

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

PATRICIA MERLY MARTINELLI

**TABAGISMO EM ADULTOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE:
um estudo de base populacional**

RIO BRANCO - ACRE

2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

PATRICIA MERLY MARTINELLI

**TABAGISMO EM ADULTOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE:
um estudo de base populacional**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Acre.

Orientadores: Prof. Dr. Creso Machado Lopes
Prof. Dr. Orivaldo Florencio de Souza

RIO BRANCO - ACRE

2012

PATRICIA MERLY MARTINELLI

**TABAGISMO EM ADULTOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE:
um estudo de base populacional.**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Acre.

Data da Aprovação: _____

Prof. Dr. Creso Machado Lopes _____

Prof. Dr. Orivaldo Florencio de Souza _____

Profa. Dra. Rosalina Jorge Koifman _____

Profa. Dra. Kátia Fernanda Alves Moreira _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por permitir que concluísse mais este passo em minha evolução.

Os meus sinceros agradecimentos ao meu orientador, Prof. Dr. Orivaldo Florencio de Souza, por sua competência, paciência e empenho, sempre disposto a me ajudar e a encontrar os melhores caminhos e soluções. Ao meu também orientador, Prof. Dr. Creso Machado Lopes, por seu desprendimento, caráter e boa-vontade. Expresso aqui a minha admiração por ambos.

Agradeço ao meu amado esposo, Alexandre de Mesquita Farias, e ao nosso querido e inestimável tesouro, João Marcos Martinelli Farias, que cederam horas preciosas de convivência familiar, me apoiando sempre, nesta estrada trilhada mediante grande esforço em conciliar a tarefa de esposa e mãe com a de pesquisadora. Vocês são o verdadeiro motivo de minha luta, o impulso ao meu crescimento, guardem o mais puro e sincero amor.

Aos meus pais, João Martinelli Neto e Edna Maria Pereira Martinelli, que sempre incentivavam o estudo, sempre nos apoiaram e nos amaram incondicionalmente, agradecer é pouco, mediante o que fizeram e fazem por nós; mesmo tão longe, a presença é constante em meu coração.

Aos meus queridos amigos e colegas de trabalho que não mediram esforços em colaborar para que eu cumprisse esta etapa de minha vida, ao meu coordenador de curso, amigo e colega de pós-graduação, Gustavo de Souza Moretti, sempre disposto em colaborar com minha formação. Agradeço sinceramente as minhas amigas Clarissa Cardoso Ribeiro, Fabiana de Almeida Martins, Natália S. Freitas Marques, Janete de Andrade Lemos e Maithê Blaya Leite, que, por muitas vezes, deixaram seus afazeres para me socorrer em aulas e supervisões.

Agradeço em especial aos mestres, Prof. Dr. Sérgio e Profa. Dra. Rosalina Koifman, que nos mostraram através do seu exemplo o que é possuir qualidades como comprometimento, brilhantismo, simplicidade e competência.

Aos professores da ENSP/FIOCRUZ, que se dispuseram em se deslocar para colaborar com nossa formação, obrigada pela oportunidade e pelo aprendizado.

Jamais poderia deixar de agradecer aos professores Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz, Profa. Dra. Simone Perufo Opitz, Profa. Dra. Terezinha Freitas Ferreira, Prof. Msc. Cleber Ronald Inácio dos Santos, Prof. Dr. Wagner de Jesus Pinto, Prof. Dr. Edson dos Santos Farias, Profa. Dra. Leila Maria Geromel Dotto, Profa. Dra. Margarida de Aquino Cunha e nossa querida e sempre prestativa Sara Bonfim, pessoas admiráveis que sempre colaboraram e nos incentivaram, obrigada pela disposição e carinho, o que fica é uma amizade sincera.

Aos meus colegas de turma de mestrado, durante dois anos convivemos, estudamos, aprendemos juntos e conhecemos também o sentido da palavra solidariedade, obrigada pelo prazer de conhecê-los.

EPÍGRAFE

*"Na vida, não vale tanto o que temos,
nem tanto importa o que somos.
Vale o que realizamos com aquilo que possuímos e,
acima de tudo,
importa o que fazemos de nós!"*

Chico Xavier

RESUMO

O tabagismo representa um tema de grande relevância para a saúde pública, o qual provoca sérios danos à saúde com implicações sociais, econômicas e sanitárias. Este estudo se torna imprescindível pelo fato da necessidade de um monitoramento contínuo, enfatizando o comportamento dos fumantes no município de Rio Branco-Acre, parte integrante da Amazônia Ocidental. Dessa forma, objetivou-se analisar o tabagismo em adultos do município de Rio Branco-Acre. Para tanto, utilizou-se uma investigação de base populacional do tipo transversal, realizada nos anos de 2007 a 2008 e obtida por entrevistas domiciliares. Participaram 1.512 indivíduos com idade ≥ 18 anos, residentes na zona urbana e rural do município de Rio Branco-AC, incluídos no inquérito “*Saúde e nutrição em crianças e adultos no município de Rio Branco, Acre*”. Os dados foram analisados no programa estatístico StataTM 10.0, no módulo svy, com razões de prevalências brutas e ajustadas para idade com intervalo de confiança em 95%, mediante regressão de Poisson, com valores significativos de $p < 0,05$. A análise dos dados revelou uma prevalência de tabagismo da população de 19,9% com uma maior proporção em homens, 22,9%, do que em mulheres, 17,6%. Os homens apresentaram uma maior prevalência de fumo na faixa entre 50 e 59 anos, e as mulheres na de 40 a 49 anos, declinando igualmente em ambos os sexos nas faixas etárias subsequentes. Observou-se relação linear entre tabagismo e menores anos de estudo e renda. O perfil do fumante indicou que a maioria dos homens e mulheres iniciou o hábito de fumar com idade < 15 anos, fumam entre um e dez cigarros por dia; acendem seu primeiro cigarro do dia após 60 minutos ao acordar e haviam tentado parar de fumar pelo menos duas vezes ou mais. Os dados indicam a necessidade do contínuo monitoramento e de medidas efetivas para o controle do tabagismo na população adulta do município de Rio Branco-Acre.

Palavras-chave: Tabagismo; Estudo Epidemiológico; Prevalência.

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Descrição das características gerais segundo variáveis demográficas e socioeconômicas da população adulta ≥ 18 anos do município de Rio Branco-AC, 2008.....	36
Tabela 2 - Prevalência e razão de prevalência de fumantes do sexo masculino, segundo condições socioeconômicas e demográficas ajustadas pela idade, da população adulta ≥ 18 anos do município de Rio Branco-AC, 2008.....	37
Tabela 3 - Prevalência e razão de prevalência de fumantes do sexo feminino, segundo condições socioeconômicas e demográficas ajustadas pela idade, da população adulta ≥ 18 anos do município de Rio Branco-AC, 2008.....	38
Tabela 4 - Distribuição do perfil do fumante segundo sexo, da população adulta ≥ 18 anos, no município de Rio Branco-AC, 2008.....	39
Figura 1 - Descrição da prevalência de tabagismo no Brasil e em Rio Branco em adultos com idade ≥ 18 anos segundo o Inquérito Telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), nos anos de 2006 e 2009.....	19

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
CQCT	Convenção-Quadro para Controle do Tabaco
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PNCT	Programa Nacional para Controle do Tabagismo
INCA	Instituto Nacional de Câncer
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1 HISTÓRICO DO TABAGISMO.....	13
2.2 CONCEITOS E DEFINIÇÕES.....	13
2.3 MALEFÍCIOS DO TABACO.....	15
2.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	16
2.5 O MERCADO DO TABACO.....	20
2.6 CONTROLE DA PANDEMIA TABÁGICA.....	22
3 OBJETIVOS.....	25
3.1 GERAL.....	25
3.2 ESPECÍFICOS.....	25
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	26
4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	27
4.4 COLETA DE DADOS.....	28
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
7 REFERÊNCIAS.....	50
ANEXOS.....	55
ANEXO A - Instrumento de coleta de dados.....	56
ANEXO B - Declaração de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre.....	61
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, o tabaco vem sendo utilizado, primeiramente por indígenas em rituais mágico-religiosos até sua disseminação pelo mundo a partir da criação da máquina de confeccionar cigarros, no final do século XIX. O hábito de fumar tornou-se um comportamento elegante e valorizado em diversas culturas, um produto de consumo da sociedade com grande capacidade de dependência e graves consequências à saúde (COSTA, 1987; JHA et al., 2006a; VIEGAS, 2007).

Atualmente, o tabagismo representa um sério problema de saúde pública, principalmente para os próprios fumantes que recebem influências multidimensionais que provêm de estímulos ambientais, dos hábitos pessoais, dos condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina. Prejuízos também ocorrem para as pessoas que convivem com a exposição da fumaça ambiental. Por fim, todos são comprometidos pelas implicações e pelos fatores de risco do tabaco para a saúde (REICHERT et al., 2008; MALTA et al., 2010; ALMEIDA et al., 2010).

Ignorando as evidências, a indústria do tabaco expande seu mercado, buscando novos consumidores e ampliando sua linha de produtos com fortes apelos de *marketing*, direcionados aos jovens e às mulheres, propondo produtos de diferentes formas, sabores e teores, sugerindo ações menos danosas à saúde. Contudo, são substâncias altamente lesivas e manipuladas para mascarar os efeitos tóxicos irritantes da fumaça do cigarro (JHA et al., 2006a; MEIRELLES, 2006; WHO, 2008)

Outra questão que sempre esteve fortemente associada ao tabagismo está relacionada ao interesse econômico por parte da indústria tabageira que criou, ao longo dos anos, um contexto de aceitação para o consumo, largamente estimulado através de agressivas campanhas publicitárias. Os indivíduos socioeconomicamente desfavorecidos representam a parcela da população mais atingida. Esse fato compromete significativas parcelas de renda familiar e outros itens de necessidade básica, ampliando o sofrimento humano e aumentando as desigualdades (LAAKSONEN et al., 2005; KUHNEN et al., 2009).

O custo do tabaco também envolve outros problemas, como sua associação ao mercado ilegal, responsável por aproximadamente 35% do consumo no Brasil e um terço das exportações mundiais. O preço do cigarro acaba sendo o único diferencial entre o produto legal e ilegal, consequência de uma atividade extremamente lucrativa, com dificuldades em fiscalização e estimulada pela elevada tributação. Essa questão atinge diretamente o Estado do Acre, por suas fronteiras com a Bolívia e Peru, por se tornar porta de entrada ao contrabando, gerado pelo diferencial de cargas tributárias entre os países, estímulo para a venda de cigarros por um preço maior, sem pagamento de impostos (IGLESIAS, 2006; MIKALOVSKI, 2009; ALMEIDA et al., 2010).

Esse cenário complexo trouxe como consequência uma pandemia tabágica, representando a principal causa mundial na atualidade de enfermidades evitáveis e mortes prematuras. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta (1,3 bilhão) seja fumante, destes, mais de 80% vivem em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, onde o consumo total de produtos do tabaco irá aumentar (WHO, 2011). Dessa forma, iniciou-se um movimento mundial no esforço para conter essa prática e, nos últimos anos, a OMS vem conclamando os países membros a realizar programas nacionais em que diferentes estratégias antitabagismo sejam estudadas, implementadas e avaliadas (MEIRELLES, 2006; PEIXOTO et al., 2008; ALMEIDA et al., 2010).

Desse modo, essas evidências reforçam a necessidade do monitoramento de dados precisos, realizados através de inquéritos, com o intuito de compreender as características da população como o grau de dependência ao tabagismo, os grupos mais susceptíveis, o nível de acesso aos serviços de saúde e a eficácia dos programas na cidade de Rio Branco - Acre, onde trabalhos dessa natureza, envolvendo aspectos do comportamento do fumante, são escassos, e, de posse dos seus dados, contribuir com o estabelecimento das políticas públicas na prevenção e no controle do tabagismo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DO TABAGISMO

Descrições históricas apontam o uso do tabaco desde a Antiguidade por indígenas, utilizando-o em cerimônias religiosas, disseminando-se com a chegada dos colonizadores europeus na América no ano de 1492. Rosemberg (2003) considera um grande enigma o fato de tantas culturas indígenas espalhadas no continente americano fazerem uso do tabaco, utilizado em rituais semelhantes, através de transe por aspiração, sendo que o tabaco era plantado em todo o continente (VIEGAS, 2007).

