre o contato com agrotóxicos, expõe: *“Sim, sempre lidando né? Eles iam passando e a gente ia carpindo, né... às vezes nem com a máquina. Marido e os filho.”* Em relação ao uso de proteção, afirma: *“Não, naquela época ninguém... só sabia trabalha só.”* Sobre este assunto, as figuras do Atlas de Bombardi (2017) elucidam:

Figura 8: Quantidade de Agrotóxicos utilizados por regiões brasileiras



FONTE: BOMBARDI; 2017, p. 68.

Figura 9: Quantidade de Agrotóxicos utilizados por Estado



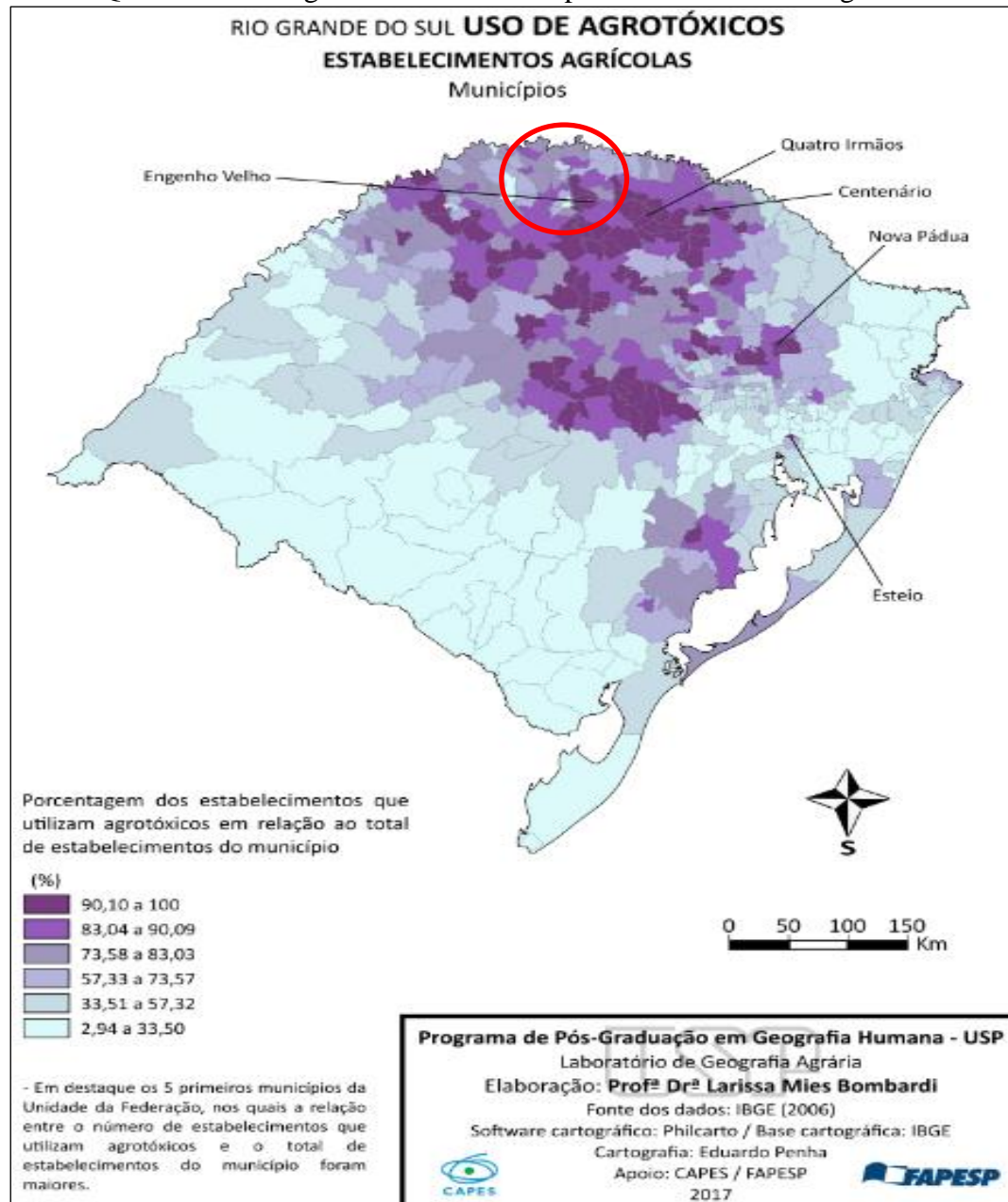
FONTE: BOMBARDI; 2017, p. 70.

Observa-se nos mapas apresentados (figura 8), que a região Sul do país apresenta a segunda maior concentração de uso de agrotóxicos do país, atrás apenas da região Centro-Oeste. Quando desmembradas as regiões (figura 9), percebe-se que em Santa Catarina o consumo de agrotóxicos é inferior, quando comparado com os estados do Rio Grande do Sul e do Paraná.

Observando a estimativa de uso de agrotóxico por unidade agrícola no estado do RS, percebemos que a região Norte do Estado é a região na qual se concentram os locais que mais

utilizam agrotóxico do Estado, e dentro do círculo vermelho, estão os municípios atendidos pela FHSTE, demonstrando o quanto a população dessa região está em risco para a contaminação por agrotóxico, não apenas entre os agricultores em sua contaminação direta, mas toda a população, quando pensamos no contexto ambiental.

Figura 10: Quantidade de Agrotóxicos utilizados por estabelecimentos agrícolas no RS



FONTE: BOMBARDI; 2017, p. 88.

Além do uso dos agrotóxicos, pacientes que estão na cidade desde sua infância também apresentam contato com algum tipo de risco ocupacional. Dos entrevistados, por exemplo, identificamos mecânicos, motoristas, pedreiros e auxiliares em indústria.

Eu trabalhava indústria de bala Boavistense. Trabalhei vinte e seis ano. Eu me aposentei, depois de aposentado trabalhei pedreiro. Eu tava trabalhando até esses dias, só agora tô parado por causa do câncer, né? (DG)

Eu trabalho numa mecânica... antes da mecânica eu era pedreiro. (GK)

Normal, de motorista. Acordava as cinco e pouco da manhã, ia no banheiro, depois eu ia pra firma, fazia o chimarrão, esperava o resto do pessoal saí... Pegava meu caminhão, né? (MV)

Não menos importante às demais profissões que apresentam riscos, também há os trabalhadores de transporte que estão diretamente expostos às emissões de gasolina (classificada no grupo 1 da Iarc, relacionada ao câncer de pulmão e de bexiga). Em outros casos, exposição de metais em cosméticos, tintas, embalagens e outros produtos, que também configuram risco, na atualidade desconsiderados pela maior parte da população e mesmo dos governos (BRASIL, 2021).

Podemos observar que enquanto a saúde se medicalizou, ao mesmo tempo não houve um cuidado com o ambiente ou mesmo com a urbanização. Aumentou a poluição e a destruição e, conseqüentemente, aumentaram os riscos. Em contrapartida, ampliou-se a indústria farmacêutica e o uso de medicamentos para sanar a doença que a própria indústria criou (ILLICH, 1975).

Ante ao exposto é notório que diversos pontos são cruciais como fatores de riscos para o desenvolvimento não apenas do câncer, mas de todas as DCNT. Como Illich (1975, p. 15) enfatiza:

A análise das tendências da morbidade mostra que o meio (noção que inclui o modo de vida) é a primeira determinante do estado de saúde global de qualquer população. A alimentação, as condições de habitação e de trabalho, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais que permitem estabilizar a população desempenham papel decisivo na determinação do estado de saúde dos adultos e da idade em que têm probabilidade de morrer.

Ao conhecer os fatores de risco, percebemos que todo o ser humano está inserido em ambientes de risco, por sua vontade ou não, o que dificulta ações de promoção de saúde, se estas ficarem apenas responsabilizando o indivíduo (FOUCAULT, 2008). Entender o contexto de interesse mercadológico nas situações da vida e trazer para políticas públicas,

respeitando as culturas e proporcionando ações de promoção da saúde que respeitem as pessoas é uma forma de mudar os contextos que hoje vivemos (BURLANDY *et al.*, 2016).

5.3 ACESSO E INFORMAÇÃO À PREVENÇÃO: ESTAMOS CONSEGUINDO LEVAR AS DIRETRIZES À POPULAÇÃO?

5.3.1 Percepção da doença

Neste tópico trazemos um pouco da percepção dos pacientes acerca de sua doença. O câncer, que são diversas doenças dentro de uma mesma nomenclatura, é rodeado de mitos que muito têm sido alastrados pela desinformação e mesmo pelas *Fake News*. Ao envolvermos os conhecimentos estabelecidos até agora e associarmos com a percepção dos pacientes, nota-se como as enfermidades geram sensação de impotência e angústia nas pessoas, fato esse vinculado à medicalização da vida, entendendo que tudo passou a ser tratável e curável e a morte ou a dor não são mais uma condição aceitável (ILLICH, 1975). Como destacamos anteriormente, o ser humano é um ser interpretativo, e assim utiliza todas as informações que recebe para conseguir organizar sua condução e mesmo se reconhecer enquanto ser no mundo em que vive, por essa razão entender o que os pacientes pensam sobre a doença é tão importante (HALL, 1997).

