

Tabagismo em adultos no município de Rio Branco, Acre: um estudo de base populacional

Smoking in adults in the municipality of Rio Branco, Acre, Brazil: a population-based study

Patricia Merly Martinelli¹, Creso Machado Lopes¹, Pascoal Torres Muniz¹,
Orivado Florencio de Souza¹

RESUMO: *Objetivo:* Analisar as associações entre o tabagismo e os aspectos socioeconômicos e verificar o perfil do fumante no município de Rio Branco, Acre. *Métodos:* Estudo transversal de base populacional conduzido com 1.512 indivíduos adultos residentes nas zonas urbana e rural. Informações sobre os aspectos demográficos, socioeconômicos e hábitos tabágicos foram coletados por entrevistas domiciliares. Razões de prevalência brutas e ajustadas com os respectivos intervalos de confiança em 95% foram calculados mediante regressão de Poisson. *Resultados:* A prevalência geral de tabagismo foi de 19,9%. O sexo masculino mostrou maior prevalência de tabagismo (22,7%) em contraste ao sexo feminino (17,6%). Por faixa etária, maiores prevalências foram observadas aos 50 – 59 anos no sexo masculino (30,9%) e aos 40 – 49 anos no sexo feminino (23,8%). Foi observada tendência linear entre maior prevalência de tabagismo com menos anos de estudo e renda mais baixa ($p < 0,05$). O perfil do fumante indicou que a maioria, ambos os sexos, iniciou o hábito de fumar aos 15 anos, fumava entre 1 e 10 cigarros por dia, acendia o primeiro cigarro do dia após 60 minutos de acordar e havia tentado parar de fumar pelo menos duas vezes. *Conclusão:* A prevalência alta de tabagismo apresentou-se como um importante problema em saúde pública em Rio Branco. Ações comunitárias devem ser implementadas para prevenção e controle do tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo. Estilo de vida. Inquéritos epidemiológicos. Perfil de saúde. Prevalência. Estudos transversais.

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre – Rio Branco (AC), Brasil.

Autor correspondente: Patricia Merly Martinelli. Universidade Federal do Acre. Campus Universitário, BR 364, km 04, CEP: 69915-900, Rio Branco, AC, Brasil. E-mail: martinelli_patricia@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Edital Casadinho UFAC-FIOCRUZ, processo nº 620024/2008-9), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (Programas PROCAD-NF 1442/2007 e PROCAD-NF 2557/2008)

ABSTRACT: *Objective:* To analyze the associations between smoking and socioeconomic status, and to analyze the profile of smokers in the city of Rio Branco, Acre. *Methods:* A population-based cross-sectional study conducted with 1,512 adults living in urban and rural areas. Information about demographic aspects, socioeconomic status and smoking habits were collected through home interviews. Crude and adjusted prevalence ratios with their respective 95% confidence intervals were calculated by Poisson regression. *Results:* The overall prevalence of smoking was of 19.9%. Males had a higher prevalence (22.7%) in contrast to females (17.6%). By age, a higher prevalence was observed at 50 – 59 years in males (30.9%) and at 40 – 49 years in females (23.8%). A linear trend was observed between the higher prevalence of smoking and the lower amount of years of education and income ($p < 0.05$). The profile of smokers indicated that the majority, in both genders, began smoking at age 15, smoked between 1 and 10 cigarettes per day, lit the first cigarette of the day 60 minutes after waking up and had tried to quit smoking at least twice. *Conclusion:* The high prevalence of smoking is a relevant public health problem in Rio Branco. Community actions must be implemented for the prevention and control of tobacco use.

Keywords: Smoking. Life style. Health surveys. Health profile. Prevalence. Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

Os malefícios do tabagismo têm sido evidenciados há muitas décadas¹, revelando-se um dos maiores desafios para a saúde pública. Atualmente, mais de 1,3 milhão de pessoas são fumantes em todo o mundo. Dessas, 82% encontram-se nos países com rendas média e baixa^{2,5}. No Brasil, esse contexto é vivenciado por 25 milhões de fumantes com idade maior de 15 anos⁶. Apesar dos esforços para reduzir a prevalência do tabagismo, observa-se que vários fatores contribuem para a sua disseminação em países em desenvolvimento, como o crescimento expressivo do consumo de tabaco pelas mulheres com baixa renda e a menor escolaridade^{2,7,8}.

Em 2008, um inquérito domiciliar nacional evidenciou que no Estado do Acre havia a maior prevalência de fumantes do Brasil (22,1%), onde somente 56,4% planejavam parar de fumar⁹. No mesmo ano, em Rio Branco, mediante inquérito por telefone, foi verificada prevalência geral de 18,0%¹⁰. Em comparação às capitais de Estado do Brasil, o município de Rio Branco apresentou a maior prevalência de tabagismo para o sexo feminino e a menor diferença dessa prevalência entre os sexos (1,0%)¹⁰.