No século XVI ocorreu o primeiro contato do mundo civilizado com a nicotina. A planta recebeu o nome de *Nicotiana* após Jean Nicot, embaixador da França em Portugal, descrever as virtudes do fumo como agente curativo, disseminando-se por toda a Europa. Dessa forma, seu uso foi iniciado através do cachimbo, seguido por tabaco aspirado, charuto e por fim como cigarro, em meados do século XIX, manufaturado inicialmente na Inglaterra (MUSK; KLERK, 2003; ROSEMBERG, 2003; VIEGAS, 2007).

A expansão do consumo de cigarros, principalmente entre os homens, ocorreu na Primeira e na Segunda Guerra Mundial (MUSK; KLERK, 2003). Assim, o tabagismo já tomava conta da maior parte do mundo, rapidamente multiplicando o número de usuários (COSTA, 1987; VIEGAS, 2007).

2.2 CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Tabagismo é o vício pelo tabaco provocado pela inalação da fumaça oriunda da queima das folhas de *Nicotina tabacum* ou de seus produtos manufaturados, tais

como cigarros, cigarrilhas, charutos e fumo para cachimbo (MOHAMED; GROSS, 1990; VIEGAS, 2007).

O ato de fumar ocorre pela combustão do tabaco quando origina a corrente de fumaça. Esta quando aspirada pela boca é chamada de corrente primária, consistindo na combustão incompleta de matéria orgânica que depende das características das folhas, aditivos e/ou misturas adicionadas, somada ao aporte de oxigênio e ao gradiente de temperatura na região incandescente. Já a corrente secundária, é a fumaça que fica no ar ambiente e a que sai da ponta do cigarro aceso e que é em maior parte inalada pelo fumante passivo. Dessa forma, a fumaça do cigarro é uma mistura heterogênea de gases, vapores e partículas líquidas (VIEGAS, 2007).

A fumaça do tabaco em sua fase gasosa é composta por nitrogênio, monóxido de carbono, entre outros; pela nicotina, substância que leva à dependência, e pelo alcatrão onde estão presentes mais de 4.700 substâncias químicas, dentre elas 47 cancerígenas, tendo o benzopireno como seu principal elemento (REICHERT et al., 2008; SHAFETY et al., 2009).

Atualmente, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica, classificada pela OMS, na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), estando no grupo dos transtornos mentais e de comportamento, decorrentes do uso de substâncias psicoativas (WHO, 1992).

Segundo a OMS, o tabagismo pode ser definido de acordo com alguns perfis de consumo como: *fumante regular*: consumidor de, no mínimo, um cigarro diário por período não inferior a seis meses; *fumante ocasional*: o que fuma pelo menos um cigarro esporadicamente, por um período não inferior a seis meses; *ex-fumante*: tabagista que abandonou o cigarro há pelo menos seis meses e *não fumante*: o que não se adapta em nenhum desses conceitos (WHO, 1983).

2.3 MALEFÍCIOS DO TABACO

A ciência avançou apresentando inúmeros estudos científicos que demonstram a relação entre o consumo dos diversos produtos derivados do tabaco com o desenvolvimento de doenças graves e fatais. Durante o século XX, foram conduzidos inúmeros estudos epidemiológicos fundamentados em observações clínicas sobre a associação entre o fumo e câncer de pulmão. Um dos principais foi um estudo de coorte de Doll & Hill (1964) que registrou as causas de óbitos de médicos britânicos relacionando-as com o fumo (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2008).

A nicotina é o principal agente do cigarro, uma droga de alta toxicidade e amplamente reconhecida por sua grande capacidade de dependência, demonstrada por usuários casuais de tabaco evoluir para padrões de dependência maiores que a de usuários de cocaína, morfina e álcool (JHA et al., 2006a; VIEGAS, 2007).

Os efeitos da nicotina ocorrem por desencadear eventos neurobiológicos em áreas de recompensas do cérebro e em todo o corpo, essa substância reforça o uso do tabaco, produz sensação de prazer, excitação, melhora da concentração e diminuição da ansiedade. Como resposta a esses efeitos, o tabagismo aumenta a concentração dos hormônios do crescimento e adenocorticotrópico, com consequente aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. Também resulta em redução de apetite e de peso (MARKOU; KOOB; HENNINGFIELD, 2003; VIEGAS, 2007; REICHERT et al., 2008; BENOWITZ, 2009).

O uso do tabaco é diretamente causador de vários malefícios à saúde. A fumaça é absorvida pelos pulmões (70-90%), mucosa bucal (4-5%) e pele. Desse modo, introduz no organismo milhares de componentes tóxicos. Por consequência, aumenta o risco de se adquirir mais de 50 doenças, tais como: neoplasias (pulmão, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, colo de útero, leucemia), doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, trombozes, aneurismas, acidentes vasculares encefálicos), doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma) e antecipação da menopausa, efeitos nocivos sobre a gravidez (aborto, mortalidade perinatal, complicações na gravidez,

anomalias congênitas das crianças nascidas de mães fumantes) (ROSEMBERG, 2003; JHA et al., 2006b; MEIRELLES, 2006; VIEGAS, 2007; OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2008).

2.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Atualmente, estima-se que mais de 1,3 milhão de pessoas fumam em todo o mundo. Destes, 82% encontram-se em países em desenvolvimento. No Brasil existem aproximadamente 24,6 milhões de fumantes. A prevalência de tabagismo mundial é de 29%, sendo 47,5% para homens e 10,3% para mulheres. Nos países desenvolvidos, a proporção de homens fumantes varia em torno de 35% e de mulheres 22%. Já nos países em desenvolvimento, esses números são da ordem de 50% para homens e 9% para mulheres. Em todo o mundo, o tabagismo masculino é maior do que o feminino, porém em países de alta renda essa diferença entre sexo é menor (CAMARA, 2005; JHA et al., 2006b; WHO, 2007; VIEGAS et al., 2007; ASH, 2009; SHAFÉY et al., 2009; ALMEIDA et al., 2010; WHO, 2011).

Dada sua gravidade, o tabagismo representa a principal causa de morte evitável no mundo. Segundo a OMS, o tabaco causou 5,4 milhões de mortes no ano de 2006. O fumo é fator de risco para seis das oito principais causas de óbito, abreviando em média 15 anos de vida. Por ano, o consumo de tabaco causa mais de cinco milhões de óbitos. Estima-se mais de oito milhões para o ano de 2030. De acordo com as tendências atuais, as doenças crônicas e os óbitos causados pelo fumo que predominavam em países industrializados estão também afetando as economias em desenvolvimento (WHO, 2007; WHO, 2008; ASH, 2009; ALMEIDA et al., 2010; MALTA et al., 2010).

O consumo de cigarros declinou acentuadamente durante as últimas décadas, fato esse observado nos quatro estágios da pandemia, descrito por Lopez, em função da proporção de fumantes entre o sexo masculino e feminino, bem como da mortalidade relacionada ao uso do tabaco. No primeiro estágio, as prevalências entre os sexos e as taxas de mortalidade são baixas. No segundo estágio, ocorre

uma elevação da prevalência de tabagismo em homens com um aumento da taxa de mortalidade. No terceiro estágio, observa-se uma diminuição da prevalência de tabagismo entre os homens, com um pico de consumo entre as mulheres, quando a taxa de mortalidade encontra-se aumentada entre os sexos. Por fim, no quarto estágio, ocorre uma redução do consumo entre homens e mulheres, com redução da taxa de mortalidade nos homens (LOPEZ; COLLISHAW; PIHA, 1994).

Estudos demonstram que, em países em desenvolvimento, o consumo vem crescendo desde 1970, especialmente entre os grupos populacionais mais pobres e com menor nível de educação, onde o nível de informação da população sobre os riscos do tabagismo é baixo. Na China, indivíduos com baixa escolaridade têm uma probabilidade cerca de sete vezes maior de serem fumantes do que indivíduos com maior escolaridade. No Brasil, esse número é de cinco vezes (JHA; CHALOUPKA, 2000; WORLD BANK, 2003; LAAKSONEN et al., 2005; IGLESIAS et al., 2007; WHO, 2008; ASH, 2009).

A prevalência de tabagismo no mundo pode variar substancialmente de acordo com as áreas geográficas. As mais altas prevalências encontram-se na Rússia e em toda a Ásia, até 60% da população adulta, dependendo da região. No Sudeste Asiático, os homens chegam a fumar dez vezes mais do que as mulheres. Em países de alta renda, incluindo Austrália, Canadá, Estados Unidos e na maioria dos países da Europa Ocidental, a prevalência do tabagismo entre as mulheres se aproxima com a dos homens, estando em torno de 39%. Na América Latina e no Caribe, a prevalência global de tabagismo é de 32%, sendo 40% no sexo masculino e 24% no feminino (GUINDON; BOISCLAIR, 2003; CAMARA, 2005; JHA et al., 2006b; VIEGAS, et al., 2007; WHO, 2008; SHAFEY et al., 2009).

O tabagismo é a principal causa de morbidade e mortalidade nos Estados Unidos, causando 443.000 mortes prematuras, tendo como consequência um gasto direto de 193 bilhões de dólares em cuidados com a saúde e perdas de produtividade (DUBE et al., 2010).

O monitoramento é essencial no esforço para conter a epidemia do tabagismo. Nos Estados Unidos, um inquérito nacional de saúde é realizado anualmente desde 1957, apresentando as estimativas de prevalência do tabagismo

entre adultos com idade ≥ 18 anos, (CDC, 2010). Dessa forma, verificou-se uma queda significativa da prevalência do tabagismo nos últimos 30 anos. No entanto, no ano de 2006, a frequência de fumantes era de 20,8%, com predomínio do sexo masculino de 23,9%, e 18% no sexo feminino. Em 2009 a prevalência foi de 20,6%, sendo de 23,5% em homens e 17,9% em mulheres. Em quatro anos, a redução da prevalência de adultos fumantes foi apenas de 0,2 ponto percentual (DUBE et al., 2010).

No Brasil, têm sido realizados inquéritos populacionais para monitorar a prevalência de tabagismo, observando-se uma diminuição da proporção de fumantes. Em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) identificou uma proporção de fumantes de 34,8%; enquanto outra pesquisa realizada no ano de 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) verificou uma diminuição da prevalência de tabagismo para 17,2%. Por sexo, no primeiro inquérito, os homens representavam 43,3% dos fumantes, passando para 21,6%; respectivamente, as mulheres com 27,0% passaram a 13,1% (BRASIL, 1990; IBGE, 2008).

Em 2008 a PNAD demonstrou que o Estado do Acre apresentou a maior proporção de fumantes entre os Estados da Federação com 22,1% (IBGE, 2008). Além disso, o grupo populacional que mais se concentrou no tabagismo são os indivíduos com menor renda e escolaridade, como também apresentam grande aceitação e consumo influenciados por fatores sociais e estratégias para expansão do mercado da indústria do tabaco, refletindo indiretamente a desigualdade social brasileira através do fumo (MEIRELLES, 2006; IGLESIAS et al., 2007; ALMEIDA et al., 2010).

Esse declínio da prevalência de fumantes também foi evidenciado pela Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada desde 2006 pelo Ministério da Saúde (MALTA et al., 2010).