Ao serem questionados sobre o que achavam que tinha causado a doença, alguns pacientes relacionam o aparecimento do tumor com doenças ou sintomas anteriores e até mesmo com acidentes ocorridos em outros momentos na vida:

Por causa do ouvido, eu sempre tive aquele barulho no ouvido e não podia dormir no travesseiro com o ouvido assim ((mostra posição lateral)) [...] Daí eu fui lá e ele limpou o ouvido. [...] Na hora parô o barulho, na hora parô tudo e nunca mais me doeu... Mas eu já tinha ((aponta para o pescoço – local de localização do tumor))... Já tava inchando e já tava...((suspiro)) (CS)

Óia, começou tipo uma pancreatite, agora diz que é... câncer na, no... no pâncreas. (IF)

Eu percebi assim, nós sofremos um acidente no dia primeiro de janeiro agora, eu e meu... era namorado que eu ficava, porque meu marido morreu com vinte e oito anos e a minha filha também morreu com vinte e oito anos, tá... Eu fiquei sozinha, daí eu tinha esse namorado, fazia uns cinco meses, daí nós fomos passear, deu um acidente... Eu não fiz nada... Nada, nada. Só que o cinto bateu aqui e

deu um hematoma aqui ((mostra região do seio)), sabe? Depois de uns quatro dias aquele hematoma começou me doer e eu fui no médico. (LL)

Os médico diz que não... ma leva tudo caminho, porque eu... eu... eu trinquiei aqui esse braço, destroncou aqui, destronco aqui, aqui não senti nada... ((vai mostrando os locais))... naquela hora, ma daí no final do mês, não deu nem vinte dia já apareceu aquela dorzinha e já inchou o seio... (NC)

Em outra situação, temos um tópico extremamente atual: a pandemia do Coronavírus. Não bastassem os milhares de vidas tomadas ao redor do mundo, esta foi politizada no contexto brasileiro, ou seja, deixou-se de lado a emergência em saúde para utilizar argumentos a favor ou contra quaisquer lados políticos que se defenda, e dentro desse contexto, diversas *Fake News* foram disseminadas, que causaram desinformação e pânico na população (SILVA; PIRES, 2019).

No que concerne às vacinas, muitas foram as falsas informações espalhadas, que inclusive trouxeram esse pensamento ao paciente DG: “*Não, tudo começou depois do tal de Coronavírus dali, que eu peguei essas vacina ali, que me saiu essa, uma bolinha aqui no pescoço.*” Ao mesmo tempo, ao conversar com o paciente e pedir que pensasse um pouco sobre possíveis razões da doença, ele se mostra pensativo e exasperado:

Que que eu vou te dizer?... Ah, um pouquinho também idade, né? Sabe, quando se tu tem uma doença... muitas vez... quando tu é novo tu até não sente, ela pode ta te... prejudicando alguma coisa ma tu não nota e co o tempo, né... ma acho que isso ai... sabe porque também?

O paciente VG também acredita que o Covid tenha sido o “estopim” da doença: “*Eu... é o tratamento do câncer né? Do intestino.*” Quando questionado sobre o porquê da doença, o paciente VG relata: “*Uma pancada... Eu tava... eu tava né... Prantando... prantando... Eu tava prantando né... daí os boi muito ligero, um chato no meu pé... de repente deu uma enroscada na prantadera e veio o cabo por cima... tinha o cabo lá... bateu na barriga... Mas eu não dei bola né... continuei... Isso já faz anos...*”

Conforme relato do paciente e sua esposa, essa pancada de anos atrás estava “parada” ali e após a infecção por Covid teria repercutido: “*Só que por causa do Covid mexeu... Porque, ele não tinha nada. E só passo o Covid dele e começo senti essa dor por baixo do imbigo e ele disse dói embaixo do imbigo...*”

Assim como as *Fake News* acerca da vacina, tivemos em outra fala o paciente VC que relata ter buscado informações na internet, e refere que seu câncer no estômago pode estar relacionado com: “*come e bebe água junto... Eu acho que pode te sido, né, pelo que falam aí.*” Mas ainda, consegue relacionar ao seu trabalho: “*Ou sei lá né... na época que eu passava veneno e lidei com muito veneno. Vai sabe né?*”

Alguns estudos têm ponderado que segmentos socioeconomicamente desfavorecidos, mas não apenas estes, não só não buscam informações acerca da prevenção, como mostram desinteresse por elas (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016). Assim, vemos que alguns pacientes demonstram não ter ideia em como relacionar sua doença com seu padrão de vida:

Acho que não, porque eu nunca senti nada e eu não... não sei, né? Só porque eu fiz um exame de rotina mesmo para descobrir... se não até hoje eu não teria, eu acho, descoberto porque eu não senti nada, nunca.(DDB)

Não tem razão... ((choro)). (JM)

Que que eu vô te dize... diz que é muito de tristeza, né? Porque eu perdi meu marido, ele saiu viaja de carreta dia primeiro dia, volto no dia quinze morto, ele tinha vinte e oito ano... É. Eu tinha uma filha, aí quando ela tinha vinte e seis anos deu tumor na cabeça, mas daí não era maligno... Então eu perdi ela também... Então tu acaba ficando sozinha, e... (LL)

Olha, eu... Achava que né... Jamais iria ter... Por que eu não... Nunca fui de... sempre trabalhei bastante... E sempre me movimentei bastante, não... nunca parei. É... de várias ma.. maneiras assim... mas... pigarreando... Eu sempre pensava, né... que não ia...(CS)

Em outras situações, percebe-se que considerar a influência genética é a única informação presente, o que mostra a desvalorização da prevenção através de mudanças em estilo de vida, ainda mais quando consideramos que mais de metade dos cânceres poderiam ser evitados com pequenas mudanças:

Olha eu não sei, porque na minha família ninguém teve isso. Eu fui a primeira. Vai sabe? (DDB)

E não tem na família também, na minha família. (NC)

Eu tinha meus... minha mãe e três irmã minha que tinha. (RP)

A presença de dúvidas acerca do porquê da doença se percebe presente em maior parte das falas. Na sociedade baseada na culpabilização do indivíduo, aprendemos que devemos ouvir o nosso corpo e que esse deve manifestar os sintomas para que evitemos qualquer doença. Inegável que muitas vezes é por esses sinais que descobrimos doenças, entretanto isso não pode servir como meio de aprisionar o indivíduo ao saber médico e muito menos ao poder das indústrias farmacêuticas (KRUSE, 2003).

Aí, começo problema de próstata e no fim aqui eu pensava que era uma pequena coisa, sabe né? Digo... Hemorróide... Eu fiz pergunta até pro Zago no começo... Zago... Será que a próstata não prejudicou outra coisa? Sabe o que que ele me disse... pode, tu é dez, doze ano que tem o problema de próstata... Que é encostado aí, pode ser que eu relaxei, né? No começo não dava bola... E agora faz a pergunta... a gente não... (FC)

Hmmm... não tinha dor nenhuma e fui urina e urinei sangue. Só isso. Daí eu comecei fazer os exames e consultas e descobri que tinha.(GK)

Não sei... Penso, será de onde que veio? Só dúvida.(OS)

Aí que eu me pergunto... não... Me pergunto bastante... como que eu... Como que aconteceu isso... Não, não sei dizer como que isso aconteceu. (VC)

A dúvida e o medo da doença são outros fatores presentes nos pacientes oncológicos. A fala da paciente NC demonstra o medo ao tratamento, que só consegue ser enfrentado mediante o apoio de sua família: “É... e a gente... hoje inicio... Eu vim bastante nervosa, sofrida de sabe que inicia a primeira quimioterapia, não é muito fácil, mas eu por eles, eu faço tudo, porque eles também fizeram por mim, então... tem que fazer...”.

A percepção de vulnerabilidades são fatores importantes para a prevenção das doenças, ou seja, ter conhecimento gerando buscas proativas de prevenção ao invés de reativas ao tratamento, auxiliam o cuidado à saúde sem que este seja em estados de urgência (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016). Entretanto, ao questionar sobre o conhecimento de formas de prevenção, muitos dos entrevistados mostraram falta de informação acerca de fatores de risco e sua relação com o câncer:

Hmmm... não sei na verdade... (DDB)

Eu acho que non, não tem como né? (FC)

Mas... ((pensativa)) que que eu vo te dize... porque tu nunca... nunca... começo a me incomoda, nunca a gente foi atrás, né? (RP)

A resposta da paciente FA, ao ser questionada sobre o que poderia ter feito para evitar o câncer foi: *“Ah, eu poderia na primeira vez que eu vi que era um nódulo, eu poderia ter feito cirurgia, né?”* FA demonstra que apenas a eliminação do nódulo poderia ter um impacto em seu diagnóstico, não relacionando o seu estilo de vida com a doença. Em muitos casos a cirurgia é um dos procedimentos adequados para o tratamento do câncer, mas ponderamos o controle social exercido pelo médico, visto que ao medicalizar o sujeito, torna-o um mero expectador de sua saúde, impedindo-o de desempenhar sua autonomia, fator que demonstra mais uma forma de articulação do biopoder (ZORZANELLI, 2018; FOUCAULT, 2008).

O paciente IF relata que a não realização de exames de prevenção foi uma das causas do avanço da doença:

Mas óia... ieu acredito ansim que de repente... Quem sabe lá eu facilitei... às vez tinha... ((pensativo))...eu... ((inaudível))... assim não í lá de vez em quando faze o... os exame... sei lá, né?... Porque daí os últimos exame, que eu tinha feito, faz uns quantos anos... Ma daí como não... me sentia assim normal, né... os úrtimos dia ali... nos últimos tempo me sentia um poquinho cansado, assim coisa e tal... mas achei que era a hérnia, né, que tava incomodando.