Nas capitais brasileiras, desde 2006, o Ministério da Saúde tem realizado monitoramento anual da prevalência do tabagismo mediante inquéritos por telefone¹¹. Apesar de apresentar resultados relevantes, os resultados desses inquéritos são limitados para as capitais da região Norte pela baixa cobertura de linha telefônica residencial¹². Desse modo, recomenda-se realizar inquéritos domiciliares de base populacional nas capitais de Estado da região Norte para investigar o perfil do tabagista.

Investigações regionais sobre o perfil do tabagista visam direcionar a implantação de políticas públicas e orientar as ações comunitárias conforme as características, atitudes e crenças dos fumantes. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar as associações entre o tabagismo e aspectos socioeconômicos e verificar o perfil do fumante do município de Rio Branco, Acre.

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”.

Os procedimentos de seleção dos sujeitos e a determinação do tamanho da amostra estão detalhados em outra publicação¹³. De modo sucinto, foi aplicada amostragem por conglomerados em dois estágios, onde as unidades primárias foram os setores censitários, conforme determinado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006¹⁴ e 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 a participarem da pesquisa. No total, foram elegíveis 1.516 sujeitos maiores de 18 anos, com uma taxa de resposta de 99,73%. Os critérios de inclusão foram 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. As variáveis foram compostas por características demográficas, socioeconômicas e hábitos tabágicos. 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; e 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); e aposentados ou pensionistas. A variável renda referida em salários mínimos (SM) 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 e categorizada em: 12 anos ou mais; 9 – 11 anos; 5 – 8 anos; 4 anos ou menos.

O tabagismo foi determinado segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1983)¹⁵ sendo: fumante atual (fumante, fumante ocasional ou ex-fumante que consumiu pelo menos um cigarro nos últimos seis meses); não fumante atual (nunca fumou ou ex-fumante que não consumiu nenhum cigarro nos últimos seis meses). O hábito tabágico foi identificado pelas seguintes variáveis: 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).

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™ 10.0, onde foram realizadas as categorizações e análises estatísticas. Todas as análises foram realizadas no módulo svy. Razões de prevalência brutas e ajustadas para idade com os respectivos intervalos de confiança 95% (IC95%) do tabagismo por variáveis demográficas e socioeconômicas foram obtidas mediante regressão de Poisson. Na análise, 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, foi considerado o nível de significância de 5%.

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 não responderam adequadamente às questões referentes ao módulo do tabagismo. Dos 1.512 sujeitos analisados, 43,3% eram homens e 56,7% eram mulheres, perfazendo uma taxa de resposta de 99,7%. A prevalência de tabagismo da população foi de 19,9% (IC95% 17,8 – 21,9), com uma maior proporção em homens (22,9%; IC95% 19,6 – 21,6) do que em mulheres (17,6%; IC95% 15,6 – 20,1) (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. Maiores razões de prevalência foram observadas na faixa-etária de 50 a 59 anos no sexo masculino (RP 1,59; IC95% 1,05 – 2,39) e na faixa-etária de 40 a 49 anos no sexo feminino (RP 1,91; IC95% 1,21 – 3,02). 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 (Valor p para tendência linear < 0,05), enquanto a categoria aposentados ou pensionistas fumava 1,52 vezes mais do que a classe trabalhadora.

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 a 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

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^a						
5 SM ou mais	164	10,9	88	13,6	76	8,9
2 a 4 SM	278	18,6	159	24,6	119	13,9
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 atual	1211	80,1	505	77,1	706	82,4
Fumante atual	301	19,9	150	22,9	151	17,6

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

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%).

Do total de fumantes, foi observado que 72,4% dos homens e 75,2% das mulheres já haviam tentado parar de fumar. Nos últimos 6 meses, havia tido reincidência ao ato de fumar em 30,6% e 34,4% em homens e mulheres respectivamente (dados não apresentados).

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 (IC95%)	Valor p	RP Ajustada ^a (IC95%)	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 p de 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^b						
5 SM ou mais	88	15,9	1	1	1	1
2 a 4 SM	159	16,9	1,06 (0,58 – 1,96)	0,829	1,13 (0,59 – 2,16)	0,694
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

SM: salário mínimo; RP: Razão de Prevalência; ^aRazão de Prevalência ajustada pela idade.

