

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
MESTRADO EM MEDICINA TROPICAL

SAUL RASSY CARNEIRO

**TABAGISMO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NA POPULAÇÃO
ADULTA DE BELÉM, PARÁ, 2007.**

Belém
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
MESTRADO EM MEDICINA TROPICAL

SAUL RASSY CARNEIRO

**TABAGISMO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NA POPULAÇÃO
ADULTA DE BELÉM, PARÁ, 2007.**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Medicina
Tropical para a obtenção do título de Mestre em
Medicina Tropical

Orientadora: Prof^ª. Dra. Erly Catarina Moura

Belém
2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Núcleo de Medicina Tropical

Carneiro, Saul Rassy

Tabagismo: prevalência e fatores associados na população adulta de Belém, Pará, 2007 / Saul Rassy Carneiro; Orientador, Erly Catarina Moura. -2009.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical, Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais, Belém, 2010.

1. Fumo – Belém (PA) I. Moura, Erly Catarina, orient. II. Título.

CDD. 21. Ed. 613.85098115

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
MESTRADO EM MEDICINA TROPICAL

SAUL RASSY CARNEIRO

**TABAGISMO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NA POPULAÇÃO
ADULTA DE BELÉM, PARÁ, 2007.**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Medicina Tropical para a
obtenção do título de Mestre em Medicina Tropical.

Julgado em: 25.09.2009

Conceito: _____

Prof^a. Dra. Erly Catarina Moura – UFPA
Orientadora

Prof. Dr. Manoel Gionovaldo Lourenço Freire - UEPA

Prof^a. Dra. Irland Barroncas Gonzaga Martens - UFPA

Prof. Dr. Antônio José de Oliveira Castro - UFPA

Belém
2009

DEDICATÓRIA

À Rosilda, Ana e Bárbara. Diferentes gerações, a mesma expressão de Amor.

À Saul (Pai) e Matheus, únicos homens de minha vida.

À Vânia. Minha vida, meu amor, meu complemento.

À Larissa e Brenda. Sempre presentes, mesmo quando estão longe.

Em memória de José, Saul, Nadir, Ivens e Liana: Juntaram-se mais cedo ou mais tarde, mas gozam das Promessas Divinas agora.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força e fé implantadas quando necessário.

À Vânia por ser minha companheira.

À Dra. Erly Catarina, minha orientadora, pela paciência e conhecimentos compartilhados.

Aos meus colegas de profissão do HUIBB e FHCGV, em especial Carolina Langanke.

Às amigas do Curso de Nutrição da UFPA.

À todo o pessoal do Núcleo de Medicina Tropical.

Aos que foram meus alunos, por serem os grandes incentivadores para a realização desse trabalho.

Quão grande pode ser a busca pela humildade?
(Autor desconhecido)

RESUMO

O estudo em questão se propõe a analisar a prevalência do tabagismo no município de Belém-Pa juntamente com seus fatores associados. Foram utilizados dados secundários de Belém-Pa coletados no ano de 2007 pelo Sistema Nacional de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que monitora os fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas 26 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Fizeram parte de amostra 2014 indivíduos com 18 ou mais anos de idade, os quais responderam perguntas relativas a fatores socioeconômicos, comportamentais e estado de saúde e doenças associadas. Os resultados mostram que a prevalência de fumantes foi de 14,3% (11,7-16,9) sendo que em homens constatou-se 21,1% (16,5-25,6) e em mulheres 8,5% (5,9-11,1). Os homens apresentaram dentre seus fatores associados ao tabagismo uma razão de prevalência de 0,58 (0,4-0,83) para aqueles que têm mais de 8 anos de estudo e 1,9 (1,26-2,88) para os que consomem bebida alcoólica. Já as mulheres apresentaram como fator associado o consumo abusivo de álcool com razão de prevalência de 2,23 (1,15-4,32). Conclui-se que a prevalência é maior em homens do que em mulheres e os fatores associados para os primeiros seriam a baixa escolaridade e o consumo abusivo de álcool enquanto que para elas seria somente o consumo abusivo de álcool.

Palavras chaves: Prevalência de tabagismo, fatores associados, razão de prevalência.

ABSTRACT

The aim of the study is to analyse the prevalence of smoking in the city of Belém-PA along with their associated factors. Secondary data were used from Belem-PA collected in 2007 by the national system of surveillance and risk factors for chronic diseases protection by phone survey (VIGITEL), which monitors the risk factors for chronic diseases protection in 26 Brazilian States capital and in the Federal District. The sample were 2014 individuals with 18 or more years old, which replied to the questions concerning socioeconomic factors, behavioural and state of health and related diseases. The results show that the prevalence of smokers was 14,3% (11,7-16,9) where 21,1% (16,5-25,6) were men and 8,5% (5,9-11,1) were women. The men presented among their associated factors a ratio of prevalence of 0,58 (0,4-0,83) for those who have more than 8 years of study and 1,9 (1,26-2,88) for those who consume alcoholic beverage. The women presented as associated factor the abuse of alcohol with a ratio of prevalence of 2,23 (1,15-4,32). We concluded that the prevalence is higher in men than in women and the factors associated would be low school level and the abuse of alcohol for men while that for women it would be only the abuse of alcohol.