Um dos aspectos discutidos em questão do estilo de vida é o uso de tabaco e álcool. Estes com ampla divulgação em mídia e através de campanhas governamentais, que mostra que já traz certa consciência à população, como observamos na fala do paciente LC: *“Olha eu...((pensativo)) posso dize que... pode ser do motivo do cigarro... Pode se o motivo da... da cachaça... Da bebida ali...”* Mas ao mesmo tempo, o paciente questiona como existe o tumor em pacientes sem esses hábitos: *“Ma eu já tive com outros pacientes que nunca fumaram e nunca beberam... E tem um câncer de pulmão. Eu não qual que é. Porque minha mãe foi um dos casos também, né... ela morreu de câncer também, né.”* Ao questionar se a mãe tinha algum desses hábitos, informa: *“Bebe não bebia, mas fumava, fumava.”*

Alguns pacientes conseguem perceber algumas relações com hábitos, além do cigarro. O paciente GK afirma que não fumar seria a forma de ter evitado o câncer, e ainda ressalta: *“Se for vê... não vai come, nem bebe.”*. Fala presente também com outros pacientes:

É... Nunca te fumado e nunca te bebido, podia se uma... Mais o que não sei daí, né... (LC)

Eu acredito que seja da bebida e do cigarro. Eu acho que é disso. (MV)

O veneno, muito álcool, cigarro... todas essas coisa, sabe? (FC)

Sim... daí eu só como aqueles aos pouco... ali que nem bebida de álcool, carne de porco, chimarrão, tudo isso aí, eu aboli tudo. Eu aboli por conta. A, álcool, daí o médico disse que não era pra... (IF)

Não sei se é de comida, de... (LL)

A preocupação com os casos de câncer que tem ocorrido em sua volta também aparece nas suas falas: “*É por isso que dizem que às vezes é do veneno, sei lá o que que é né? Não sei. Diz que tá dando muito caso lá na nossa cidade.*” Neste caso há a consciência de que o uso dos agrotóxicos pode estar interferindo no número de pacientes com câncer na sua cidade. A busca por informações, o medo, a negação, todos são sentimentos presentes na sociedade atual, em um ritmo acelerado e de muitas informações. Antes era possível prever, planejar e criar metas, já na atualidade precisamos acompanhar essas mudanças, o que acaba por tornar tudo suscetível a transformações (SILVA; PIRES, 2019).

No relato do paciente e da acompanhante de VG, ao falar de prevenção, aparece a presença do câncer na comunidade em que vivem e a conseqüente preocupação acerca do problema: “*Como preveni a gente quase não escuta, mas assim sobre o câncer a gente escuta. Fulano tem câncer, foi, foi... né... É. Até tem uma vizinha de lá que... Uma vizinha que pouco tempo morreu de câncer de mama, né. Bem vizinha nossa, bem vizinha mesmo.*”

Em outros casos encontramos a negação do problema – sempre achamos que não teremos nenhum problema de saúde, como aparece na fala de alguns pacientes. Dentro deste processo compreendemos que a doença acaba trazendo um luto pela identidade perdida, visto que a situação de saúde força uma mudança no modo de viver e mesmo em seus convívios sociais (CORREA JÚNIOR, 2021).

Na verdade, a gente nunca dá bola, né... Porque a gente pensa: ah comigo não vai acontece. (GK)

É, por exemplo, o doutor Rafael falava muito comigo... Porque eu passei oito meses junto com ele ali no hospital, daí... ele sentava muito lá comigo, de noite, a hora que ele... daí ele explicava bastante... que pode se alimentação, que pode se... sabe? Ma nunca, como é que eu vo te dize... nunca segui nada que que... Não, porque eu nunca tive nada, né? Eu nunca fui doente assim de dize... de te... diabete, triglicerídeo... eu sempre fui saudável, né? Então... (LL)

É. Até na cabeça eu não botei que tenho. Só, vive a minha vida até quando Deus quisé. (OS)

Não apenas a negação faz parte deste processo, mas também a procura de tratamento alternativo, que inicia de forma empirista, como na fala de IF: “*É, começou a... amarelo as vista, daí comecei a benzê... E trata como fosse amarelão, né?... E daí, eu cheguei lá o médico olho... daí eu falei pro médico, ele olho e disse não... Que era outra coisa, não era esse amarelão de casa.*”

Com o advento da medicalização e com isso com medicamentos mais abundantes e eficazes as pessoas passaram a ter vergonha da sua confiança em outros tratamentos, obviamente que devemos entender que algumas situações complexas, como as dos pacientes oncológicos, não podem ser tratadas apenas com ervas e chás, entretanto, em muitas situações simples busca-se tratamento especializado, sendo que o próprio conhecimento ancestral conseguiria trazer bons resultados (ILLICH, 1975).

Acreditamos na importância de trazer a percepção dos pacientes acerca de sua própria saúde, entendendo que o processo de medicalização encontra na sociedade dois momentos: por vezes, aceitam o processo; e, por vezes, criam resistência (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018). Precisamos entender que necessitamos dos aparatos médicos em muitos casos para os tratamentos das doenças e mesmo que atuar na prevenção das doenças pode ser eficaz, o que ressaltamos é a importância do respeito às subjetividades; ao mesmo tempo, entendemos que o processo de resistência auxilia no controle e autorregulação da indústria, impedindo que ela invada e distorça a cultura e as identidades das pessoas (GALINDO *et al.*, 2016).

5.3.2 Busca e acesso à informação

Muito falamos até o momento sobre fatores de risco e sobre a culpabilização do indivíduo como estratégia do biopoder exercido no neoliberalismo (MENEZES; MALDONADO, 2015; FOUCAULT, 2008; ILLICH, 1975). A biopolítica é exercida no interior do espaço social em que a corporeidade passa a ser controlada via medicina e Estado regulamentando a vida (ZORZANELLI, 2018). Mas neste momento, pretendemos vincular os dados anteriores com a possibilidade de acesso à informação, visto que, se acreditarmos em prevenção e promoção da saúde, torna-se imprescindível que a sociedade receba as informações que são pertinentes para tomada de decisão, contrariando os princípios do biopoder que expressam a necessidade dos cuidados médicos, a fim de garantir um capital humano melhorado e conservado pelo maior tempo possível (FOUCAULT, 2008).

Algumas questões foram direcionadas aos pacientes com o sentido de entender se eles recebem estas informações, como e por quem. Ainda que a promoção de saúde seja cercada de interesses, sua importância na agenda pública é inegável, visto que sinaliza relações entre saúde, equidade e desenvolvimento econômico (BURLANDY *et al.*, 2016).

Um dos pontos que se destacou foi a presença da informação coletada via mídias sociais (TV, rádio e internet):

Não, ninguém. Eu lia, assistia pela televisão, rádio sobre essa doença.
(CS)

Porque eu, eu li que o câncer ele... ((pensativa, tentando lembrar)) é alimentado pelo açúcar, daí... cortei.(JM)

Mas hoje em dia... A gente ouvia fala, né... tipo... olhando o celular, né... tipo, que nem do omeprazol, tinha gente que diz que o omeprazol pode, pode desenvolve câncer... E de come e bebe água também pode, né? Ma nunca ninguém me falou assim. (VC)

As mídias sociais, apesar de ser um recurso com conteúdo infinito, pode causar confusão, visto que há muita opinião sem embasamento, ou mesmo direcionada através de interesses mercadológicos, o que pode colocar em risco a vida dos pacientes por influenciar diretamente o comportamento humano (SILVA; PIRES, 2019; BALEM *et al.*, 2017).

Percebe-se, ao longo dos anos, que não apenas pessoas com renda elevada possuem acesso às mídias, mas o acesso tem se tornado amplo e universalizado (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016). Como por exemplo, os pacientes acima dizendo que o açúcar seria o alimento do câncer ou que beber água junto das refeições seria a causa do câncer de estômago.

O relato do paciente GK também exprime certa curiosidade: *“Ah, alguma coisa a gente escuta, né... Mais na TV... TV, rádio, alguma coisa, uma entrevista ou outra assim...”* Ele demonstra que recebe orientações por parte dos profissionais, contudo elas não são levadas a sério: *“Na verdade a gente nunca dá bola, né... Porque a gente pensa: ah comigo não vai acontecer.”* Ao pedir quais informações ele sabia sobre prevenção, reforça novamente a importância dos meios de comunicação na disseminação das informações: *“Na verdade, na TV essas entrevistas é gordura, cigarro, bebida... Esse tipo de coisa né?”* E finaliza negando o acompanhamento de rotina: *“Nunca precisei, nunca me importei na verdade, né?”*

Igualmente importante aos pacientes é a influência do círculo de convivência, como na fala do paciente LC: *“É alguém passava por mim né... larga mão dessa porcaria que eu*

também larguei, diziam né... Amigos, sabe? E a gente conversava e tal né... Os amigos... que quem fumava comigo, largo antes do que eu.” Quando questionado sobre acompanhamento médico, relata que pouco buscava atendimento: *“Não, só quando dava algum probleminha aí... às vez me dava convulsão, né? Um médico do posto uma vez disse que era pra larga mão da bebida, aí larguei. Depois que tu larga mão da bebida vô te tira o cigarro também. Mas daí poco tempo ele foi embora... do posto da minha cidade de Charrua”.* Neste trecho conseguimos observar o quanto a rede básica pode aproximar as pessoas do acesso ao conhecimento. Em dois casos percebemos a fala de um vínculo com o médico do posto e que logo vai embora, quebrando assim a relação estabelecida, e por vezes fazendo com que este indivíduo não dê sequência aos acompanhamentos (SILVA *et al.*, 2017).

Ao questionar o paciente IF sobre formas de prevenção, ele relata:

Mas eu acredito que de repente sim, né? Olha... sei lá... Quem sabe se eu tivesse ido... feito uns exame mais detalhado aí de fígado essas coisa, né? De repente aquele poco que eu tomava, não podia toma... sabe lá, né? Ou quem sabe certas comida, tinha que te deixado de lado, né? Às vez eu... que nem salame, mortandela... hã... margarina, essas coisa... Eu comia... depois eu tinha... eu por conta parei de come porque não assentava direito, né?

Após essa fala, questionou-se se essas informações haviam sido repassadas ao paciente por alguém, sendo que a resposta foi: *“Ninguém... É, poca pessoa falava... olhava no telefone... Refrigerante e coisa né? E eu carculo que a boa parte que tá acontecendo com as pessoa é a farta de informação, né... Que tá levando a isso aí”* (IF).

Observa-se que os pacientes apresentam algum tipo de conhecimento e informações. Ao mesmo tempo em que a qualidade destas é dúbia, os pacientes sentem falta de algo mais confiável, reforçando a necessidade de iniciativas governamentais que tenham como interesse único fornecer informações que possam gerar autonomia, de forma respeitosa e agregadora de valor, incentivando que a população construa seus conhecimentos através de sua própria cultura (BRITO; GOMIDE; CÂMARA, 2009).