No ano de 2006, a prevalência do tabagismo na população adulta maior ou igual a 18 anos foi de 16,2%, com predomínio no sexo masculino de 20,3 % e 12,8% no feminino. Na capital acreana, Rio Branco, a prevalência de 21,2% foi uma das

maiores entre as capitais do país, com 24% em homens e 17,9% em mulheres. Em 2009, a pesquisa identificou uma prevalência de fumantes de 15,5%, com 19,0% em homens e 12,5% em mulheres. Em Rio Branco, a prevalência total de fumantes foi de 16%, sendo de 16,6% no sexo masculino e 15,4% no feminino. Conforme está demonstrado nos dados de prevalência do VIGITEL, (Figura 1), nos últimos anos, observaram-se um discreto declínio da frequência do número de fumantes no Brasil e uma diminuição mais acentuada em Rio Branco, capital do Estado do Acre (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

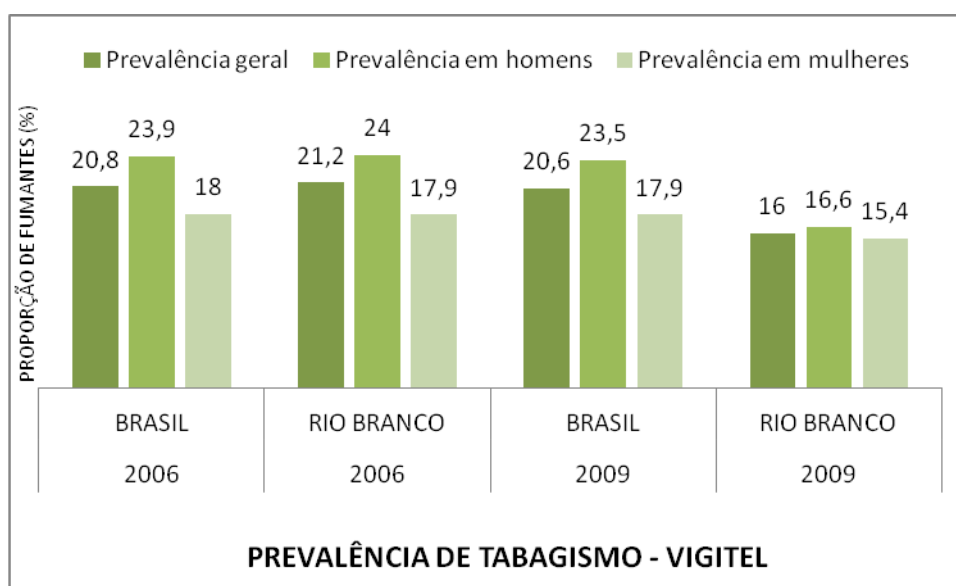


Figura 1 – Descrição da prevalência de tabagismo no Brasil e em Rio Branco em adultos com idade ≥ 18 anos segundo a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), nos anos de 2006 e 2009.

O tabagismo acaba gerando um grande peso econômico para a sociedade, pelos altos custos com os cuidados médicos e pela perda da mão de obra produtiva ocasionado pelas mortes prematuras, aposentadorias precoces, pensões e benefícios, incêndios, poluição e degradação ambiental, pesquisa e educação, além das questões não mensuráveis como a dor e o sofrimento do fumante e da família.

Os custos com o tabaco se tornam significativos tanto para a sociedade como para os indivíduos. Para o Sistema de Saúde os gastos atribuídos às doenças associado ao tabagismo chegam ao montante de US\$ 200 bilhões ao ano, metade destes estão nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, os custos brutos que incluem todas as despesas para o tratamento de doenças relacionadas

ao tabaco variam de 0,1% a 1,1% do Produto Interno Bruto (PIB) (PINTO; UGÁ, 2010; ALMEIDA et al., 2010).

No Brasil, entre os anos de 1996 a 2005, houve mais de 1 milhão de hospitalizações relacionadas ao tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), com custos em torno de meio bilhão de dólares, ou 1,6% do orçamento destinado às hospitalizações realizadas por unidades de saúde (IGLESIAS et al., 2007; PINTO; UGÁ, 2010), calculando os custos diretos relacionados ao tabaco pelo SUS estimou-se um gasto de R\$ 338,7 milhões com indivíduos com mais de 35 anos acometidos pelas doenças tabaco-relacionadas.

2.5 O MERCADO DO TABACO

Atualmente, a indústria do fumo se organiza no mundo em forma de oligopólio com atividades de produção e comercialização de tabaco em mais de 50 países. As grandes empresas de tabaco, Philip Morris (PM), *British American Tobacco* (BAT) e *Japan Tobacco International* (JTI) juntas, controlam mais de 41% do mercado mundial de tabaco. Para o Brasil, em particular, a problemática é relevante por questões econômicas, sociais, sanitárias e ambientais. O país lidera as exportações da folha de tabaco e é o segundo maior produtor do mundo, abrigando duas grandes transnacionais, representadas pela Companhia Souza Cruz e pela Philip Morris que dominam o mercado interno (BOEIRA; JOHNS, 2007; GLANTZ; MAMUDU; HAMMOND, 2008).

O setor fumageiro enfrenta situações adversas na manufaturação, venda e distribuição, devido às políticas antitabagistas e mesmo assim consegue expandir-se. A indústria trabalha com o objetivo de mostrar aos legisladores e à população em geral a suposição de normalidade do consumo de um produto lícito com minimização de riscos (BOEIRA; JOHNS, 2007).

As práticas da indústria tabageira são questionar os resultados que mostram os efeitos do tabagismo na saúde, reafirmando os direitos e as escolhas dos cidadãos. Dessa forma, agem defendendo a liberdade de comercialização; lutando

contra aumento de impostos; promovendo a aceitação do tabagismo pela sociedade. Utilizam-se estratégias de ataque, estimuladas pela acirrada competição, inovam na abordagem ao público-alvo, criam novos espaços, diversificam os investimentos em mercados externos, obtendo êxito no aumento de sua lucratividade (BOEIRA; JOHNS, 2007; GLANTZ; MAMUDU; HAMMOND, 2008).

O emprego, renda, comércio exterior e tributação são fatores preponderantes que favorecem a indústria tabaqueira perante as economias nacionais. Essas são questões intimamente relacionadas às políticas de controle do tabagismo (JHA et al., 2006a; INCA, 2007).

O aumento dos impostos que tem impacto no preço dos cigarros é a medida mais efetiva para diminuir o consumo, especialmente entre os jovens e pessoas com baixa renda. Estudos indicam que um aumento de preços na ordem de 10% pode reduzir o consumo de produtos derivados do tabaco em torno de 4,8% em países de baixa e média rendas (JHA; CHALOUPKA, 2000; IGLESIAS et al., 2007; ALMEIDA et al., 2010).

Pelo aumento tributário, depara-se com um problema global, o mercado ilegal de cigarros que deve ser enfrentado, identificando-se os meios de eliminá-lo. É evidente que os impostos dos produtos derivados do tabaco são um incentivo a essas práticas. Uma realidade que se mostra presente em nosso país é a quantidade de produtos contrabandeados e falsificados oferecidos no mercado. No Brasil, esse mercado ilegal é composto por: evasão fiscal (produção interna de cigarros sem pagamento de impostos e controle pelas autoridades), falsificação (comercialização de cigarros que imitam uma marca local, geralmente fabricados fora do país e sem pagamento de impostos) e comércio ilegal (prática de trazer cigarros do exterior sem pagamento de impostos/contrabando) (MIKALOVSKI, 2009; ALMEIDA et al., 2010).

No Brasil cerca de 35% dos cigarros comercializados provêm de contrabando, a devida aplicação da lei é um meio efetivo de reduzir essa prática. Mediante esses fatos, existem meios efetivos de reduzir o contrabando, pelo aumento do nível de aplicação da lei ou pela redução da corrupção (MEIRELLES, 2006; MIKALOVSKI, 2009; ALMEIDA et al., 2010).

2.6 CONTROLE DA PANDEMIA TABÁGICA

O uso dos produtos derivados do tabaco é reconhecido mundialmente como prejudicial à saúde, sendo notório o conhecimento público dos graves efeitos danosos que o tabagismo causa em seus usuários e nas pessoas com as quais convive. Dessa forma, fazem-se necessárias ações para evitar o início do fumo, assim como estímulos motivacionais para que os fumantes deixem de fumar. A prevenção e o controle são medidas possíveis corroboradas por inúmeros estudos científicos (VIEGAS, 2007; REICHERT et al, 2008; ALMEIDA et al., 2010; DUBE et al., 2010; WHO, 2011).

Horta et al. (2001) afirmam que “os prejuízos causados à saúde pelo hábito de fumar são amplamente conhecidos e seu controle é considerado pela OMS como um dos maiores desafios da saúde pública atualmente”. O controle do tabagismo é tratado como uma prioridade em termos de saúde pública pela OMS (WHO, 2011). Para essa finalidade, 192 Estados-membros da OMS elaboraram o primeiro tratado internacional de saúde pública: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Este instrumento legal entrou em vigor em fevereiro de 2005 após 40 países o ter ratificado, incluindo o Brasil, tendo como objetivo primordial proteger a população mundial e suas gerações futuras das consequências geradas pelo tabagismo. Dessa forma, o controle do tabaco passa a ser encarado como uma questão ética e de responsabilidade social dos governos (MEIRELLES, 2006; WHO, 2007; CORREIA, 2008).

Os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), uma Organização Internacional e Intergovernamental que agrupa os países mais industrializados do mundo, adotaram programas abrangentes de controle do tabagismo. Os países que obtêm sucesso com suas políticas de controle implementaram várias abordagens visando à redução da demanda e ao controle do comércio ilegal de tabaco. Essas políticas abordam principalmente a prevenção da iniciação, a cessação e a redução da exposição à fumaça ambiental do tabaco (IGLESIAS et al., 2007; MALTA et al., 2010).

Dentre as medidas vinculadas à CQCT estão incluídos o monitoramento e a vigilância da prevalência do tabagismo através de instrumentos que proporcionem um perfil fidedigno da população, a fim de orientar as políticas públicas de promoção à saúde e prevenção do tabagismo (WHO, 2003).

O Ministério da Saúde do Brasil assumiu através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 1989, a organização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), a rede envolve os departamentos de saúde dos 26 Estados brasileiros, o Distrito Federal e mais quatro mil municípios, com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbi-mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco. As estratégias do PNCT incluem a prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco. Obtidas através de ações educativas, de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas, de medidas que equivalem ao aumento de preços e de impostos e de trabalhos sobre educação em saúde com divulgações dos malefícios do fumo (CORREIA, 2008; ALMEIDA et al., 2010).

A adoção e a priorização de medidas de proteção para os indivíduos são importantes para o controle da pandemia tabágica. Exemplos dessas práticas são os ambientes 100% livres do cigarro, a revisão da Lei 9294/96 que proíbe o uso de cigarros em recinto de uso coletivo. A partir do ano de 2000, a proibição da publicidade, promoção e patrocínio de produtos do tabaco, restringindo-os aos pontos de venda. A assistência também se faz necessária, pelo maior número de centros de tratamento que disponham de todos os recursos com medidas eficazes. O tratamento é extremamente importante para diminuir os efeitos do tabagismo sobre a saúde dos dependentes e também reduzir as despesas com as doenças tabaco-relacionadas (MEIRELLES, 2006; MALTA et al., 2008; GODOY, 2010).

Atualmente, a rede do PNCT está interligada virtualmente ao INCA, onde recebem informações e compartilham experiências. Anualmente existem encontros nacionais para avaliação e planejamento de ações para o controle do uso do tabaco entre Estados, municípios e a sociedade civil organizada (ALMEIDA et al., 2010).

No ano de 2006, foi promulgada a Política Nacional de Controle do Tabaco através do Decreto nº 5.658. O objetivo desta política foi desenvolver as medidas da CQCT utilizando-se o Sistema de Saúde Brasileiro. A política específica: função da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) fazer a regulação dos produtos do tabaco; confere a diversificação da produção nacional de áreas de cultivo de tabaco pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário; designa ao Ministério da Fazenda o alcance da política de preços e impostos sobre a indústria do tabaco (BRASIL, 2006; MEIRELLES, 2006; ALMEIDA et al., 2010).

No ano de 2008, a OMS implementou as ações anti-tabágicas com um programa de medidas de controle do tabaco. Essas ações compreendem seis medidas, sendo: 1) Monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção; 2) Proteger as pessoas contra o uso do tabaco; 3) Oferecer ajuda para deixar o uso do tabaco; 4) Alertar sobre os perigos do tabaco; 5) Impor a proibição da publicidade, promoção e patrocínio e 6) Aumentar impostos sobre o tabaco (WHO, 2008).

Por fim, a vida dos seres humanos requer valores e esforços inestimáveis, pois o futuro da humanidade está diretamente interligado a populações saudáveis. O tabagismo é um tema altamente complexo e evidencia o envolvimento de todos os setores da sociedade para que este grande mal seja vencido, proporcionando os avanços sociais e econômicos tão almejados por todos.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar o tabagismo em adultos segundo sexo na população adulta do município de Rio Branco - Acre.