^bSalário mínimo no valor de R\$ 380,00 em 2007 e R\$ 415,00 em 2008.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo com a população entrevistada no domicílio evidenciou elevadas prevalências de tabagismo em adultos de ambos os sexos. A prevalência de tabagismo identificada no município de Rio Branco foi aproximada ao encontrado em inquérito nacional (18,0%; IC95% 13,6 – 22,4) de 2008, que utilizou entrevistas telefônicas⁹. As maiores prevalências de tabagismo foram encontradas em indivíduos de baixa renda e menor escolaridade, corroborando os dados de pesquisas

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 (IC95%)	Valor p	RP Ajustada ^a (IC95%)	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 p de 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^b						
5 SM ou mais	76	7,8	1	1	1	1
2 a 4 SM	119	11,7	1,49 (0,49 – 4,46)	0,465	1,47 (0,49 – 4,39)	0,472
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 p de 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 p de tendência linear				0,000		0,000

RP: Razão de Prevalência; ^aRazão de Prevalência ajustada pela idade.

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

nacionais e internacionais^{6,7,10}. No perfil dos tabagistas, foi identificado que a maioria acendia o primeiro cigarro do dia no tempo de 60 minutos após acordar 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 a dez cigarros por dia.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde revelam declínio da prevalência do tabagismo em ambos os sexos no período de 2006 até 2010^{11,16}. O referido inquérito também mostrou aproximação das prevalências do tabagismo entre os sexos masculino e feminino. Do mesmo modo, em Rio Branco foram verificados valores de prevalência

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 ^a
< 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					0,038 ^b
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					0,303 ^a
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					0,490 ^a
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					0,494 ^a
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					0,583 ^a
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					0,342 ^a
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	

^aTeste de χ^2 de Pearson.^bTeste exato de Fischer.

aproximados entre os homens e mulheres. Conforme Lopez et al.⁸, 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. Pesquisa realizada sobre o comportamento tabágico brasileiro nos últimos 20 anos sugere que essa diminuição da prevalência de tabagismo ocorreu devido a um conjunto de ações intersectoriais em saúde, educação, legislação e intervenções econômicas¹⁷. Além disso, a redução nas diferenças das prevalências de tabagismo entre os sexos, decorrente da menor velocidade de declínio no sexo feminino, pode ser consequência de as mulheres serem alvo do marketing tabagista¹⁸⁻²¹.

No presente estudo, observou-se um aumento linear entre tabagismo e idade. Esses achados estão em concordância com outros estudos^{22,23} que verificaram a efetividade das ações educativas antitabágicas direcionadas a grupos vulneráveis: os jovens (estímulos para não iniciar o fumo), e os idosos (estímulo à cessação). Além da questão do viés de sobrevida seletiva presente nos estudos transversais.

A associação entre tabagismo e escolaridade foi verificada tanto em adultos de Rio Branco como em outros estudos nacionais e internacionais^{2,6,7,10}. A informação e conhecimento obtidos nas escolaridades mais altas 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^{5,23,24,25}.

A maior prevalência de tabagismo nos menores estratos de renda identificada em adultos de Rio Branco está coadunada ao contexto da desigualdade social no Brasil. Na PNAD de 2008¹⁰, 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%)²⁶, os gastos com cigarro podem ser impactantes sobre a renda mensal. Assim, as medidas efetivas no controle do tabaco podem contribuir para o redirecionamento para gastos de primeira necessidade, como alimentação, educação e moradia^{6,7,24}.

No presente estudo, foi observado que os aposentados ou pensionistas fumavam mais que a classe trabalhadora. Considerando que a maioria dos aposentados e pensionistas tem idade mais avançada em comparação aos trabalhadores, infere-se que as tendências passadas permissivas e equivocadas refletem a negligência no cuidado da saúde nos dias atuais²⁷.

A idade do início o hábito do fumo é importante para determinar o tempo de exposição ao cigarro e a vulnerabilidade para o acometimento de doenças relacionadas ao tabaco. O uso do cigarro por adolescentes pode ser influenciado por diversos fatores que incluem o ambiente, questões pessoais e de comportamento²⁷. 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 rio-branquenses 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^{22,23,28}.

A quantidade de cigarros consumida e o tempo de fumo do primeiro cigarro ao acordar indicam o grau de dependência. O número de cigarros fumados revela a quantidade de

nicotina para satisfazer o fumante²⁹. Além disso, a nicotina acumula-se no sangue por aproximadamente seis a nove horas após o último cigarro³⁰. De acordo com o tempo do último cigarro fumado e o grau de dependência da nicotina, os fumantes regulares encontram-se com um baixo nível sérico de nicotina ao acordar⁵, experimentando sintomas de abstinência até acenderem seu primeiro cigarro do dia. No presente estudo, a maior proporção de tabagistas fumava menos de dez cigarros ao dia e demorava cerca de uma hora para acender o primeiro cigarro do dia. Assim, a maioria dos tabagistas é classificada como fumantes leves que se satisfazem com quantidades relativamente baixas de nicotina^{21,28}.