Apesar do uso das mídias sociais, entendemos que a rede básica é fundamental para este processo de promoção da saúde, visto sua proximidade com as pessoas e sua realidade. A internet é compreendida como um local em que as pessoas irão ter as respostas que não encontram em outros lugares. Ademais, o planejamento de campanhas através do conhecimento das demandas da população pode trazer maior eficácia aos atendimentos (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

Ao questionar os pacientes sobre prevenção, responderam:

Sim, fiz tudo... eu sempre fazia todos exames... Sim, era uma médica. Só que agora ela saiu de lá...Era uma médica que fazia todos ano, todos ano eu fazia com ela. (DG)

É que fui... fui e passei com uma dotora... Ela não tava muito grande, daí ela falo que eu podia faze acompanhamento médico ou faze cirurgia... Daí eu decidi faze acompanhamento médico... Daí a última vez que eu fui, que daí que eu vi que ele cresceu bastante, daí que eu fui faze mais uns... uns exames bem mais específicos... (FA)

Sim. Lá no nosso posto de saúde, nosso hospital, todos os ano faze... vamo faze de prósta, vamo faze eletro, vamo faze isso e aquilo... tudo direitinho, né... Sim! A próstata cada seis mês e tudo assim. (FC)

Os pacientes são atendidos basicamente pela rede SUS, sendo assim, o acesso à rede primária é fundamental, visto garantir equidade ao acesso à saúde. A rede básica, principalmente se formada por equipe do programa da família, tende aproximar os pacientes do posto de saúde, em especial pela presença das agentes comunitárias que fazem papel fundamental de interlocução entre os profissionais e os indivíduos por falarem a mesma linguagem deles.

Os indivíduos hoje esperam a intervenção do Estado em seus corpos, reivindicando políticas públicas que percebam as suas vidas e promovam a saúde (SIBILIA; JORGE, 2016), todavia percebemos que se na teoria a rede básica seria ponto estratégico para a garantia de saúde da população, em alguns casos não é o que acontece, como por exemplo, na fala do paciente VG, que relata que vinha com uma dor e insistiu em consultas e exames até encontrar um diagnóstico:

Daí, começo uma dorzinha embaixo no imbigio. Daí disse, ma não tá certo isso aí. Daí ia marca uma consurta, ia consurta, faziam exame, faziam de tudo... não aparecia nada... Continuava duendo. Quando eu disse não... Daí voltava no dotor e pedia... dotor, não tá certo isso aí então... continua me doendo. Daí ele disse: não, então vamo faze uma coloscopia né... Marco a coloscopia, daí acho o poblema.

A fala reforça o processo de medicalização, em que o paciente deve simplesmente aceitar a decisão do profissional de saúde. Percebemos, entretanto, que apenas após várias tentativas o paciente foi ouvido para então depois descobrir seu diagnóstico. Quando falamos em prevenção, sabemos que o diagnóstico precoce é fundamental para a sobrevivência do paciente

e mesmo a chance de cura, sendo assim, esse caso mostra como necessitamos agir desmedicalizando a saúde para que todos tenham acesso equânime (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018; VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

Uma das apostas do governo brasileiro para a prevenção são as campanhas de saúde que realiza contra o câncer, entretanto a única paciente que fez menção a elas foi a que estava envolvida com o meio político da cidade: *“A gente falava... a única coisa que a gente fala bastante é nas campanhas de outubro rosa, novembro azul... nesses momentos até a gente conversa sobre isso, mas depois passa, e tu vai por outra rotina e... ((pensativa))”*. Ao mesmo tempo, ela traz algo importante que: o assunto é tratado nas campanhas, mas logo após esquecido, demonstrando que não há um impacto real em sua intenção, de promover a saúde por meio da prevenção ao câncer, parecem assim exercer uma influência dúbia e por vezes resultam em indiferença coletiva, devendo assim ser repensado a sua forma de ação (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

No entanto, destaca-se a fala da paciente FA sobre o conhecimento do autoexame:

Ah, eu sempre fiquei ciente disso nas escolas, né... que sempre a gente sempre sabia... tipo quando eu engravidei também eles falavam bastante disso, né... Ah, falavam que tipo tinha um carocinho a gente tem que ir de atrás... que pode ser um câncer, uma coisa mais assim, né... Hã, eu descobri, daí fui de atrás, daí descobri que tava com câncer de mama. Eu percebi um caroço, e ele me incomodava, ele me doía bastante, daí eu fui de atrás...

No caso, a paciente fala da informação recebida pela rede de saúde quando estava gestante e acrescenta a escola como fonte de informação, algo que em nenhum momento havíamos citado no texto, mas que converge aos nossos objetivos, visto ser um local onde há formação das identidades e cultura. Como temos argumentado manter uma linguagem protocolar nas campanhas impede que as mesmas alcancem a população, que necessitam de informações que atinjam potências simbólicas (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

Vários pacientes demonstram não realizar acompanhamento médico de rotina, como a paciente JM, que relata não haver ninguém em sua rede que fornecesse orientações sobre prevenção do câncer, e sobre o acompanhamento médico diz: *“Não, porque eu nunca tive problema de saúde.”* A paciente OS exprime não receber informações específicas de prevenção, mas haver conversa na comunidade sobre o assunto: *“Não, a gente... Lá é muito... lá é muita epidemia de câncer naquela região né, de fumo, coisarada. Então eles dizem que é*

o veneno do fumo, é isto, é aquilo... Lá é muita gente.” E reforça que não buscava atendimento médico, pois não gostava de ir em consultas: *“Médico é... ((risos))... nunca gostei.”* O mesmo presente no relato de MV: *“Não. Nunca fiz exame nenhum, nem nada.”*

Destaco duas vertentes de pensamento mediante estas falas, a primeira é que ao mesmo tempo em que há uma tentativa de medicalização e subordinação dos corpos, podemos perceber a resistência a este processo entre os pacientes que acabam mantendo sua autonomia em definir a necessidade ou não em busca de atendimento. A segunda, contudo, pode nos demonstrar que mesmo a fala sobre resistência sendo imponente, por trás há uma carga de desinformação e mesmo de dificuldade de acesso à saúde, o que demonstra a falha no processo da promoção da saúde e conseqüentemente na prevenção das doenças por meio da rede básica (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

Em relação ao acesso, sabemos que o início do tratamento do câncer após o diagnóstico segue com certa agilidade, até mesmo por estar amparado em legislações, entretanto nas falas percebemos certa morosidade até a obtenção de um diagnóstico: *“No começo apareceu um caroço aqui do lado da tireóide ((apontando a região)) ... E daí eu fui no médico, lá em Frederico... E ele di... fez a biópsia... Foi em maio do ano passado... tá fazendo um ano... É. Mas a... que foi descoberto que era câncer, foi lá em... julho, por aí...”* Quando questionado o porquê de tanta demora, o paciente MV relata: *“É. E a biópsia demora lá no... Daí eu fui encaminhado pro Dr. Miguel aqui... Ma nem tanto, tranco também... Por causa duma... como é que chama... dum... como é que é... eu fiz a biópsia e daí eu tinha que fazer um outro exame que eu não lembro o nome agora... E daí, aquele ali me demoro quase uns três mês.”*

Relato também presente com a paciente OS: *“Eu tenho câncer. Nem sei como é que é... acho que é em tuda barriga... não sei onde que... o dotor me disse que era no estômago, depois ele me disse que era no véu da, da... da barriga né?...”* Quando questionada sobre como foi o diagnóstico, explica:

Foi em maio do ano passado que me deu uma anemia. Começou a anemia, eu não tenho dor... Não tinha dor, não tinha nada... Aquela anemia, aquele repuno da comida, sabe? Nojento, parece que... e daí, eu fiz os exame tudo e logo recuperei. Ele me deu um tratamento, o médico de lá e eu recuperei todo o peso que tinha perdido, tudo, tudo. Agora quando foi, dois mês né? Três ((pergunta para acompanhante))... Bem forte, daí... fomo mais fundo, né? Daí ele pediu a doscopia e daí deu que era um câncer...

A demora do diagnóstico está muitas vezes atrelada exclusivamente ao saber médico e, assim ao processo de medicalização. Nesse sentido, a estrutura médica está em uma rede que necessita ser humanizada, trazendo de volta os cuidados em saúde para um campo ético e não mercadológico:

A indiferença profissional, a negligência e a pura incompetência são falhas velhas como o mundo. Com a transformação do médico artesão, que exercia sua habilidade em indivíduos que conhecia pessoalmente, em médico técnico que aplica regras científicas a categorias de doentes, as falhas adquiriram novo status, anônimo e quase respeitável. O que antes era considerado abuso de confiança e falta moral agora pode ser racionalizado como falha ocasional de equipamento ou dos seus operadores. Num hospital em que a técnica é complexa, a negligência se transforma em erro humano "aleatório", a insensibilidade em "desinteresse científico", e a incompetência em "falta de equipamento especializado". A despersonalização do diagnóstico e da terapêutica transferiu as falhas do campo ético para o âmbito do problema técnico (ILLICH, 1975, p. 28-29).