3.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência e razão de prevalência de fumantes, segundo condições socioeconômicas e demográficas;
- Identificar o perfil do fumante, segundo o sexo.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma investigação de base populacional do tipo transversal. As informações foram obtidas através do inquérito “*Saúde e nutrição em crianças e adultos no município de Rio Branco, Acre*”, realizado no segundo semestre de 2007 e primeiro semestre de 2008.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Esta investigação foi realizada nas áreas urbana e rural do município de Rio Branco (latitude: -09° 58' 29" longitude: -67° 48' 36", altitude de 153 metros), sendo a capital do Estado do Acre, com uma área de 9962,4 km². O município localiza-se na microrregião de Rio Branco, mesorregião do Vale do Acre. Limita-se ao norte com os municípios de Bujari e Porto Acre e com o Amazonas, ao sul com os municípios de Xapuri e Capixaba, a leste com o município de Senador Guimard e a oeste com o município de Sena Madureira da região. Situa-se na região Norte do Brasil sob o clima equatorial da Amazônia Ocidental, com temperaturas oscilando entre 25°C e 40°C nos dias mais quentes do ano.

Pelo fato de as entrevistas terem sido realizadas nos anos de 2007 a 2008, a presente pesquisa utilizou dados do censo de 2000. Assim, a população do município de Rio Branco era de 253.059 habitantes, representando 45,39% da população do Estado do Acre. Nesse ano a população urbana era de 226.298 habitantes e a rural era de 26.761, com uma taxa de urbanização de 82,42%. A renda *per capita* média era de 264,40 reais, e a proporção de pobreza (pessoas com renda familiar *per capita* inferior à metade do salário-mínimo) foi de com 32,1%. O município apresentou uma distribuição de renda medida pelo índice de Gini de 0,62

e um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,754 (IBGE, 2001; IPEA, 2005; PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DO ACRE, 2011).

No mesmo censo, foi identificada uma taxa de analfabetismo da população (15 anos ou mais) de 13,6; uma taxa de mortalidade infantil de 29/1.000 nascidos vivos. Além disso, as taxas de mortalidade proporcional por grupos de causas foram de 13,0 para neoplasias, 27,4 para as doenças do aparelho circulatório e 9,4 para as doenças do aparelho respiratório, respectivamente para o Estado do Acre as taxas foram de 7,5; 15,2 e 7,5 (IBGE, 2001; IBGE 2003; BRASIL, 2004).

4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A população-alvo foi composta pela população adulta com idade igual e maior de 18 anos, residente no município de Rio Branco - Acre.

Utilizou-se como unidade primária amostral, a divisão do município de Rio Branco, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o Censo Demográfico 2000, em 250 setores censitários.

Sucintamente, a amostragem adotada pela pesquisa foi por conglomerados em duas etapas, utilizando-se os seguintes procedimentos: na primeira etapa, foram sorteados 35 setores censitários, sendo 31 em área urbana e quatro em área rural, o número de domicílios foi baseado no mapa dos setores censitários, elaborado para a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006.

Na segunda etapa, foram sorteados 25 domicílios por setor, totalizando 875 domicílios equiprováveis. Em cada domicílio sorteado entrevistaram-se todos os moradores adultos residentes do mesmo, o que fez com que a amostra tivesse uma estrutura por sexo e idade semelhante à população. O critério de inclusão no estudo foi a anuência à participação na pesquisa de todos os adultos que se encontravam no domicílio no momento da entrevista.

Previendo uma perda da ordem de 15% por motivos diversos, o tamanho amostral foi ampliado para 977 domicílios, considerando a densidade média de dois adultos por domicílio.

A amostra selecionada foi composta de 1.516 indivíduos. Desse conjunto foram excluídos das análises quatro indivíduos por não responderem adequadamente ao módulo do tabagismo, resultando em uma amostra final de 1.512 indivíduos.

4.4 COLETA DE DADOS

O inquérito domiciliar foi realizado no segundo semestre de 2007 e no primeiro semestre de 2008, o questionário abordava características socio-demográficas e econômicas; avaliação do uso e cobertura de serviços de saúde; avaliação do estado de saúde individual, com dados de morbidade referida, estilo de vida, tabagismo, entre outros; avaliação do estado nutricional da população. No entanto, para a realização deste estudo foram utilizados somente os módulos demográfico, socioeconômico e de tabagismo (ANEXO A).

A aplicação foi realizada por profissionais ou universitários da área de saúde que inicialmente assistiram a palestras para conhecimento do projeto *“Saúde e nutrição em crianças e adultos no município de Rio Branco, Acre”* e das características do questionário. Posteriormente foram realizadas sessões de treinamento para a aplicação do questionário, visando à verificação de entendimento e padronização de cada pergunta. O inquérito domiciliar foi supervisionado diretamente por integrantes do projeto.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa citado foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob o Protocolo nº 23107.001150/2007 (ANEXO B). Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C) e foram informados quanto à sua participação voluntária, quanto aos objetivos, riscos, benefícios, processos do estudo, assim como, o direito e a liberdade de sair da pesquisa, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

TABAGISMO EM ADULTOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE: um estudo de base populacional

Patrícia Merly Martinelli ⁽¹⁾
Orivaldo Florencio de Souza ⁽²⁾
Creso Machado Lopes ⁽²⁾
Pascoal Torres Muniz ⁽³⁾

Resumo

Objetivos: O tabagismo representa um tema de grande relevância para a saúde pública, o qual provoca sérios danos à saúde com implicações sociais, econômicas e sanitárias. Este estudo se torna imprescindível pelo fato da necessidade de um monitoramento contínuo, enfatizando o comportamento dos fumantes no município de Rio Branco-Acre, parte integrante da Amazônia Ocidental. Dessa forma, objetivou-se analisar o tabagismo em adultos do município de Rio Branco-Acre.

Métodos: Trata-se de uma investigação de base populacional do tipo transversal, realizada nos anos de 2007 a 2008, e obtida por entrevistas domiciliares. Participaram 1.512 indivíduos com idade ≥ 18 anos, residentes na zona urbana e rural do município de Rio Branco-AC, incluídos no inquérito “*Saúde e nutrição em crianças e adultos no município de Rio Branco, Acre*”. Os dados foram analisados no programa estatístico StataTM 10.0, no módulo svy, com razões de prevalências brutas e ajustadas para a idade, com intervalo de confiança em 95% mediante regressão de Poisson e com valores significativos de $p < 0,05$.

Resultados: A análise dos dados revelou uma prevalência de tabagismo na população de 19,9% com uma maior proporção em homens (22,9%) do que em mulheres (17,6%). Os homens apresentaram uma maior prevalência de fumo nos indivíduos entre 50 e 59 anos, e as mulheres entre os 40 e 49 anos, declinando igualmente em ambos os sexos, nas faixas etárias subsequentes; observou-se relação linear entre tabagismo e menores anos de estudo e renda. O perfil do fumante indicou que a maioria dos homens e mulheres iniciou o hábito de fumar com idade < 15 anos, fumam entre 1 e 10 cigarros por dia; acendem seu primeiro cigarro do dia após 60 minutos ao acordar e haviam tentado parar de fumar pelo menos duas vezes ou mais.

Conclusão: Os resultados encontrados demonstram uma elevada prevalência de tabagismo associado a uma menor renda e escolaridade. Os dados indicam a necessidade do contínuo monitoramento e de medidas efetivas para o controle do tabagismo na população adulta do município de Rio Branco-Acre.

Palavras-chave: Tabagismo; Estudo Epidemiológico; Prevalência.

⁽¹⁾ Patrícia Merly Martinelli. Aluna do Programa Pós-Graduação - Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Acre. Profa. do Curso de Fisioterapia da União Educacional do Norte – UNINORTE.

⁽²⁾ Prof. Dr. Orivaldo Florencio de Souza e Prof. Dr. Creso Machado Lopes. Docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Acre – UFAC. Orientadores

⁽³⁾ Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz – Coordenador do Projeto de Pesquisa “Saúde de Nutrição em Crianças e Adultos no Município de Rio Branco, Acre”. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Acre – UFAC.

ABSTRACT

INTRODUÇÃO

Os malefícios do tabaco têm sido evidenciados há muitas décadas (1) revelando-se em um dos maiores desafios para a saúde pública. Considerada a primeira causa de adoecimento e mortes prematuras evitáveis em todo o mundo, reflete-se em 5 milhões de óbitos ao ano. Nas Américas somam 1 milhão de mortes regulamentadas por um consumo legal e um hábito subestimado de riscos e internalizado pelo vício (2, 3, 4).

A Organização Mundial de Saúde classifica o tabagismo como uma doença crônica associada ao desenvolvimento de inúmeras doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas (5). Esse fato repercute negativamente na economia devido aos elevados gastos com assistência à saúde e perda de indivíduos em vida produtiva (3, 6, 7).

Atualmente mais de 1,3 milhão de pessoas são fumantes em todo o mundo. Desses 82% encontram-se em países de média e baixa rendas (2, 5, 8, 9). Apesar dos esforços para conter o tabagismo, observa-se que vários fatores contribuem para a disseminação em países em desenvolvimento, como o crescimento expressivo do uso do tabaco pelas mulheres, a baixa renda e a menor escolaridade dessas populações (2, 7, 10). No Brasil, esse contexto é vivenciado por 25 milhões de fumantes com idade maior de 15 anos (3).

Nos últimos anos, inquéritos populacionais no Brasil evidenciaram declínio do tabagismo na faixa etária acima de 15 anos (11, 12). Em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) (13) identificou a prevalência de 34,8% de fumantes. Já no ano de 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) (11) demonstrou uma diminuição da prevalência para 17,2%.

Em Rio Branco, a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) verificou no ano de 2006 a prevalência de tabagismo de 21,2%, declinando para 15,4% no ano de 2009 (14, 15). No referido inquérito, nos anos de 2006 e 2009, foi verificada acentuada redução da diferença de prevalência entre os sexos masculino e feminino de 6,1% para 1,2%. Apesar dessa importante diminuição do tabagismo em Rio Branco, ainda se faz necessária atenção à problemática.

Essas evidências reforçam a necessidade de monitoramento contínuo, com intuito de identificar as características dos grupos mais susceptíveis ao fumo e o

perfil dos fumantes (2, 3). Essas informações são importantes para a ampliação dos conhecimentos, para descrever a situação tabágica no município e para fundamentar as ações de intervenção. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o tabagismo na população adulta do município de Rio Branco-Acre.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional realizado no período de setembro de 2007 a agosto de 2008. Os dados sobre tabagismo foram provenientes do inquérito “*Saúde e Nutrição em Crianças e Adultos no Município de Rio Branco, Acre*”. O município de Rio Branco, Estado do Acre (latitude: 9 58’29’’; longitude: 69 48` 36``; altitude: 153 metros), está localizado na Amazônia Ocidental brasileira.

Os procedimentos de seleção dos sujeitos e a determinação do tamanho da amostra estão descritos com detalhes em Magalhães et al. (2011) (16) e Lino et al. (2011) (17). De modo sucinto, o delineamento amostral aplicado foi a amostragem por conglomerados em dois estágios, onde as unidades primárias de amostragem foram os setores censitários, conforme está utilizado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2006 (18); as unidades secundárias foram os domicílios. Inicialmente, foram sorteados 35 setores censitários, sendo 31 na área urbana e 4 na área rural. Posteriormente, em cada setor censitário, foram sorteados 25 domicílios. Todos os moradores de cada domicílio foram convidados para participar da pesquisa. No total, foram elegíveis 1.516 sujeitos maiores de 18 anos. Os critérios de inclusão foram aceitar participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não apresentar problemas de saúde que prejudicassem recordar os eventos passados.

Questionário estruturado com questões fechadas foi aplicado aos sujeitos selecionados no interior dos domicílios. Os entrevistadores participaram de treinamento e da sessão de padronização dos procedimentos para aplicação do questionário.

As variáveis independentes foram compostas por características demográficas e socioeconômicas. A idade foi categorizada em cinco estratos: 18-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; 60 anos ou mais. A situação conjugal foi

agrupada em três categorias: solteiro; união estável; viúvo, separado e divorciado. De acordo com a atividade ocupacional referida pelo entrevistado, foram elaboradas três categorias: trabalhadores; sem rendimentos (estudantes, desempregados e do lar); aposentados e pensionistas. Identificada em salários-mínimos (SM), a variável renda referida foi categorizada em: 5 ou mais SM; 2-4 SM; 1 SM; menos de 1 SM ou sem renda. Essa variável baseou-se no SM nacional em vigor nos anos em que foram realizadas as entrevistas (R\$ 380,00 reais, em 2007; R\$ 415,00, em 2008). A variável escolaridade foi coletada em anos de estudo completos. Posteriormente, essa variável foi categorizada em: 12 ou mais anos; 9-11 anos; 5-8 anos; 4 ou menos anos.