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. Desse modo, sugere-se a ampliação do acesso à rede de aconselhamento e tratamento pelos tabagistas para auxiliar na cessação do fumo e evitar as reincidências^{21,25}.

Atualmente, não existe consenso na literatura quanto ao critério na determinação de fumante^{15,31,32}. Deste modo, considerando o percentual da reincidência nos últimos seis meses acima de 30% em homens e mulheres, optou-se por usar o referencial da WHO.

CONCLUSÃO

No presente estudo, foi evidenciada alta prevalência de tabagismo entre adultos no município de Rio Branco, Acre. 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 de medidas preventivas, como políticas públicas regulatórias de preço, implantação dos ambientes livres de tabaco e a proibição de publicidade e propaganda. Além disso, sugere-se implementar, na atenção básica de saúde, ações de aconselhamento e tratamento tabagista.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Edital Casadinho UFAC-FIOCRUZ, processo nº 620024/2008-9) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (Programas PROCAD-NF 1442/2007 e PROCAD-NF 2557/2008), pelo apoio ao programa de colaboração entre o Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre e o Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente da Fundação Oswaldo Cruz.

REFERÊNCIAS

- Doll R, Hill AB. Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors. *Br Med J* 1964; 1(5396): 1460-7.
- 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/DCCP> (acessado em 12 de outubro de 2012).
- Shafey O, Dolwick S, Guindon GE (Eds). Tobacco Control Country Profiles. American Cancer Society, Atlanta, GA, 2003.
- World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization. Who report on the global Tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/. (acessado em 15 de maio de 2010)
- Viegas, CAA. Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública. Editora Atheneu, São Paulo; 2007.
- Almeida LM, Szklo AS, Souza MC, Sampaio MMA, Mendonça AL, Martins LFL, orgs. Global adult tobacco survey – Brazil Report. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2010.
- Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahelma E. Socioeconomic status and smoking: Analysing inequalities with multiple indicators. *Eur J Public Health* 2005; 15(3): 262-9.
- Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3(3): 242-7.
- Malta DC, Moura EC, Silva AS, Oliveira PPV, Silva VLC. Prevalencia do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J Bras Pneum* 2010; 36(1): 75-83.
- 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/população/trabalhoerendimento/penad2008/suplementos/tabagismo/pnad-tabagismo.pdf>. (acessado em 15 de dezembro de 2012).
- 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.
- Bernal R, Silva NN. Cobertura de linhas telefônicas residenciais e vícios potenciais em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 421-6.
- 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.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2006. Rio de Janeiro, 2007.
- World Health Organization. Guidelines for the conduct of tobacco smoking among health professionals. Report WHO. Geneva: World Health Organization, 1983.
- 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.
- Salem S, Szklo AS, Levy D, Souza MC, Szklo M, Figueiredo VC, et al. Changes in cigarette consumption patterns among Brazilian smokers between 1989 and 2008. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(11): 2211-5.
- Hitchman SC, Fong GT. Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. *Bull World Health Organ* 2011; 89(3): 195-202.
- World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization. Who-regional for european. Women and tobacco. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/information-for-the-media/sections/features/2010/women-and-tobacco>. (acessado em 25 de maio de 2010).
- Choudhury S, Kengganpanich M, Benjakul S, Lorenzo A, Abascal W, Apelberg BJ, et al. Differences by Sex in Tobacco Use and Awareness of Tobacco Marketing - Bangladesh, Thailand, and Uruguay, 2009. *MMWR* 2010; 59(20): 613-8.
- Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol* 2008; 34(10): 845-80.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328(7455): 1519.
- Kuhnen M, Boing AF, Oliveira MC, Longo GZ, Njaine K. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(4): 615-26.

24. Ross H, Chaloupka FJ. Economic policies for tobacco control in developing countries. *Salud Publica Mex* 2006; 48(1): 113-20.
25. Fiore M, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, et al. 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(2): 158-76.
26. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Radar Social. Brasília; 2005.
27. Wünsch Filho V, Mirra AP, Lopez RM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2): 175-87.
28. Rosemberg J, Rosemberg AM, Moraes MA. Nicotina: droga universal. São Paulo: São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica; 2003.
29. Meirelles RHS. Tabagismo e DPOC – dependência e doença – fato consumado. *Pulmão RJ* 2009; 1(1): 13-9.
30. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2009; 49: 57-71.
31. World Health Organization. Tobacco country profiles, 2nd Ed. Proceedings of the 12th World Conference on Tobacco or Health, 2003 Aug 3-9; Helsinki, Finland: WHO; 2003.
32. Santos JDP, Silveira DV, Oliveira DF, Caiaffa WT. Instrumentos para avaliação do tabagismo: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 16(12): 1443-8123.

Recebido em: 22/10/2012

Versão final apresentada em: 28/05/2013

Aceito em: 12/08/2013