No caso do paciente DG, percebe-se que houve dificuldade para iniciar o tratamento devido à falta de medicamento específico pelo SUS. O Estado não consegue garantir todos os medicamentos na lista de tratamento, entretanto é de se esperar que este não se limite a ponto de não respeitar a liberdade dos indivíduos (FOUCAULT, 2008), como no caso em que houve necessidade de ir atrás de seus direitos via judicial:

É. Depois foi começado a encaminha... atrás disso aí né... vai aqui, vai ali... Vai, vai... tive que pega adevogado porque era... Tá tudo caro, né...foi... a medicina é cara... [...] nós tivemos que i no fórum, na secretaria estadual.. temo que i em vários lugar... Preenche papel, assina, assina... Pega adevogada, corre pra cá e pra lá e isso foi uma correria do diabo... Aqui te falava uma coisa, lá falava outra coisa, lá no...hã... Na secretaria te falavam outra coisa, não gostaram muito do... lá em cima não gostaram que eu peguei adevogado... porque não precisava paga adevogado... (DG)

Outro ponto de dificuldade na busca do atendimento foi que o período da pandemia do Coronavírus, e o *lockdown*, fez com que, mesmo pessoas que mantinham alguns cuidados, tenham deixado eles de lado:

Fazia dois anos que eu não fazia mais. Eu até fazia antes, mas depois da pandemia a gente... eu relaxei... e aí quando que eu fui de novo, já deu... (DDB)

Sim... eu só não fiz os últimos dois ano, porque, o posto de saúde lá não dava, sabe? Tu chegava lá, daí... o meu médico lá, que sempre chamo ele de japonêsinho, ele, ele... nunca tinha ginecologista, daí ele

dava uma examinada e dizia L. não precisa, nem vai lá pra cima que tu pode pega covid. (LL)

Mediante os expostos vemos como há um caminho importante a ser trilhado em busca de uma estratégia de promoção de saúde que possa chegar a todos de forma equânime, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SILVA *et al.*, 2017). Entendemos que o governo nem sempre consegue atender todas as expectativas, entretanto, ponderamos que o maior problema não está na dificuldade em ampliar os atendimentos, mas sim em ignorar necessidades do seu povo. Precisamos conseguir vencer o viés dos interesses econômicos para garantir uma saúde para todos (BURLANDY *et al.*, 2016; FOUCAULT, 2008).

Em momento algum estamos questionando a validade das estratégias que são realizadas até o presente momento, apenas reforçamos que estas precisam se adaptar para que atinjam a cultura dos pacientes e possam fazer parte de seu contexto, visto que as orientações prescritivas não têm apresentado eficácia (SBOC, 2022; BRASIL, 2020). Para reforçar a necessidade de ajustes destacamos um recorte do documento do Ministério da Saúde “Guia de Atividade Física para a População Brasileira” (BRASIL, 2021, p. 06): “Este documento é direcionado à população brasileira com o foco na promoção da saúde por meio da atividade física.” Salientamos essa frase, visto que todos esses documentos acabam não chegando à população brasileira, pois frequentemente ficam restritos aos profissionais da saúde, o que acaba demonstrando a ineficácia das ações que não atingem o seu público alvo.

Acreditamos que o foco de preocupação deva ser não apenas o indivíduo doente, mas a saúde da população como um todo (ILLICH, 1975). O que precisamos enfrentar é a ideia de que o remediar seria mais importante do que o prevenir, com isso as campanhas de prevenção devem se aderir nas dimensões culturais da sociedade para que possam promover a saúde e não as doenças ou as tecnologias (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018; VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; FERREIRA, 2016).

Um conjunto de ações deve fazer parte desse processo para ser efetivo, sejam políticas que possam influenciar a comunicação, o respeito à cultura e aos sistemas de vida, e a manutenção de um ambiente sustentável. Com relação ao câncer ações específicas abrangendo as seguintes áreas são fundamentais: controle de peso, alimentação, atividade física, consumo de álcool e fumo, reconhecimento de exposições ocupacionais e ambientais. Assegurar as ações de saúde pública que envolvam toda a sociedade para que sua cultura seja incluída no processo é fundamental, bem como fazer com que as ações sejam

interdisciplinares, para garantir que o conhecimento seja partilhado e atravesse todas as áreas de interesse (BRASIL; 2020; POULAIN; PROENÇA, 2003, p. 247).

Neste ponto retomamos a importância de ampliar nossos conceitos e entender que no mundo pós-moderno, as identidades são partilhadas, e assim os conceitos de “estilo de vida” são construções de diversas dimensões sociais, com isso, compreender que a tomada de decisões é construída a partir de diversas realidades e que cada indivíduo adota e incorpora aquilo que em sua cultura fizer sentido é essencial para que possamos pensar em formas de ação que ultrapassem as barreiras culturais da sociedade (HALL, 2020; DUMONT; GARCIA, 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença devastadora que muda abruptamente a vida dos pacientes, entretanto, sabe-se que em alguns casos, a construção de estilos de vida saudáveis pode determinar a diminuição do risco do desenvolvimento da doença em pelo menos 30%. Lembramos que no Brasil temos um risco de 47,7% de desenvolver a doença em homens e de 35,5% em mulheres.

O estilo de vida é composto por diversas escolhas individuais que não apenas modificam a chance do desenvolvimento de doenças como o câncer ou outras DCNT's, mas podem apresentar impacto positivo no tratamento e na chance de sobrevivência dos pacientes. E apesar de muitas vezes as pessoas entenderem que algumas destas escolhas são prejudiciais, optam por manter tais ações, fato que pode ser entendido apesar de sua contradição, pois as nossas opções estão diretamente relacionadas com o lugar que queremos pertencer no mundo, o que influencia subjetivamente nossa identidade, escolhemos ações que reconhecemos e que impactem de forma pungente o nosso cotidiano. Neste mundo globalizado, precisamos entender que há constante mudança e fluxos culturais, que permitem que nossas identidades sejam partilhadas e híbridas, portanto, na sociedade nenhum estilo de vida ou hábito é rígido ou imutável.

Em contrapartida, esta sociedade pós-moderna, permanece controlada pelo Estado e pelo interesse neoliberal, por essa razão, percebe-se o biopoder exercido sobre os indivíduos que são cobrados pela sua própria saúde, ao mesmo tempo em que cobram para tê-la. Entretanto, por trás desses interesses existe uma pauta econômica que está acima da saúde e da população. Ainda precisamos reiterar o quanto essa sociedade torna-se mórbida, visto sua necessidade de estar sempre dentro de um quadro diagnóstico, medicalizando a saúde ao extremo, trazendo a saúde e o bem-estar ao objetivo máximo da vida, hostilizando o adoecer e a morte.

Ao observar a população assistida pela UNACON da FHSTE conseguimos perceber a presença de diversas situações que convergem aos fatores de risco para o câncer. Sempre tendo em mente que o desenvolvimento da doença é multifatorial, estando acima da presença ou não de fatores de risco, entretanto, como discutido, sabemos que a soma de fatores pode aumentar as chances de seu início, o que nos leva a caracterizar a importância da prevenção e das políticas de promoção à saúde.

Dentre os objetivos do nosso estudo, conseguimos caracterizar nossa população como prevalentemente de pacientes idosos, brancos e casados. Quanto ao número de pacientes do

sexo masculino e feminino, temos uma distribuição praticamente igualitária. Quanto à moradia, sabemos que a maior parte dos pacientes vive ou trabalha em ambiente rural, apresenta baixa escolaridade, não podendo, entretanto inferir a sua condição social, por não termos acesso a dados sobre moradia e renda.

Sobre os hábitos de vida prevalentes e assim a associação aos fatores de risco mais comuns ao câncer, podemos perceber que nossos pacientes apresentam em sua maioria algum grau de sobrepeso e apesar de ainda manterem uma alimentação compostas em sua base por alimentos *in natura* já apresentam adaptações em sua dieta introduzindo alimentos ultraprocessados como, por exemplo, os embutidos e a margarina; apresentam uma vida ativa relacionada com sua ocupação, mas poucos têm hábito de praticar exercício físico; ainda temos um índice de pacientes que fuma ou consome bebida alcoólica, mas são menos da metade de nossa população. Quanto à ocupação, diversos apresentam risco aumentado ao câncer por característica de seu labor, em especial ao considerarmos o contato com a agricultura e conseqüentemente com os agrotóxicos, sendo prevalente a falta de uso de EPI's.

Dentre os cânceres mais prevalentes, temos o de próstata para o sexo masculino e o de mama para o sexo feminino, condizendo com os dados brasileiros. A maior parte dos pacientes apresenta algum tipo de comorbidade, sendo a hipertensão a mais prevalente. E quando avaliamos a história familiar para câncer, temos mais ou menos um quarto dos casos com alguma relação positiva, o que vem ao encontro do esperado, em que cerca de 20-30% dos casos relacionam-se com alterações genéticas, reforçando que cerca de 70% dos casos tenham influência particularmente importante dos fatores de risco como os descritos neste estudo.

Quando falamos sobre as informações acessadas pela população, percebemos que muitos pacientes não apresentam um local seguro para obtenção delas, sendo que por muitas vezes os pacientes não souberam relacionar seu estilo de vida com o desenvolvimento do câncer, em outras situações apresentaram dúvidas acerca dos riscos e ainda por diversos momentos tivemos presença de informações equivocadas e mesmo *fake news*. Como já visto em outros estudos, os principais locais de acesso advêm da mídia, como TV e rádio e não mesmo importante, temos o acesso à informação através do uso da internet, o que dificulta a confiabilidade dos dados. Teoricamente, esse acesso fácil à informação deveria aumentar o poder dos indivíduos, entretanto essas fontes pouco confiáveis, não causam apenas confusão, mas muitas vezes causam desinformação e colocam a vida das pessoas em maior risco.

Quando questionados sobre o cuidado preventivo, poucos pacientes têm cuidados de rotina, sendo que o período de pandemia, fez com que essa busca fosse ainda menor. Assim

como tivemos pessoas que não procuram o cuidado médico por não gostarem ou por opção, tivemos ainda aqueles que exigiram atendimentos até que houvesse um diagnóstico.