O perfil do fumante foi identificado por sete variáveis indicadoras do comportamento tabágico, sendo: idade de início do tabagismo (menor de 15 anos, entre 16 e 20 anos e maior de 21 anos), número de cigarros fumados por dia (1-10 cigarros, 11-20 cigarros e 21 cigarros ou mais), tempo de fumo do primeiro cigarro após acordar (primeiros 5 minutos, 6-30 minutos, 31-60 minutos e após 60 minutos), frequência de compra de cigarros em camelôs (sempre, às vezes ou nunca). O tipo de cigarro fumado foi analisado em duas categorias, sendo: industrializado com filtro e outros (cigarro industrializado sem filtro e cigarro de palha). As variáveis que indicaram a conscientização dos malefícios do fumo foram: fotos de advertência (estimulam a cessação e não estimulam a cessação) e número de tentativas de cessação (nenhuma vez, 1 vez e 2 vezes ou mais).

A variável dependente foi o tabagismo. Utilizou-se a recomendação da Organização Mundial de Saúde (1983) (13) para a definição da variável tabagismo, sendo: fumante (fumante atual, fumante ocasional ou ex-fumante que consumiu pelo menos um cigarro nos últimos 6 meses); não fumante (nunca fumou ou ex-fumante que não consumiu nenhum cigarro nos últimos 6 meses).

Os dados foram digitados seguindo rotina elaborada no programa *Epi-Info* 6.01. Após o processo de digitação, os dados foram transportados para o programa estatístico *Stata*TM 10.0, onde foram realizadas as categorizações e análises estatísticas. Todas as análises foram realizadas no módulo *svy*. Razões de prevalências brutas e ajustadas para idade com os respectivos intervalos de confiança em 95% do tabagismo por variáveis demográficas e socioeconômicas foram obtidas mediante regressão de Poisson. Para a categoria de fumantes, foi

utilizado o teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher para comparar homens e mulheres, segundo comportamento tabágico. Em todas as análises estatísticas foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, conforme Protocolo número 23107.00150/2007-22.

RESULTADOS

Do total dos 1.516 sujeitos encontrados nos domicílios dos setores sorteados, houve quatro sujeitos que foram excluídos por não responderem adequadamente às questões referentes ao módulo do tabagismo. Na análise de dados, foram considerados 1.512 sujeitos (99,7% dos elegíveis). Desses, 43,3% eram homens e 56,7% eram mulheres. A prevalência de tabagismo da população foi de 19,9%, com uma maior proporção em homens (22,9%) do que em mulheres (17,6%), conforme dados apresentados na Tabela 1.

As razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas pela idade, entre as variáveis independentes e o tabagismo segundo sexo, estão apresentadas nas Tabelas 2 e 3. Foi observada entre os homens uma maior prevalência de fumo nos indivíduos entre 50 e 59 anos, e entre as mulheres na faixa-etária de 40 a 49 anos, declinando igualmente nas faixas etárias subsequentes. Em ambos os sexos, após o ajuste para a idade, evidenciou-se relação linear entre os menores anos de estudo e renda em salários-mínimos com a situação de ser fumante (p para tendência linear $< 0,05$). Enquanto os aposentados ou pensionistas apresentavam 1,52 vezes maior probabilidade de serem suscetíveis a fumar em comparação aos trabalhadores.

A Tabela 4 apresenta a descrição do perfil dos fumantes segundo o sexo. Em relação aos indicadores de dependência do tabagismo, a maioria iniciou o hábito de fumo com idade igual ou menor aos 15 anos (homens: 49,6%; mulheres: 52,0%). Mais da metade dos indivíduos relatou fumar entre um a dez cigarros por dia (homens: 65,1%; mulheres: 67,9%). Nessa variável foi identificada baixa frequência de mulheres (0,8%) que fumavam 21 cigarros ou mais por dia. Foi relatada alta frequência de fumo do primeiro cigarro do dia 60 minutos após acordarem (homens: 48,5%; mulheres: 53,7%). O sexo masculino mostrou maior frequência (18,4%) de relato de fumo nos primeiros 5 minutos após acordar em relação às mulheres

(10,1%). Considerando a conscientização dos malefícios do fumo, foi observado que mais da metade dos sujeitos relatou duas ou mais tentativas de abandono do fumo (homens: 53,3%; mulheres: 59,7%).

Tabela 1 – Descrição das características gerais segundo variáveis demográficas e socioeconômicas da população adulta ≥ 18 anos do município de Rio Branco-AC, 2008.

Variáveis	Total		Masculino		Feminino	
	N (1.512)	%	N (655)	%	N (857)	%
Faixa etária (anos)						
18-29	575	38,0	269	41,1	306	35,7
30-39	325	21,5	138	21,1	187	21,8
40-49	247	16,3	96	14,7	151	17,6
50-59	186	12,3	78	11,9	108	12,6
≥ 60	179	11,9	74	11,2	105	12,2
Estado conjugal						
Solteiro	507	33,5	228	34,8	279	32,5
União estável	836	55,3	393	60,0	443	51,7
Viúvo/ separado/divorciado	169	11,2	34	5,2	135	15,8
Atividade ocupacional						
Trabalhadores	844	55,9	448	68,4	396	46,2
Sem rendimentos	247	16,3	88	16,5	139	16,3
Aposentados/pensionistas	420	27,8	99	15,1	322	37,5
Renda ^(*)						
De 5 SM ou mais	164	10,9	88	13,6	76	8,9
De 2 a 4 SM	278	18,6	159	24,6	119	13,9
De 1 SM	458	30,5	226	34,9	232	27,2
Sem renda/ menos de 1 SM	601	40,0	174	26,9	427	50,0
Escolaridade (anos)						
≥ 12	244	16,2	101	15,4	143	16,9
9-11	559	37,1	238	36,3	321	37,7
5-8	300	19,9	149	22,7	151	17,7
≤ 4	403	26,7	167	25,6	236	27,7
Tabagismo						
Não fumante	1211	80,1	505	77,1	706	82,4
Fumante	301	19,9	150	22,9	151	17,6

^(*) Salário-mínimo (SM) no valor de R\$ 380,00 em 2007 e R\$ 415,00 em 2008.

Tabela 2 - Prevalência e razão de prevalência de fumantes do sexo masculino, segundo condições socioeconômicas e demográficas ajustadas pela idade, da população adulta ≥ 18 anos do município de Rio Branco-AC, 2008

Variáveis	N	%	RP Bruta (IC 95%)	Valor p	RP Ajustada (IC 95%)	Valor p
Faixa etária (anos)						
18-29	269	19,3	1	1		
30-39	138	22,4	1,16 (0,75-1,78)	0,480		
40-49	96	23,9	1,23 (0,81-1,88)	0,305		
50-59	78	30,7	1,59 (1,05-2,39)	0,027		
≥ 60	100	27,0	1,39 (0,78-2,48)	0,243		
Valor de p tendência linear				0,052		
Estado conjugal						
Solteiro	228	18,8	1	1	1	1
União estável	393	25,1	1,33 (0,98-1,80)	0,060	1,20 (0,86-1,67)	0,258
Viúvo/ separado/divorciado	34	23,5	1,24 (0,7-2,20)	0,434	1,05 (0,58-1,91)	0,857
Atividade ocupacional						
Trabalhadores	448	22,5	1	1	1	1
Sem rendimentos	108	16,6	0,73 (0,43-1,24)	0,246	0,62 (0,36-1,05)	0,078
Aposentados/pensionistas	99	31,3	1,38 (1,00-1,91)	0,045	1,52 (1,08-2,12)	0,016
Renda (*)						
De 5 SM ou mais	88	15,9	1	1	1	1
De 2 a 4 SM	159	16,9	1,06 (0,58-1,96)	0,829	1,13 (0,59-2,16)	0,694
De 1 SM	226	24,3	1,52 (0,84-2,7)	1,153	1,66 (0,89-3,07)	0,103
Sem renda/ menos de 1 SM	174	28,1	1,77 (1,08-2,87)	0,023	2,09 (1,24-3,53)	0,007
Valor de p tendência linear				0,019		0,005
Escolaridade (anos)						
≥ 12	101	8,9	1	1	1	1
9-11	238	17,6	1,98 (0,89-4,35)	0,087	1,99 (0,89-4,43)	0,088
5-8	149	28,8	3,23 (1,52-6,88)	0,003	3,23 (1,51-6,87)	0,003
≤ 4	167	33,5	3,76 (1,84-7,69)	0,001	3,68 (1,76-7,70)	0,001
Valor de p tendência linear				0,000		0,000

(*) Salário-mínimo (SM) no valor de R\$ 380,00 em 2007 e R\$ 415,00 em 2008.

Tabela 3 – Prevalência e razão de prevalência de fumantes do sexo feminino, segundo condições socioeconômicas e demográficas ajustadas pela idade, da população adulta ≥ 18 anos do município de Rio Branco-Ac, 2008.

Variáveis	N	%	RP Bruta (IC 95%)	Valor p	RP Ajustada (IC 95%)	Valor p
Faixa etária (anos)						
18-29	306	12,4	1	1		
30-39	187	19,2	1,55 (0,99-2,40)	0,051		
40-49	151	23,8	1,91 (1,21-3,02)	0,006		
50-59	108	18,5	1,49 (0,85-2,60)	0,155		
≥ 60	105	20,0	1,61 (0,98-2,63)	0,058		
Valor de p tendência linear				0,019		
Estado conjugal						
Solteiro	279	19,3	1	1	1	1
União estável	443	15,3	0,79 (0,55-1,12)	0,187	0,73 (0,51-1,04)	0,086
Viúvo/ separado/divorciado	135	21,4	1,10 (0,77-1,58)	0,553	0,87 (0,56-1,34)	0,524
Atividade ocupacional						
Trabalhadores	396	14,6	1	1	1	1
Sem rendimentos	139	17,2	1,17 (0,77-1,78)	0,425	0,99 (0,63-1,54)	0,964
Aposentados/pensionistas	321	21,5	1,46 (1,06-2,02)	0,020	1,52 (1,11-2,07)	0,010
Renda (*)						
De 5 SM ou mais	76	7,8	1	1	1	1
De 2 a 4 SM	119	11,7	1,49 (0,49-4,46)	0,465	1,47 (0,49-4,39)	0,472
De 1 SM	232	20,2	2,56 (1,09-5,99)	0,031	2,58(1,09-6,94)	0,031
Sem renda/ menos de 1 SM	427	19,6	2,49 (1,04-5,94)	0,040	2,78 (1,15-6,73)	0,024
Valor de p tendência linear				0,015		0,004
Escolaridade (anos)						
≥ 12	143	4,1	1	1	1	1
9-11	321	12,7	3,04 (1,24-7,46)	0,017	3,02 (1,23-7,38)	0,017
5-8	151	21,8	5,20 (2,20-13,41)	0,001	5,25 (2,02-13,65)	0,001
≤ 4	236	30,0	7,17 (3,36-15,27)	0,000	7,45 (3,37-16,50)	0,000
Valor de p tendência linear				0,000		0,000

(*) Salário-mínimo (SM) no valor de R\$ 380,00 em 2007 e R\$ 415,00 em 2008.

Tabela 4 – Distribuição do perfil do fumante segundo sexo, da população adulta ≥ 18 anos, no município de Rio Branco-AC, 2008.