Em nosso país existem diversas ações de saúde e mesmo documentações, legislações com objetivos de promover vias para a prevenção, e em nosso texto buscamos trazer reiteradamente estes conteúdos para demonstrar o quanto temos falas oficiais e de qualidade sobre o assunto, entretanto o que observamos é que essas ações acabam por ter um papel fundamentalmente político, não atingindo o seu âmago, ou seja, à população propriamente dita. Sem contar que são perceptíveis falhas na organização do sistema de saúde, que acaba cada vez mais especializado, em outros termos, fomentam-se as redes de alta complexidade e deixam-se desassistidas as ações na atenção primária, local em que ações de prevenção seriam mais concretas e com um impacto real na diminuição da doença e de sua gravidade. Entre os pacientes entrevistados, o que se percebe é uma falta de acesso ao diagnóstico rápido ou mesmo ao conhecimento sobre a doença, parecendo ainda existir um tabu ao ser falado sobre câncer, como se fosse uma doença proibida de ser discutida. Entre as tantas falas, podemos perceber a preocupação com o avanço dos casos e mesmo da falta de informação, sendo que um dos pacientes julga este um dos fatores importantes para tantos casos de câncer na região.

Para tanto, acreditamos que seja necessária a construção de políticas públicas e ações que sejam compartilhadas com a população, respeitando a cultura de cada local e a identidade de cada indivíduo. Essas ações devem ser projetadas de forma a se desprenderem do interesse biopolítico e neoliberal, ou seja, da própria indústria e seus interesses comerciais, tratando a saúde não como um negócio, mas como um bem de direito a todos. Lembrando ainda que não bastam apenas orientações e políticas públicas bem formuladas, a mudança de estilo de vida de um indivíduo atravessa suas identidades e só se torna real quando estiver inserida e for aceita por sua cultura e por seus pares.

Com isso a formulação dessas políticas deve ser discutida primeiramente com a população de interesse. Se quisermos que haja um impacto real em promoção de saúde, torna-se imprescindível associar o conhecimento dos profissionais de saúde com a cultura de cada região, respeitando assim identidades, saberes e culturas. Nesse aspecto, entendemos que o papel das ciências humanas é fundamental, por conseguir articular esses saberes e trazer ao diálogo tanto a fala científica quanto a popular, estimulando o senso crítico e o discernimento.

No texto trouxemos ainda a importância da descolonização, e reiteramos aqui que este aspecto é fundamental para conseguirmos avançar na promoção da saúde no Brasil. Descolonizar a saúde, neste sentido, seria trazer o conhecimento científico ao encontro dos saberes culturais brasileiros, respeitando de forma ética a todos, fortalecendo assim a

biopotência do indivíduo, tornando-o apto em atuar e promover a sua própria saúde, deslocando o domínio do saber do “médico” ou do Estado e o devolvendo para a própria população. Devemos quebrar as amarras da biopolítica que procura normatizar os corpos atendendo a demandas dos mercados e interesses internacionais, com vistas a criar um campo de indivíduos que busquem incessantemente por uma saúde irreal e mesmo apresentem corpos saudáveis e aptos ao comércio por mais tempo.

Sendo assim, entendemos que permanecemos com uma população exposta constantemente a fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, por vezes este é por escolha e por outras se faz de forma inconsciente. Também podemos perceber que a falta de conhecimento ou mesmo entendimento, pode ser um dos pontos fundamentais que impede a mudança de atitudes da população.

Assim, concluímos que as ações de promoção à saúde são cruciais para pensarmos em uma mudança na prevalência desta doença, entretanto, para que possamos sair do âmbito demagógico, necessitamos de movimentos que sejam descolonizados e sejam construídos de forma interdisciplinar, entendendo que o saber deve ser compartilhado, partindo por princípio o conhecimento e os hábitos originais da população, criando uma resistência à homogeneização cultural. Como sugestão, entende-se que tanto nas escolas quanto na assistência primária através das Equipes de Saúde da Família, conseguiremos compor discussões pertinentes acerca dos riscos da região, e assim fomentar na sociedade a necessidade de mudança a partir de seu próprio olhar, entendo que quando há uma construção em conjunto, onde os saberes se encontram, existe por si, uma quebra em qualquer resistência, visto que o conhecimento formulado e as ações propostas também são suas por direito.

Acreditamos na importância de serem realizados outros estudos relacionados ao assunto, sendo que sugerimos uma ampliação no número de entrevistados, bem como análise da questão de renda e moradia. Entendemos ainda a relevância de uma discriminação de variáveis por faixa etária para conseguirmos compreender de forma mais completa o efeito dos fatores de risco e a vulnerabilidade da população, podendo assim ampliar condutas direcionadas para os riscos efetivos em cada idade e propormos de forma assertiva ações de promoção de saúde para cada população conforme os riscos correlacionados.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. Necropolítica, [s.d.]. Disponível em: <https://www.academia.org.br/nossa-lingua/nova-palavra/necropolitica>. Acesso em: 01 set. 2021.
- ACHINTE, Adolfo Albán. Comida y Colonialidad: tensiones entre el proyecto hegemónico moderno y las memorias del paladar. **Calle 14**, v. 4, n. 5, p. 15-23, 2010. Disponível em: <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/c14/article/view/1200>. Acesso em: 12 jun. 2021.
- ANDRADE, Daniel Pereira. O que é neoliberalismo? A renovação do debate nas ciências sociais. **Revista Sociedade e Estado**, v. 34, n. 1, p. 211-239, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/RyfDLystcfKXNSPTLpsCnZp/?lang=pt&format=>. Acesso em: 31 ago. 2021.
- BHABHA, Homi K. **O local da cultura**. Editora UFMG: Belo Horizonte, 1998.
- BALEM, Tatiana Aparecida *et al.* As transformações alimentares na sociedade moderna: a colonização do alimento natural pelo alimento industrial. **Revista Espacios**, v. 38, n. 47, p. 5-9, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n47/a17v38n47p05.pdf>. Acesso em: 27 jul. 21.
- BARBOSA, V. L. E; D'AVILA, M. I. Colonialidade e práticas cotidianas em Minas Gerais - Brasil. **Pesqui. prá. psicossociais**, v. 12, n. 1, p. 86-102, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100007. Acesso em: 03 fev. 2021.
- BASHYAMA, Murali Dharan *et al.* The Yin and Yang of cancer genes. **Gene**, n.704 p. 121-133, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378111919303762>. Acesso em: 02 jan. 2022.
- BATRA, Atul; KONG, Shiyong; CHEUNG, Winson Y. Associations of Socioeconomic Status and Rurality With New-Onset Cardiovascular Disease in Cancer Survivors: A Population-Based Analysis. **JCO Oncology Practice**, v. 17, n. 8, p. e1189-1201, 2021. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/OP.20.01053>. Acesso em: 01 jan. 2022.
- BERTOLINI, Jeferson. O conceito de Bipoder em Foucault: Apontamentos Bibliográficos. **Saberes**, Natal, v. 18, n. 3, p. 86-100, 2018. Disponível em: 11nq.com/1De02. Acesso em: 29 mai. 2021.
- BOMBARDI, Larissa Mies. **Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Europeia**. São Paulo: FFLCH - USP, 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/46857736/Atlas_do_agrot%C3%B3xico_no_Brasil Acesso em 20 mar. 2022.
- BORGES, Carlise Nascimento. A saúde enlatada: apontamentos de um consumo de vida saudável. **Revista Panorama**. Edição online, v. 4, n. 1, p. 117-126, 2014. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/panorama/article/view/3468>. Acesso em: 29 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf Acesso em: 03 jul. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/ambiente-trabalho-e-cancer-aspectos-epidemiologicos-toxicologicos-e-regulatorios>. Acesso em: 27 mai. 2021.

BRASIL, Ministério da Agricultura. **Nota técnica nº 42/2020/DAEP/SPA/MAPA.** Brasília, Distrito Federal, p. 01-07, 2020. Disponível em: https://ojoioeotrigo.com.br/wp-content/uploads/2020/09/SEI_21000-090207_2019_56-SolicitacaoRevisaoGuiaAlimentar-Sept2020.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global: um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dieta_nutricao_atividade_fisica_e_cancer_resumo_do_terceiro_relatorio_de_especialistas_com_uma_perspectiva_brasileira.pdf. Acesso em: 27 mai. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. **Diário Oficial da União.** Seção: 1, 31/10/2019, ed. 211, p. 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.896-de-30-de-outubro-de-2019-224674119> Acesso em 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. **Diário Oficial da União.** Seção 1 - 23/11/2012, p. 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12732-22-novembro-2012-774660-publicacaooriginal-138184-pl.html> Acesso em 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da

Saúde, 2011. Disponível em:

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf Acesso em 02 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicas_acoes_prevencao_cancer_brasil.pdf. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem: uma proposta de integração ensino-serviço**. Instituto Nacional de Câncer. 3 ed., Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//acoes-enfermagem-controle-cancer.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRITO, Paula Fernandes de; GOMIDE, Márcia; CÂMARA, Volney de Magalhães. Agrotóxicos e saúde: realidade e desafios para mudança de práticas na agricultura. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 207-225, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/3nrWG7SKSZNzxDB8bThscvb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 dez. 2020.

BURLANDY, Luciene *et al.* Políticas de promoção da saúde e potenciais conflitos de interesses que envolvem o setor privado comercial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1809-1818, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bBvBNZFrFmkKdJQsqQWhdLL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 mai. 2021.

CAMPOS, Silvana S. *et al.* Num relance de olhar... a estigmatização das pessoas gordas: do passado aos dias de hoje. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 90-96, 2015.

Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/19951/14451>. Acesso em: 13 fev. 2021.

COELHO, Débora de Moraes; FONSECA, Tania Mara Galli. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 65-69, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n2/a09v19n2.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

CORREA JÚNIOR, Antonio Jorge Silva *et al.* Experiências, comportamento alimentar e características culturais de pessoas com neoplasias colorretais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.74, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/F7XwF85Jgp6YK4y9Tw3JGpz/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 19 mai. 2021.

COSTA, Danilo Fernandes; GOLDBAUM, Moisés. Contaminação química, precarização, adoecimento e morte no trabalho: benzeno no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2681-2692, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/DGWMrgwdFGhZPzm6tr74qpL/?lang=pt>. Acesso em: 19 mai. 2021.

COSTA, Vanessa Indio do Brasil da; MELLO, Márcia Sarpa de Campos; FRIEDRICH, Karen. Exposição ambiental e ocupacional a agrotóxicos e o linfoma não Hodgkin. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 49-62, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gq7pCfbPYfCgvJqksVPCgzy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 mai. 2021.

COSTACURTA, Jaisson Rodrigo, PULINO, Lúcia Helena Cavasin Zabotto. Por uma Ética do Cuidado nas políticas públicas voltadas à superação da desigualdade social. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 20, n. 1, p. 55-64, 2017. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172017000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2021.

DELMONDES, Daniela Rodrigues dos Santos. Alimentação e Técnica: Reflexões sobre nutricionismo. **Anais do I Seminário Nacional de Sociologia da Universidade Federal do Sergipe**, p. 545-560, 2016. Disponível em:

<https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/12891/2/AlimentacaoTecnicaNutricionismo.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2021.

DONOHUE, Claire L. *et al.* Emerging concepts linking obesity with the hallmarks of cancer. **Trends in Endocrinology & Metabolism**, v. 28, n. 1, p. 46-62, 2017. Disponível em:

[https://www.cell.com/trends/endocrinology-metabolism/fulltext/S1043-2760\(16\)30107-2](https://www.cell.com/trends/endocrinology-metabolism/fulltext/S1043-2760(16)30107-2). Acesso em: 27 mai. 2021.

DRAIBE, Sonia M. As políticas sociais e o neoliberalismo - Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista USP**, v. 1, n. 17, p. 86-101, 1993. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25959>. Acesso em: 13 fev. 2021.

DUMONT, Guillaume; CLUA GARCIA, Rafael. Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. **Aposta. Revista de Ciencias Sociales**, n. 66, 2015. Disponível em: <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/dumont1.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

EDUARDO, Kilvia Gardênia Torres *et al.* Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 5, p. 1045-1055, 2012. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4095>. Acesso em: 15 jan. 2021.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no College de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FEITOSA, Renata Cristina Losano; PONTES, Elenir Rose Jardim Cury. Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 605-613, 2011.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dtsNqx5tvNK4pTZnY5C6SLK/?lang=pt>.

Acesso em: 05 dez. 2020.

FOCCHESATTO, Andréia; ROCKETT, Fernanda Camboim; PERRY, Ingrid D. Schweigert. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n.4, p. 779-795, 2015.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14150>. Acesso em: 19 mai. 2021.

FRAZÃO, Paulo; MINAKAWA, Marcia Michie. Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 2, p. 407-430, 2018.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/kFVqSjQnQGjQFgzc9hhCYFG/?lang=pt> Acesso em: 12 jun. 2021.

Fundação Heinrich Böll. **Pestizidatlas**. Berlim, 2022. Disponível em: <http://www.pan-germany.org/pestizidatlas> Acesso em: 03 jul. 2022.

FURTADO, Mariama, SZAPIRO, Ana. Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.4, p.811-821, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/7wzq5QD49cH5v5PcmhmexWR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2021.

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, 2016. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2021.

GALINDO, Dolores Cristina Gomes *et al.* Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 2, p. 346-365, 2016.

Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/29164/20606>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GAUDENZI, Paula, ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XjXvsdynqRSNX8XdZWGbVRv/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2021.

GOMES, Isabelle Sena, CAMINHA, Iraquitan de Oliveira. Os discursos de um corpo bem dito, mal dito e não dito: uma análise a partir de filmes. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 4, n. 38, p. 414-421, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbce/a/qQHPxMWsD7gs3T3XyD3tgxg/abstract/?format=html&lang=pt&stop=next>. Acesso em: 17 abr. 2021.

GRANDO, Beleni Salete. Do corpo e da cultura: indícios da realidade na perspectiva intercultural. **Arquivos em Movimento**, v. 10, p. 138-154, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/am/article/view/9235>. Acesso em: 17 abr. 2021.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/HMpC4d5cbXsdt6RqbrmZk3J/abstract/?lang=pt> Acesso em: 29 mai. 2021.

GURGEL, Daniel Cordeiro *et al.* Atividade física e câncer: intervenções nutricionais para um melhor prognóstico. **Motricidade**, v. 14, n. 1, p. 398-404, 2018. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/e78b764963d2959a3afc3ec8fc6a1e6a/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=616555>. Acesso em: 29 mai. 2021.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 12. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2020.

_____. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

_____. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação & Realidade**. v. 22, n. 2, 1977. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71361>. Acesso em: 15 mai 2021.

HARVEY, D. **O Novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2004.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: Nemesis da Medicina**. 3ª ed. Editora Nova Fronteira: RJ, 1975.

INCA. Prevenção e Fatores de Risco. **INCA**, 26/07/2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco>. 2021. Acesso em: 31 ago. 2021.

INCA. Registro Hospitalar do Câncer. **INCA**. 2022. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action>. Acesso em: 05 jul. 22.

KOLONEL, Laurence N.; ALTSHULER, David; HENDERSON, Brian E. The multiethnic cohort study: exploring genes, lifestyle and cancer risk. **Nature Reviews – Cancer**, V. 4, p. 519-527, 2004. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrc1389>. Acesso em: 29 mai.2021

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que ensinam às enfermeiras**. Tese – Doutorado – Programa de Pós Graduação em Educação – UFRGS, 2003. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/3436#>. Acesso em: 17 abr. 2021.

LEAO, Otávio Amaral de Andrade; KNUTH, Alan Goularte; MEUCCI, Rodrigo Dalke. Comportamento sedentário em idosos residentes de zona rural no extremo Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. v. 23, e200008, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200008>. Acesso em: 05 mai. 2021.

LEITZKE, Angélica Teixeira da Silva; RIGO, Luiz Carlos; KNUTH, Alan Goularte. Estratégias biopolíticas de construção do corpo e vigilância da saúde: o caso “Medida Certa”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. 42: e2014, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbce/a/7QcVRPPYSrLzvvj9M8WYGXG/?lang=pt>. Acesso em: 29 mai. 2021.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira, *et al.* Governamentalidades neoliberais e dispositivos de segurança. **Psicologia & Sociedade**; v. 27, n. 2, p. 332-340, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Xgxy5XhRFSqtVVbBYmXpWCR/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2021.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira *et al.* Cidades, corpos medicalizados e o biocapital: o mercado da saúde. **Revista de Psicologia**, v. 28, n. 2, p. 187-194, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fractal/v28n2/1984-0292-fractal-28-2-0187.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; GALINDO, Dolores; RODRIGUES, Renata Vilela. Medicalização, bioeconomia e processos de subjetivação: algumas considerações sobre a governamentalidade neoliberal no mercado de saúde. **Mnemosine**, v. 16, n. 1, p. 323-339, 2020. Disponível em: 11nq.com/8zRmw. Acesso em: 13 fev. 2021.

LIMA, Adriana Pessoa. **Risco de câncer utilizado como estratégia de governamentalidade no Programa de Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1297>. Acesso em: 10 fev. 2021.

LUIZ, Olinda do Carmo; COHN, Amélia. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2339-2348, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/86Wndmt9FFbB4SQmCmtMVkm/?lang=pt>. Acesso em 31 ago. 2021.

MADEIRA, Francilene Batista *et al.* Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.106-115, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZSNBnZhZ9DQr8YqsZHkywjC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 mai. 2021.

MAIA, Miguel Angelo Barbosa; OSORIO, Cláudia. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 56, n. 1, p. 69-79, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672004000100007. Acesso em: 29 mai. 2021.

MATHIAS, Maíra. 330 mil mortes depois, regras de eliminação das gorduras trans começam a valer em julho. **O Joio e o trigo**, 01 de julho de 2021. Disponível em: <https://ojoioetrigo.com.br/2021/06/330-mil-mortes-depois-regras-de-eliminacao-das-gorduras-trans-comecam-a-valer-em-julho/> Acesso em: 03 set. 2021.

MENEZES, Maria Fatima G., MALDONADO, Luciana A. Do nutricionismo à comida: a culinária como estratégia metodológica de educação alimentar e nutricional. **Revista HUPE**,

Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 82-89, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/19950/0>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MUNHOZ, Mariane Pravato. *et al.* Efeito do Exercício Físico e da Nutrição na Prevenção do Câncer. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 37, n. 2, p. 09-16, 2016. Disponível em: <https://apcdaracatuba.com.br/revista/2016/08/trabalho5.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt D. *et al.* Percepção de homens sobre a influência da alimentação no câncer de próstata. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 90, n. 28, p. 1-5, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/568>. Acesso em: 05 dez. 2020.

PARANHOS, Ranulfo, *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, v.18, n. 42, p. 384-411, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/WtDMmCV3jQB8mT6tmpnzKc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 nov. 2022.

PERES, João; POMAR, Marcos Hermanson. Documento da coca-cola nos EUA lista guia alimentar para a população brasileira como ameaça. **The Intercept Brasil**, 01 de Setembro de 2021. Disponível em: <https://theintercept.com/2021/09/01/coca-cola-documento-lista-guia-alimentar-como-ameaca/>. Acesso em: 02 set 2021.

POULAIN, Jean-Pierre; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 3, p.245-256, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/vWntG65Sm4HTrycGpBzhvJF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2021.

R CORE TEAM (2021). R: A Language and environment for statistical computing - Versão 4.0 [Computer software]. Disponível em: <https://cran.r-project.org>.

REIS, Edna Afonso; REIS Ilka Afonso. **Análise Descritiva de Dados**. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG, 2002. Disponível em: www.est.ufmg.br. Acesso em 25 out 2021.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria da Saúde, 2022. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/crs>. Acesso em: 13 jul. 22.

SIBILIA, Paula, JORGE, Marianna Ferreira. O que é ser saudável? Entre publicidades modernas e contemporâneas. **Galaxia**, n. 33, p. 32-48, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gal/a/PRvXZCBdYJrBn6yjyHRrbsq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 fev. 2021.

SCOTT, Juliano Beck, *et al.* O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 2, p.600-615. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v24n2/v24n2a13.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2022.