Variáveis	Masculino		Feminino		valor p
	n	%	n	%	
Início do tabagismo (anos)					0,387
< 15	64	49,6	66	52,0	
16 – 20	47	36,4	38	29,9	
> 21	18	14,0	23	18,1	
TOTAL	129	100,0	127	100,0	
Nº de cigarros fumados/dia					0,0385
1 – 10	84	65,1	91	67,9	
11 – 20	35	27,1	42	31,3	
21 ou mais	10	7,8	1	0,8	
TOTAL	129	100,0	134	100,0	
Tempo de fumo do 1º cigarro após acordar					0,3038
Primeiros 5 minutos	25	18,4	14	10,1	
De 6 – 30 minutos	33	24,3	36	26,1	
De 31 a 60 minutos	12	8,8	14	10,1	
Após 60 minutos	66	48,5	74	53,7	
TOTAL	136	100,0	138	100,0	
Fotos de advertência					0,4900
Estimulam a cessação	71	55,0	70	51,1	
Não estimulam a cessação	58	45,0	67	48,9	
TOTAL	129	100,0	137	100,0	
Nº tentativas de cessação					0,4941
0	36	26,7	33	24,6	
1	27	20,0	21	15,7	
2 ou mais	72	53,3	80	59,7	
TOTAL	135	100,0	134	100,0	
Tipo de cigarro					0,5838
Industrializado com filtro	110	80,3	115	83,3	
Outros	27	19,7	23	16,7	
TOTAL	137	100,0	138	100,0	
Frequência de compra de cigarros em camelôs					0,3427
Sempre	40	29,4	35	25,2	
Às vezes	30	22,1	23	16,5	
Nunca	66	48,5	81	58,3	
TOTAL	136	100,0	139	100,0	

DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou resultados obtidos a partir de uma amostra probabilística que evidenciou elevadas prevalências de tabagismo em adultos de ambos os sexos. As maiores prevalências de tabagismo foram encontradas em indivíduos de baixa renda e escolaridade, corroborando pesquisas nacionais e internacionais (3, 7, 11). No perfil dos tabagistas, foi identificado que a maioria acendia o primeiro cigarro do dia no tempo de 60 minutos, após acordarem, e iniciou o hábito de fumar antes dos 15 anos de idade. Apesar do início precoce do fumo pelos adultos do município de Rio Branco, observou-se um padrão de consumo leve, pois a maioria relatou o consumo de um até dez cigarros por dia.

Conforme o *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) (8), os países em desenvolvimento apresentam alta prevalência de tabagismo, tais como: Bangladesh (43%), Índia (35%), China (28%). Essas prevalências são superiores ao observado no Brasil (18%) no referido inquérito e ao identificado no município de Rio Branco (19,9%).

Ao analisar a variável sexo, em 2006 o VIGITEL (14) divulgou a prevalência de tabagismo em homens de 24,0% e em mulheres de 17,9%. No mesmo inquérito, em 2009 (15) observou-se um declínio da prevalência no sexo masculino para 16,6% e feminino para 15,4%. No presente estudo, a prevalência de tabagismo em homens foi de 22,9% e em mulheres de 17,6%. Lopez (10) descreve que o declínio da prevalência do tabagismo ocorre em quatro estágios. Assim, sugere-se que a situação de tabagismo em Rio Branco encontra-se em um processo de transição do estágio 3 para o 4, apresentando uma aproximação da prevalência do tabagismo entre homens e mulheres e a redução da prevalência geral em toda a população. Esse panorama é similar às pesquisas realizadas no Brasil (19, 20, 21).

Contrariamente a esses dados, a discrepância do tabagismo na América Latina é observada pela elevada prevalência em países como Peru e Equador, com grande proporção de fumantes do sexo masculino. Já em países como Argentina e Chile também existem elevadas prevalências de tabagismo, porém com pequena diferença entre os sexos (22, 23). Essa aproximação da proporção de fumantes entre os sexos, verificada em alguns países, pode estar relacionada pelo fato das mulheres serem consideradas como um mercado distinto e em expansão, onde o

marketing tabagista direciona-se ao público feminino (24, 25, 26, 27). Logo, o aumento de mulheres fumantes pode ser explicado por serem alvos da indústria do tabaco.

Observou-se um aumento linear entre tabagismo e idade em que a proporção de fumantes foi maior nos indivíduos de meia-idade, com menores prevalências nas faixas etárias seguintes. Esses dados estão em concordância com outros estudos (28, 29) que verificaram a efetividade das ações educativas anti-tabágicas direcionadas a grupos vulneráveis: aos jovens, estímulos para não iniciar o fumo, e aos idosos, a cessação. Além da questão da menor sobrevivência em fumantes com idade mais avançada devido aos malefícios do fumo (7).

No presente estudo, foi verificada associação entre tabagismo e escolaridade. Essa associação também foi verificada em vários estudos nacionais e internacionais (2, 3, 7, 11). O conhecimento e a informação obtidos nas maiores escolaridades são importantes aspectos na escolha do comportamento em saúde. Apesar de esses fatores proporcionarem a noção de risco de doenças, a sua relevância é minimizada pela baixa sensibilização e pela falta de internalização dos malefícios do tabagismo (3, 30, 31).

A associação observada, no presente estudo, entre a maior prevalência de tabagismo com os menores estratos de renda está coadunada com o contexto da desigualdade no Brasil. Na PNAD de 2008 (11), a região Norte apresentou um dos menores gastos com cigarro ao mês. Entretanto, em Rio Branco por haver um elevado grau de pobreza (32,1%) (32), os gastos com o cigarro podem ser impactantes sobre a renda mensal. Assim, as medidas efetivas no controle do tabaco podem contribuir na redução da desigualdade social, uma vez que os gastos com o cigarro podem ser revertidos a outros gastos domésticos como alimentação, educação e moradia (3, 7, 30).

Também foi observado que os aposentados e os pensionistas fumavam mais que a classe trabalhadora. Considerando que a maioria dos aposentados e pensionistas está com idades mais avançadas em comparação aos trabalhadores, esta questão pode ser explicada, em parte, pelas tendências passadas permissivas e equivocadas que refletem a negligência da saúde até os dias de hoje (33).

A idade em que a população iniciou o hábito de fumar é importante por determinar o tempo de exposição ao cigarro e a vulnerabilidade para o

acometimento de doenças tabaco-relacionadas. O uso do cigarro por adolescentes pode ser influenciado por diversos fatores que incluem o ambiente, questões pessoais e de comportamento (33). Na amostra investigada, verificou-se que a maioria dos indivíduos tornou-se tabagista antes dos 15 anos de idade. Assim, a evidência da precocidade do início do fumo pelos riobranquenses demonstra o risco de mortes prematuras desses indivíduos, durante sua vida produtiva, e o provável aumento no número de atendimentos pelo sistema de assistência à saúde (28, 29, 34).

A quantidade de cigarros consumida e o tempo de fumo do primeiro cigarro, ao acordar, podem ser estabelecidos como mensuração da gravidade da dependência. No presente estudo, a maior proporção de tabagistas fumava menos de 10 cigarros ao dia e demorava cerca de uma hora para acender o primeiro cigarro do dia. A nicotina acumula-se no sangue a níveis significantes por 6 a 9 horas após o último cigarro (35). Dessa forma, ao acordar, os fumantes regulares encontram-se com um baixo nível sérico de nicotina (9), experimentando sintomas de abstinência até acenderem seu primeiro cigarro do dia, relacionado pelo tempo, o grau de dependência da nicotina. Já o número de cigarros fumados revela a quantidade de nicotina para satisfazer o fumante (36). Na amostra estudada os tabagistas são classificados como fumantes leves que se satisfazem com quantidades relativamente baixas e mesmo assim são dependentes (27, 34).

Em ambos os sexos, a maioria dos tabagistas declarou já ter tentado parar de fumar duas vezes ou mais. Por esse fato infere-se que os fumantes têm consciência dos malefícios do fumo e têm acesso à informações antitabágicas. Desse modo, sugere-se a ampliação ao acesso na rede de aconselhamento e tratamento aos tabagistas para auxiliar na cessação do fumo e evitar as reincidivas (27, 31).

O contexto do tabagismo é complexo, pois a dependência está relacionada a fatores hereditários e ambientais. Desse modo, a limitação do presente estudo se estabelece pelo fato de o instrumento utilizado não abordar as questões específicas sobre o comportamento do fumante. Logo, recomenda-se a realização de investigações com maiores detalhamentos sobre o assunto no município de Rio Branco.

Em conclusão, foi evidenciada alta prevalência de tabagismo em adultos no município de Rio Branco. O tabagismo foi inversamente proporcional à renda e

escolaridade, e uma alta prevalência foi observada no grupo dos aposentados e pensionistas. No perfil dos tabagistas, foi identificado que iniciaram o hábito de fumar na adolescência, porém apresentam um comportamento de fumantes leves e com marcante expressão na tentativa de abandono do fumo. Dessa forma, evidencia-se a necessidade do fortalecimento da atenção básica de saúde para ações de aconselhamento e tratamento do tabagismo.

REFERÊNCIAS

1. Doll R, Hill AB. Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors. *Br Med J*. 1964;1(5396):1460-7.
2. Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, Gajalakshmi V, Gupta PC, Peck R et al., *Tobacco Addiction, Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2 ed. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, abril 2006. Disponível em: <http://www.dcp2.org/pubs/DCP>. Acessado em 15 de outubro de 2011.
3. Almeida LM, Szklo AS, Souza MC, Sampaio MMA, Mendonça AL, Martins LFL, organizadores. *Global adult tobacco survey – Brazil Report*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2010.
4. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 2003;362(9387):847-52.
5. Shafey O, Dolwick S, Guindon G.E. *Tobacco Control Country Profiles*. Atlanta: American Cancer Society. 2nd edition, 2003. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/en/index.html. Acessado em 23 de janeiro de 2011.
6. Jha P, Chaloupka FJ. The economics of global tobacco control. *BMJ* 2000; 321:358–61.

7. Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahelma E. Socioeconomic status and smoking: Analysing inequalities with multiple indicators. *Europe Journal Public Health* 2005, 15(3):262-269.
8. World Health Organization. *Who report on the global Tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf. Acessado em 02 de junho de 2011.
9. Viegas, CAA. *Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública*. Editora Atheneu, São Paulo, 2007.
10. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994;3(3):242–7.
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). *Tabagismo, 2008*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad-tabagismo.pdf>. Acessado em 15 de dezembro de 2010.
12. Malta, DC et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J Bras Pneum*. 2010;36(1):75-83.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição (PNSN, 1989)*. Brasília: INAN; 1990.
14. Brasil, Ministério da Saúde. VIGITEL, 2006. *Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

15. Brasil, Ministério da Saúde. VIGITEL, 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
16. Magalhães AF, Lopes CM, Koifman RJ, Muniz PT. Prevalência de acidentes de trânsito auto-referidos em Rio Branco, Acre. *Rev Saúde Pública* 2011;45(4):738-44.
17. Lino MZR, Muniz PT, Siqueira KS. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública* 2011;27(4):792-810.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2006*. Rio de Janeiro, 2007; 27:1-125.
19. Becker IC, Coutinho MSSA, Pereira MR, Freitas P, Ronsoni R, Sehnen Jr L. Prevalência do tabagismo na população urbana de Tubarão – SC. *ACM*. 2005; 34(3):39-44.
20. Luppi CHB, Godoy I, Alves MVMFF, Padovani CR. Prevalência de tabagismo no Campus de Botucatu/UNESP. *Saúde Coletiva* 2006;12(3):103-107.
21. Feitosa RCL, Pontes ERJC. Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;16(2):605-613.
22. Champagne BM, Sebríe EM, Schargrotsky H, Pramparo P, Boissonnet C, Wilson E. Tobacco smoking in seven Latin American cities: the CARMELA study. *Tob Control* 2010 Dec;19(6):457-62.
23. Mackay J, Eriksen M, Shafey O. In: *The Tobacco Atlas*. Lacey C, King J, Mayne S, editors. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2006.

24. Hitchman SC, Fong GT. Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. *Bull World Health Organ.* 2011;89(3):195–202.
25. World Health Organization (WHO). Who-regional for european. *Women and tobacco*. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/information-for-imedia/sections/features/2010/01/women-and-tobacco>. Acessado em 27 de julho de 2011.
26. Choudhury S et al. Differences by Sex in Tobacco Use and Awareness of Tobacco Marketing - Bangladesh, Thailand, and Uruguay, 2009. *NNWR. CDC.* 2010;59(20): 613-618.
27. Reichert J et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J. Bras Pneumologia* 2008; 34(10): 845-880.
28. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004 Jun 26;328(7455):1519. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/328/7455/1519>. Acessado em 10 de janeiro de 2010.
29. Kuhnen M, Boing AF, Oliveira MC, Longo GZ, Njaine K. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. *Rev Bras de Epidem.* 2009; 12(4): 615-26.
30. Ross H, Chaloupka FJ. Economic policies for tobacco control in developing countries. *Salud Publica Mex.* 2006;48(1):113-120.
31. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff . A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med.* 2008;35:158-76.
32. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Radar Social*. Brasília, 2005.