SILVA, Gulnar Azevedo e, *et. al.* Mortalidade por câncer nas capitais e no interior do Brasil: uma análise de quatro décadas. **Rev Saude Publica**, v. 54, n. 126, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/180449>. Acesso em: 20 mai. 2021.

SILVA, Livia Machado; CANAVÊS, Fernanda. Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 3, n. 17, p. 117-129, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v17n3/11.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

SILVA, Silvia Alves da; PIRES, Patrícia Fernanda Ferreira. A influência da mídia no comportamento alimentar de mulheres adultas. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 35, n. 69, p. 53-67, 2019. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1172>. Acesso em: 05 mai. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA – SBOC. **Atividade Física e Câncer: Recomendações para Prevenção e Controle**. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica – SBOC: São Paulo, 2022.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos *et. al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul. Enferm.**, 2021; 34:eAPE02631. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Acesso em: 25 out. 2021.

TABET, Livia Penna *e.t al.* Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **SAÚDE DEBATE**, Rio De Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1187-1198, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1187.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

THE JAMOVI PROJECT (2021). **Jamovi. (Version 2.2)** [Computer Software]. Disponível em: <https://www.jamovi.org>.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; CASTIEL, Luis David; FERREIRA, Franciso Romão. Padrões de buscas sobre câncer na internet: reatividades, riscos e afetos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p.861-870, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wNR4QT8DF5frxBRSJbznRfq/?lang=pt>. Acesso em: 19 mai. 2021.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Orgs.) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 67-78. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t4s9t>. Acesso em: 23 mai. 2021.

UNICEF. Aleitamento Materno, [s.d]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>. Acesso em 23 mai. 2021.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface**, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nmQnN5Q5RpgPWrDj5vHjwCf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2021.

APÊNDICES:
APÊNDICE A – Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo

**Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo
 (Do pesquisador)**

Eu, Alexandre Paulo Loro, da Universidade Federal Fronteira Sul - UFFS no âmbito do projeto de pesquisa intitulado "A vida antes do câncer: uma análise sociocultural do estilo de vida progresso de pacientes atendidos no serviço de alta complexidade em oncologia no Alto Uruguai", **comprometo-me** com a utilização dos dados contidos no Arquivo e Prontuários da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP/UFFS

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos Arquivo e Prontuários da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

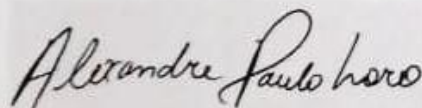
Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

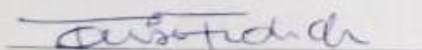
Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/UFFS

Esclareço ainda que os dados coletados farão parte dos estudos da aluna Tanise Fitarelli Pandolfi Fridrich, discente de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal Fronteira Sul- UFFS, sob minha orientação.

Chapecó – SC, 14/03/2022.



Prof. Dr. Alexandre Paulo Loro



Assinatura do Assistente de Pesquisa I

Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim

Recebido: em: 15 / 03 / 22

Horário: 09:00

Nome: Ágome da Silva

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS

A VIDA ANTES DO CÂNCER: UMA ANÁLISE SOCIOCULTURAL DO ESTILO DE VIDA PREGRESSO DE PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA NO ALTO URUGUAI

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: A Vida Antes Do Câncer: Uma Análise Sociocultural Do Estilo De Vida Pregresso De Pacientes Atendidos No Serviço De Alta Complexidade Em Oncologia No Alto Uruguai, desenvolvida por Tanise Fitarelli Pandolfi Fridrich, nutricionista e discente de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Erechim, sob orientação do Professor Dr. Alexandre Paulo Loro.

O objetivo central do estudo é: entender como os hábitos de vida das pessoas podem impactar no desenvolvimento do câncer, para conseguir melhorar a forma como nós, profissionais de saúde, comunicamos nossas orientações para a população.

O convite a sua participação se deve por estar iniciando um tratamento e por ser fundamental para que eu possa entender os seus sentimentos com relação aos hábitos de vida e a influência que eles possam ter tido para o desenvolvimento de sua doença.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Como retribuição você receberá orientações nutricionais para lhe auxiliar durante o período de tratamento, mas não haverá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Para facilitar dados pessoais, como o nome, serão utilizados sob forma de abreviação, impedindo a relação do descrito com a pessoa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder às perguntas feitas pela pesquisadora conforme o seu entendimento e desde que sinta-se à vontade para tal. Toda e qualquer questão que não quiser responder, será retirada da entrevista, sem nenhum ônus para você. A entrevista será realizada apenas uma vez, no momento da infusão da quimioterapia, não necessitando que você se desloque de qualquer forma. Só será realizada a entrevista se você estiver sentindo-se bem e disposto para tal. O tempo da entrevista dependerá da conversa realizada entre entrevistado e a entrevistadora, com uma duração média de meia hora.

A entrevista será gravada, somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização. Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo gravação Não autorizo gravação

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, digital, por um período de cinco anos.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de entender como os fatores de risco estão prevalentes nos pacientes oncológicos de nossa região e qual seu impacto na doença, para assim propormos novas ideias de atividades e políticas de promoção da saúde que possam estar mais perto das necessidades da nossa população.

A pesquisa em questão possui risco mínimo, podendo ser considerado como risco a possibilidade de constrangimento por parte dos entrevistados durante o fornecimento de informações pessoais. Desta forma, tendo como finalidade diminuir esse risco, não serão divulgados os nomes e todos os dados pessoais ficarão em sigilo, garantindo a privacidade durante a entrevista. Caso o paciente sinta-se constrangido, poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo, bem como negar responder qualquer pergunta. Caso o risco se concretize, também será repassada a situação para a instituição, para que possam manter o acompanhamento do paciente.

Os resultados serão divulgados para você e para a Instituição através de apresentação da Dissertação, bem como em eventos e/ou publicações científicas, sempre mantendo sigilo de dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue à pesquisadora. Desde já agradecemos sua participação!

Erechim, ____ / ____ / ____.

Pesquisador Responsável: Tanise Fitarelli Pandolfi Fridrich

Tel: (54 – 3712-0878) ou (54 – 99617-9101)

E-mail: nut_tanise@yahoo.com.br

Endereço para correspondência: Rua Polônia, 231 – sala 01 – CEP: 99700-516 – Erechim/RS

CAEE: 55605322.8.0000.5564

Nº do Parecer Favorável CEP:

DATA: ____/____/____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS.

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745, E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/ UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC-484 Km-02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil).

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada


A VIDA ANTES DO CÂNCER: UMA ANÁLISE SOCIOCULTURAL DO ESTILO DE VIDA PREGRESSO DE PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA NO ALTO URUGUAI

Após o termo da leitura e assinatura do termo de consentimento, inicie conversando sobre a pesquisa e conhecendo um pouco o paciente antes de introduzir os questionamentos. Após, aos poucos, introduza as perguntas de forma aberta, a fim de receber respostas completas.

Roteiro a seguir:

1. Gostaria que você me explicasse como era a sua rotina em casa? Onde você mora? Como é a comunidade onde você vive?
2. E você trabalhava, qual era a sua função e como você fazia?
3. E como que era a sua alimentação em casa? Teve alguma mudança ao longo da sua vida?
4. Usa algum medicamento controlado?
5. E como era o consumo de bebida alcoólica?
6. Por acaso você fuma ou já fumou?
7. E você se locomove como?
8. Por acaso você costuma fazer alguma atividade física ou já fez? Como era a tua rotina?
9. Você poderia me dizer qual a doença tem?
10. E você acredita que tem essa doença por alguma razão?
11. E tem alguma coisa que você saiba que poderia ter feito para evitar o câncer?
12. Antes da doença, alguém conversava com você sobre os riscos do câncer e a prevenção? Se sim, o que costumavam falar?
13. Você fazia algum tipo de acompanhamento médico de rotina? Qual?
14. E após descobrir o câncer, você mudou alguma coisa na tua rotina de vida? Por que?

ANEXOS:

ANEXO 1: Termo de Autorização e Compromisso para Uso de Dados em Arquivo


Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Eu, JACKSON LUIS ARPINI, ocupante do cargo de DIRETOR EXECUTIVO na instituição FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERCHIM, após ter tomado conhecimento do projeto de pesquisa intitulado “A vida antes do câncer: uma análise sociocultural do estilo de vida de pacientes atendidos no serviço de alta complexidade em oncologia no Alto Uruguai”, que tem como objetivo elucidar, a partir de um olhar sociocultural, quais os hábitos de vida de pacientes oncológicos podem estar associados com aumento de risco para sua doença, e, para tanto, necessita coletar informações dos prontuários dos pacientes/usuários selecionados para esse estudo, **autorizo** os pesquisadores Tanise Fitarelli Pandolfi Fridrich e Alexandre Paulo Loro a terem acesso às informações dos pacientes/usuários desta instituição para a referida pesquisa.

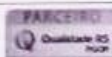
Esta autorização está sendo concedida desde que as seguintes premissas sejam respeitadas: as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto; os pesquisadores se comprometem a preservar as informações constantes nos prontuários, garantindo o sigilo e a privacidade dos pacientes.

Erechim, 24/01/2022.

Fund. Hosp. Santa Terezinha de Erechim
Jackson Luis Arpini
Diretor Executivo

Assinatura e carimbo do responsável legal pelos prontuários
Diretor Executivo da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim

Rua Itália, 919 – 99700-048 – Erechim – RS
www.fnste.com.br
Fone: (54) 3520-2100 – Fax: (54) 3520-2168



ANEXO 2 – Versão Final do Guia COREQ em Português Falado

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa		
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade		
Características pessoais		
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?
Relacionamento com os participantes		
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.
Domínio 2: Conceito do estudo		
Estrutura teórica		
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.
Seleção de participantes		
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?
Cenário		
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.
Coleta de dados		
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?
Domínio 3: Análise e resultados		
Análise de dados		
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?
Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?

FONTE: SOUZA, *et al.*, 2021, p. 05.