33. Wünsch Filho F et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13(2): 175-87.
34. Rosemberg J. *Nicotina – droga universal.* 1 ed. Rio de Janeiro: Inca, p. 1-239, 2005.
35. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2009; 49: 57–71.
36. Meirelles RHS. Tabagismo e DPOC – dependência e doença – fato consumado. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas* 2009;1(1):13-19.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os estudos fundamentados na contextualização desta dissertação e confrontados com os objetivos propostos, expressam-se as conclusões a seguir:

O tabagismo em Rio Branco é um sério problema de saúde pública que requer atenção. A prevalência de fumo da população foi de 19,9%, com uma maior proporção em homens (22,9%) do que em mulheres (17,6%), expressa pela elevada proporção de fumantes.

Dentre as características gerais da população estudada, observou-se uma maior concentração de idade abaixo dos 39 anos (59,5%), com estado conjugal de união estável (55,3%), trabalhadores (55,9%), com baixa renda e escolaridade.

Quando analisadas as razões de prevalência brutas e ajustadas para a idade segundo sexo, observou-se que, tanto em homens como mulheres, a frequência de fumantes aumentou progressivamente entre os indivíduos de meia-idade, declinando nas faixas etárias subsequentes. Observou-se também uma relação linear entre os menores anos de estudo e renda com o tabagismo (p para tendência linear $< 0,05$). No contexto atividade ocupacional, os aposentados ou pensionistas apresentaram 1,52 vezes maior suscetibilidade de serem fumantes quando comparados aos trabalhadores.

Quanto ao perfil dos fumantes, ao observar os indicadores de dependência do tabagismo, em ambos os sexos, a maior proporção de fumantes iniciou o hábito de fumar antes dos 15 anos, ou seja, na infância ou adolescência; eles consumiam um pequeno número de cigarros por dia (1-10) e só fumavam seu primeiro cigarro do dia 60 minutos após acordarem. Quando verificada a conscientização dos malefícios do fumo pelo número de tentativas de abandono, mais da metade da população pesquisada relatou ter tentado abandonar o fumo duas vezes ou mais.

Em suma, este trabalho evidencia a necessidade do monitoramento contínuo do tabagismo em Rio Branco-Acre, o qual vem colaborar ao disponibilizar dados sobre o perfil da população. Dessa forma, ampliam-se os conhecimentos em torno dessa problemática, e fundamenta-se a necessidade de uma intervenção efetiva.

Portanto, a pesquisa fornece subsídios para ações direcionadas e adequadas através de estratégias de intervenção para o processo de controle, aconselhamento e prevenção do tabagismo, não só no município de Rio Branco, mas também em todo o Estado do Acre.

7 REFERÊNCIAS

ACTION ON SMOKING AND HEALTH (ASH.). **Tobacco and the developing world, 2009**. Disponível em: <<http://www.ash.org.uk/>>. Acesso em 25 jan. 2011.

ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. S.; SOUZA, M. C.; SAMPAIO, M. M. A.; MENDONÇA, A. L.; MARTINS, L. F. L.(Org.). **Global adult tobacco survey – Brazil report**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2010.

BENOWITZ, N. L. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. **Annu Rev Pharmacol Toxicol**, v. 49, p. 57–71, 2009.

BOEIRA, S. L.; JOHNS, P. Indústria de tabaco vs. Organização Mundial de Saúde: um confronto histórico entre redes sociais de stakeholders. **Rev. Intern. Interdisc. Interthesis, Florianópolis**, v.4, n.1, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição**. Brasília: INAN; 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004 - uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Casa Civil. DECRETO Nº 5.658, de 02 de janeiro de 2006. Brasília, DF. **Promulga a CQCT**, 2006. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm>. Acesso em: 09 de março de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL 2006**. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL 2009**. Brasília, 2010.

CAMARA, P. J. O tabagismo como um problema de saúde pública. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, v.18, n. 3, p. 115-116, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Disponível em: <www.cdc.gov>. Acesso em: 11 ago. 2010.

CORREIA, P. C. R. P. Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.17, n.1, p.43-57, jan-mar, 2008.

COSTA, J. B. D. **O fumo no banco dos réus: culpado ou inocente?** 2 ed. São Paulo. Casa Publicadora Brasileira: 1987.

DOLL, R.; HILL, A. B. Mortality in relation to smoking: 10 year's observations of british doctors. **Br Med J**, v. 5395, p. 1399-410, 1964.

DUBE, S. R.; MCCLAVE, A.; JAMES, C.; CARABALLO, R.; KAUFMANN, R.; PECHACEK, T. **Morbidade and mortality weekly report (MMWR)** September 10, v.59, n.35, p. 1135-1140, 2010.

GLANTZ, S.; MAMUDU, H. M.; HAMMOND, R. Tobacco Industry attempts to counter the World Bank Report Curbing the Epidemic and obstruct the WHO Framework Convention on Tobacco Control. **Soc Sci Med**, v. 67, n. 11, p. 1690-1699, Dec., 2008

GODOY, I. Prevalência de tabagismo no Brasil: medidas adicionais para o controle da doença devem ser priorizadas no Ano do Pulmão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.36, n.1, p. 4-5, 2010.

GUINDON, G. E.; BOISCLAIR, D. **Past, current and future trends in tobacco use.** Washington, DC, World Bank, 2003. Disponível em: <1.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf>. Acesso em: abr. 2010.

HORTA, B. L.; CALHEIROS, P.; PINHEIRO, R. T.; TOMASI, E.; AMARAL, K. C. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.2, n.35, p. 159-64, 2001.

IGLESIAS, R. **A economia do controle do tabaco nos países do Mercosul e associados: Brasil.** Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, 2006.

IGLESIAS R.; PRABHAT J.; PINTO M.; SILVA V. L. C.; GODINHO J. **Controle do tabagismo no Brasil.** Departamento de Saúde, Nutrição e População, Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/ Banco Mundial, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2000: características da população e do município**. Rio de Janeiro, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2002**. Rio de Janeiro, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Tabagismo 2008**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad-tabagismo.pdf>>. Acesso em: dez. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Tabagismo, um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Radar social**. Brasília, 2005.

JHA, P.; CHALOUKKA, F. J. The economics of global tobacco control. **BMJ**, v. 321, 5 aug. 2000.

JHA, P.; CHALOUKKA, F.J.; CORRAO, M.; JACOB, B. Reducing the burden of smoking world-wide: effectiveness of interventions and their coverage. **Drug Alcohol Rev**, v. 25, p. 597-609, 2006a.

JHA, P.; CHALOUKKA F. J.; MOORE, J.; GAJALAKSHMI, V.; GUPTA, P. C.; PECK, R.; ASMA, S.; ZATONSKI, W. **Tobacco addiction, disease control priorities in developing countries**. 2 ed. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, april 2006b.

KUHNEN, M.; BOING, A. F.; OLIVEIRA, M. O.; LONGO, G. Z.; NJAINE, K. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n.4, p. 615-26, 2009.

LAAKSONEN, M.; RAHKONEN, O.; KARVONEN, S.; LAHELMA, E. Socioeconomic status and smoking: analysing inequalities with multiple indicators. **European Journal of Public Health**, v.15, n.3, p. 262-69, 2005.

LOPEZ, A. D.; COLLISHAW, N. E.; PIHA, T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. **Tob. Control**, v. 3, n. 3, p.242-7, 1994.

MALTA, D. C.; MOURA, E. C.; SILVA, S. A.; OLIVEIRA, P. P. V.; COSTA E SILVA, V. L. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. **J Bras. Pneum**, v.36, n.1, p. 75-8, 2010.

MARKOU, A.; KOOB, G. F.; HENNINGFIELD, J. E. **Background paper on the neurobiology of nicotine addiction**. Paper presented at the Disease Control Priorities Project Nicotine Addiction Workshop, Mumbai, India, Sept. 2003.

MEIRELLES, R. H. S. A ratificação da convenção-quadro para o controle do tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública. **J Bras. Pneum**, v.32, n.1, p.2-3, 2006.

MIKALOVSKI, A. O contrabando de cigarros e a saúde pública: uma calamidade no Brasil. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 14, n. 2154, 25 maio 2009. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/12819>>. Acesso em: 11 mar. 2011.

MOHAMED, S. A; GROSS, J. Y. **Clinical methods: the history, physical, and laboratory examinations**. 3rd edition. Boston, 1990.

MUSK, A. W.; KLERK, N. H. History of tobacco and health. **Respirology**; n. 8, p.286-299, 2003.

OLIVEIRA, A. F.; VALENTE, J. G.; LEITE, I. C. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p.335-45, 2008.

PEIXOTO, M. R. G.; MONEGO, E. T.; ALEXANDRE, V. P.; MOURA, E. C. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.6, p.1323-1333, jun, 2008.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n.6, p.1234-1245, jun, 2010.

PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DO ACRE. **Acre em números**. Disponível em: < <http://www.ac.gov.br/> > Acesso: 16 mar. 2011.

REICHERT, J.; ARAÚJO A. J.; GONÇALVES C. M. C.; GODOY I.; CHATKIN J.M.; SALES M. P. U.; SALES, M. P. U; SANTOS, S. R. A. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J Bras Pneumologia**, v. 34, n.10, p. 845-880, 2008.

ROSEMBERG J. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde - SES/CVE; 2003.

SHAFEY, O.; ERIKSEN, M.; ROSS, H.; MACKAY, J. **The tobacco atlas**. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2009. Disponível em: <http://www.tobaccoatlas.org/downloads/TobaccoAtlas_sm.pdf> Acesso em: mar. 2011.

VIEGAS, C.A.A. **Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública**. São Paulo: Atheneu, 2007.

WORLD BANK . **Tobacco & health in the developing world**. A Background Paper for the High Level Round Table on Tobacco Control and Development Policy. Organized by the European Commission in collaboration with the World Health Organization and the World Bank, Brussels, February, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the conduct of tobacco smoking among health professionals**. Report WHO. Meeting Winnipeg, Canadá. 7-9 de julho, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International statistical classification of diseases and related health problems (CID-10)**. 10th ed. Geneve: World Health Organization, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework convention on tobacco control**. Geneve: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Tobacco free initiative (TFI)**. World Health Organization (WHO). Facts and Figures About Tobacco, June 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011**: warning about the dangers of tobacco, 2011.

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de coleta de dados**MÓDULO DE IDENTIFICAÇÃO**

1. QUAL A SUA IDADE _____ anos data de nascimento ____/____/____

2. SEXO: 1() masculino 2() feminino

3. QUAL O SEU ESTADO CIVIL ATUAL?

1() solteiro 2() casado/juntado 3() viúvo 4() separado/divorciado

4. A COR DA SUA PELE É:

1() branca

2() negra

3() parda ou morena

4() amarela (apenas ascendência oriental)

5() vermelha (confirmar ascendência indígena)

777() não sabe

888() não quis informar

5. O SENHOR TEM CELULAR?

1() sim

2() não

888() não quis informar.

6. ALÉM DESSE NÚMERO DE TELEFONE, TEM OUTRO NÚMERO DE TELEFONE FIXO EM SUA CASA? *(não vale extensão)*

1() sim

2() não *(pule a q8)*

7. SE SIM. QUANTOS NO TOTAL?

____ números ou linhas telefônicas

8. HÁ QUANTO TEMPO TEM TELEFONE FIXO EM SUA RESIDÊNCIA?

1() menos de 1 ano

2() entre 1 e 2 anos

3() entre 2 e 3 anos

4() entre 3 e 4 anos

5() entre 4 e 5 anos

6() mais de 5 anos

777() não lembra

9. HÁ QUANTO TEMPO MORA EM RIO BRANCO? _____ anos.

10. EM QUE CIDADE MORAVA ANTES?

Nome da cidade 1 _____

(88) não se aplica

(999) NS/NR

MÓDULO DA SITUAÇÃO OCUPACIONAL

1. ATUALMENTE O(A) SR.(A) TEM UM TRABALHO OU ATIVIDADE REMUNERADA?

1() sim (passe 3) 2() não

2. PORQUE O(A) SR.(A) NÃO TEM UM TRABALHO REMUNERADO?

Entrevistador: No caso do entrevistado informar duas alternativas, devem ser observadas as seguintes situações:

Informação	Assinalar
Desempregado e Aposentado	Aposentado
Desempregado e Estudante	Estudante
Desempregado e do lar	Caracterizar se é do lar porque está desempregado. Neste caso assinalar desempregado. Caso contrário assinalar do lar.
Estudante e aposentado	Aposentado
Estudante e do lar	Estudante
Não pode trabalhar por problemas de saúde e do lar	Não pode trabalhar por problemas de saúde

1() Desempregado

2() Aposentado

3() Estudante

4() Do lar

5() Não pode trabalhar por problemas de saúde

6() Outros _____

3. OCUPAÇÃO SEGUNDO NATUREZA DO VÍNCULO DE TRABALHO

1() Setor privado com carteira

2() Setor privado sem carteira

3() Setor público com vínculo

4() Setor público sem vínculo [terceirizado(a), contratado(a)]

5() Profissional liberal, indústria, comércio

6() Economia informal

7() Desempregado

8() Dona de casa

4. PARA A NOSSA PESQUISA, É MUITO IMPORTANTE CLASSIFICAR OS ENTREVISTADOS SEGUNDO NÍVEIS DE RENDA. COMO JÁ DISSEMOS ANTERIORMENTE, AS INFORMAÇÕES COLHIDAS SÃO DE USO EXCLUSIVO DA PESQUISA E SÃO CONFIDENCIAIS, POR FAVOR, RESPONDA-ME: CONTANDO COM O SEU SALÁRIO, PENSÃO, ALUGUEL, BICO, ETC., EM QUE FAIXA DE RENDA O(A) SR.(A) SE ENCAIXA:

0() Não tenho renda (passe q 6)

1() Menos de 1 S.M.

2() De 1 a menos de 2 S.M.

3() De 2 a menos de 3 S.M.

4() De 3 a menos de 5 S.M.

5() De 5 a menos de 10 S.M.

6() De 10 a menos de 20 S.M.

7() De 20 a menos de 30 S.M.

8() De 30 a menos de 40 S.M.

9() De 40 a menos de 50 S.M.

10() 50 S.M. ou mais'

99() NS/Recusa.

5. AGORA, POR FAVOR, RESPONDA-ME QUAL É A SUA RENDA

TOTAL POR MÊS R\$ _____ 99() NS/Recusa

6. O(A) SENHOR(A) FREQUENTOU A ESCOLA?

Se sim, até que série e grau o Sr.(a) estudou? _____série _____grau

(00) não frequentou a escola e **não** sabe ler/escrever

(88) não frequentou a escola, **mas sabe** ler e escrever

(999) NS/NR

MÓDULO TABAGISMO EM ADULTO

1. O(S) SR.(A) FUMA?

- 1() sim, diariamente
 2() sim, ocasionalmente
 3() não – (*pule para a q15*)

2. QUE IDADE O(A) SR.(A) TINHA QUANDO COMEÇOU A FUMAR REGULARMENTE?

_____anos 777() não lembra

3. QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMA POR DIA

Entrevistador: preencher apenas uma opção segundo a resposta do informante (cigarros ou maços)

- 1() Cigarros por dia
 2() Maços por dia
 999() NS/NR/Variável

4. QUE TIPO DE CIGARRO O(A) SR.(A) FUMA MAIS:

Entrevistador: leia as alternativas

- 1() Cigarro industrializado com filtro
 2() Cigarro industrializado sem filtro (*pule para a q6*)
 3() Cigarro de palha (*pule para a q6*)
 4() Outros _____ (especifique)

5. O(A) SR.(A) FUMA MAIS:

Entrevistador: leia as alternativas

- 1() Cigarros com baixos teores/suave/ligth
 2() Cigarros de teores regulares/normais
 777() Não sabe (*não leia*)

6. QUANTO TEMPO DEPOIS DE ACORDAR O(A) SR.(A) FUMA O PRIMEIRO CIGARRO?

Entrevistador: leia as alternativas

- 1() Nos primeiros 5 minutos
 2() De 6 a 30 minutos
 3() De 31 a 60 minutos
 4() Após a 60 minutos

7. QUE MARCA(S) DE CIGARROS O(A) SR.(A) FUMA MAIS? PODE CITAR ATÉ DUAS, DIZENDO QUAL DELAS É A MAIS FREQUENTE?

- 1() A mais frequente: _____
 2() A segunda: _____
 000() Só fuma uma marca
 777() Variável

8. O(A) SR(A) COMPRA CIGARROS EM CAMELÔS?

- 1() Sim 2() Não (*pule para a q11*)

9. COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR(A) COMPRA CIGARROS EM CAMELÔS?

Entrevistador: leia as alternativas.

- 1() Sempre 2() Quase sempre 3() Às vezes 4() Raramente/Nunca

10. QUANTO O(A) SR.(A) GERALMENTE PAGA PELO MAÇO DOS CIGARROS QUE FUMA?

- 1() A mais frequente R\$ _____
 2() A segunda R\$ _____ 0000() Só fumo 1 marca
 (999) NS/NR

11. NA SUA OPINIÃO AS FOTOS DE ADVERTÊNCIA DOS MAÇOS DE CIGARROS, ESTIMULAM AS PESSOAS A PARAREM DE FUMAR?

- 1() Sim 2() Não (999) NS/NR (*não leia*)

12. O(A) SENHOR(A) JÁ TENTOU PARAR DE FUMAR?

1() Sim 2() Não

13. QUANTAS VEZES NA VIDA O(A) SR.(A) TENTOU PARAR DE FUMAR?

_____vezes.

14. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O(A) SR.(A) TENTOU PARAR DE FUMAR?*Entrevistador: leia as alternativas.*1() Durante o último mês. 2() Mais de um mês até 6 meses atrás
3() Mais de 6 meses até 12 meses atrás 4() Há mais de 12 meses atrás**Perguntas de 15 a 22 – bloco ex-fumante****15. O(A) SR.(A) JÁ FUMOU?**1() Sim 2() Não (*pule para q23*)**16. QUE IDADE O(A) SR(A) TINHA QUANDO PAROU DE FUMAR?**

_____Anos 777() Não lembra

17. HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR(A) PAROU DE FUMAR?

_____Anos _____Meses 999() NS/NR

18. DURANTE QUANTO TEMPO O(A) SR(A) FUMOU?

_____Anos _____Meses 999() NS/NR

19. QUANDO O(A) SR.(A) FUMAVA, QUANTOS CIGARROS O(A) SR(A) FUMAVA, EM MÉDIA, POR DIA?*Entrevistador: Preencher apenas uma opção segundo a resposta do informante (Cigarros ou Maços)*1() Cigarros por dia
2() Maços por dia
999() NS/NR/Variável**20. O(A) SR(A) PAROU DE FUMAR PORQUE TINHA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE QUE FOI CAUSADO OU QUE PIOROU POR CAUSA DO CIGARRO?**

1() Sim 2() Não

21. PARA PARAR DE FUMAR O(A) SR.(A)?*Entrevistador: leia as alternativas*1() Recebeu algum tipo de tratamento com profissionais de saúde ou usou algum medicamento
2() Parou pro contra própria (*pule para q23*)**22. QUAL FOI O TIPO DE TRATAMENTO OU MEDICAMENTO QUE O(A) SR.(A) RECEBEU?***Entrevistador: Leia as alternativas. ATENÇÃO! Não deixe alternativas em branco.*A) Recebeu orientações em consulta com médico, enfermeiro ou psicólogo? 1() Sim 2() Não
B) Participou de grupos para ajudar o fumante a parar? 1() Sim 2() Não
C) Fez tratamento com laser ou acupuntura? 1() Sim 2() Não
D) Usou adesivos ou chiclete de nicotina? 1() Sim 2() Não
E) Usou outros tipos de medicamentos _____ 1() Sim 2() Não

OUTROS: _____

Perguntas 23 a 30 – Bloco outros produtos do tabaco**23. ATUALMENTE, O(A) SR.(A) MASCA FUMO?**

1() Sim 2() Não

24. ATUALMENTE, O(A) SR.(A) ASPIRA RAPÉ?

1() Sim 2() Não

25. ATUALMENTE O(A) SR.(A) FUMA?

1. Charuto 1() Sim 2() Não
2. Cigarilha 1() Sim 2() Não
3. Cachimbo 1() Sim 2() Não

26. O(A) SR.(A) FICA EM CONTATO COM A FUMAÇA DO CIGARRO DE OUTRAS PESSOAS EM SUA CASA, TRABALHO OU ESCOLA?

- 1() Sim 2() Não

27. QUANTAS PESSOAS QUE VIVEM EM SUA CASA FUMAM, CONTANDO COM O(A) SR.(A), SE FOR O CASO?

_____Pessoas 00() Nenhuma (*pule para q29*)

28. QUANTAS DESSAS PESSOAS FUMAM DENTRO DE CASA?

_____Pessoas 00() Nenhuma

29. NO SEU LOCAL DE TRABALHO ALGUÉM FUMA DENTRO DA SUA SALA OU AMBIENTE ONDE O (A) SR.(A) TRABALHA?

- 1() Sim 2() Não (*passa para o módulo de álcool*)

30. QUANTAS PESSOAS FUMAM EM SUA SALA OU AMBIENTE ONDE O(A) SR.(A) TRABALHA?

_____pessoas

31. ATUALMENTE, O(A) SR.(A) TRABALHA EM AMBIENTE FECHADO?

- 1() Sim 2() Não

**ANEXO B - Declaração de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de
Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-UFAC**

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO DE
PESQUISA**

O Projeto: *“Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”*, protocolado sob o nº. 23107.001150/2007-22, do Pesquisador *Pascoal Torres Muniz*, após ter sido submetido a este Comitê foi categorizado como **APROVADO** na reunião do dia 22/02/2007, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP.

Rio Branco-Acre, 14 de outubro de 2008.


Enech da Silva Pessoa
Coordenador do CEP - UFAC

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA:

DIAGNÓSTICO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS E ADULTOS DE RIO BRANCO (AC).

Durante a leitura do documento abaixo fui informado que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com o objetivo de tirar dúvidas e o meu melhor esclarecimento.

Eu, _____ (nome e sobrenome) concordo em participar do "DIAGNÓSTICO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS E ADULTOS DE RIO BRANCO (AC)", que tem por objetivo principal elaborar diagnóstico de base populacional, da situação de saúde e nutrição da população residente em Rio Branco (AC). Esta pesquisa é composta de dois sub-projetos primeiro o "Estudo de prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no município de Branco, que envolve responder um questionário sobre os fatores de risco e medidas de pressão arterial, peso e altura. Estou ciente também que será coletada uma amostra de sangue para análise de colesterol e glicose, o segundo sub-projeto é o "Estudo da situação de saúde e nutrição de crianças menores de cinco anos de idade, que incluem tomadas de medidas de peso e altura, coleta de sangue para avaliação de hemoglobina e coleta de informações sobre o pré-natal, parto, doenças e assistência à saúde da (as) criança (as). Caso seja verificado que eu ou outro membro da minha família, residente neste domicílio necessitem de cuidados médicos, seremos orientados para recebermos atendimento na unidade de saúde mais próxima à minha residência. Recebi suficiente informação sobre o estudo e me foi garantido que todas as informações colhidas serão sigilosas. Foi esclarecido que:

- 1 - Posso desistir de participar do estudo quando queira.
- 2 - Sem ter que dar explicações ou justificativa.

COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER [SIM () NÃO ()] O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE O DR. PASCOAL (OU MEMBRO DA SUA EQUIPE) LEU PAUSADAMENTE ESSE DOCUMENTO E ESCLARECEU AS MINHAS DÚVIDAS, E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, COLOQUEI ABAIXO A MINHA ASSINATURA (OU IMPRESSÃO DIGITAL).

Rio Branco - Acre _____ de _____ de 2008.

Assinatura do responsável

IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA
(quando se aplicar)

Pascoal Torres Muniz

Membro da Equipe

Documento em duas (2) vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.

Coordenador da Pesquisa: Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Acre. (68) 3901-2648