Keywords: prevalence of smoking, associated factors, reason of prevalence.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
OBJETIVOS	12
REFERENCIAL TEÓRICO	13
1. AMPLITUDE DO TABAGISMO	13
2. IMPACTO DO TABAGISMO NA SAÚDE E NA ECONOMIA	14
3. FATORES ASSOCIADOS AO TABAGISMO	16
4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO	18
MATERIAIS E MÉTODOS	21
RESULTADOS	24
DISCUSSÃO	29
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	43

INTRODUÇÃO

O tabagismo se tornou um dos maiores desafios da saúde pública mundial, não só pela quantidade de doenças fatais ou incapacitantes que têm o fumo como principal ou um dos principais agentes etiológicos bem como pelos altos custos em saúde relacionados ao seu uso (FISCHER et al, 1997).

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais em 2007, número que deverá chegar a 10 milhões no ano de 2030 se forem mantidas as atuais tendências de crescimento, sendo a metade destes óbitos em indivíduos considerados em idade produtiva, isto é entre 35 e 69 anos (WHO, 2008a)¹.

Dentre as principais doenças que têm o cigarro como fator etiológico, destacam-se as cardiovasculares (principalmente os acidentes vasculares encefálicos e os infartos agudos do miocárdio), as neoplasias malignas como o câncer de pulmão, mama, colo uterino e boca e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (WHO, 2001;BRASIL, 2002).

Lightwood e colaboradores (2000)² relatam que os fumantes consomem mais recursos dos sistemas de saúde que os não fumantes, principalmente quando se leva em consideração o tratamento de doenças associadas ao tabaco, como as doenças cardiovasculares principalmente o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico e alguns tipos de câncer.

¹ <http://www.who.int/tobacco/en>

² http://www.ttac.org/resources/articles/tabocco_taxes.html

Segundo dados da OMS, um terço da população mundial adulta, isto é um bilhão e 200 milhões de pessoas são fumantes, atingindo aproximadamente 47% dos homens e 12% das mulheres. Nos países em desenvolvimento, os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, porém nos países desenvolvidos a participação das mulheres chega a 24% contra 42% dos homens (WHO, 2008a).

No Brasil, dados de 2008 mostram prevalência de tabagismo igual a 16,4% em indivíduos com 18 e mais anos de idade moradores no Distrito Federal e nas 26 capitais de estados brasileiros, sendo 20,9% em homens e 12,6% em mulheres (BRASIL, 2009). Todavia, estes valores, embora tenham caído aproximadamente 36% em 14 anos (de 1989 a 2003) segundo Monteiro e colaboradores (2007), têm permanecido estáveis nos últimos três anos (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Vários fatores têm sido associados ao tabagismo, como: a idade, a escolaridade, o consumo de bebidas alcoólicas, a atividade física no lazer e o sedentarismo em geral (MOREIRA et al, 1995; CHAIEB & CASTELLARIN, 1998; MONTEIRO et al, 2007; MACKENBACH et al, 2008).

Belém é um município brasileiro, capital do estado do Pará. É considerada a maior cidade na linha do Equador, a segunda cidade mais populosa da região Norte e a maior Região Metropolitana do Norte, é conhecida como "Metrópole da Amazônia". A cidade possui o maior IDH entre as capitais nortistas e concentra a maior população metropolitana da região.

A capital paraense, excluindo-se da população metropolitana, conta com cerca de 1.424.124 habitantes (BRASIL, 2009a)³

Ainda segundo o IBGE a Região Metropolitana de Belém ou RMB, criada por Lei Complementar federal em 1973, alterada em 1995, é uma conurbação com 2.105.621 habitantes (segundo estimativas populacionais realizadas em 2008 pelo IBGE). É a área metropolitana mais populosa da Região Norte e uma das cinco maiores regiões metropolitanas brasileiras, a décima do Brasil e a 179ª do mundo

Em 15 de setembro de 2009, em Belém do Pará, houve a aprovação da lei número 8713 a qual “disciplina o hábito de fumar em recintos de uso coletivo e define a responsabilidade por danos ao consumidor”, a também chamada Lei antifumo passa a ser uma variável importante para ser avaliada através de estudos epidemiológicos que avaliam o tabagismo na população municipal.

Considerando a importância sócio-econômica do município de Belém, bem como a gravidade do tabagismo para a saúde e a tendência à estabilidade de sua prevalência, é fundamental estudar como se dá sua distribuição, visando contribuir para o melhor entendimento deste comportamento e colaborar na elaboração de propostas que possam reduzir estes valores.

³ <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Estudar a ocorrência do tabagismo na população adulta de Belém.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a população estudada conforme características sócio-demográficas, comportamentais e doenças crônicas não transmissíveis.

Estimar a prevalência de tabagismo conforme as características estudadas em homens e mulheres.

Identificar os fatores associados ao tabagismo em homens e mulheres.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. Amplitude do tabagismo

O cigarro por ser um dos principais problemas de saúde pública no mundo é alvo de vários estudos acerca de sua prevalência em diversas populações de inúmeros países do globo (VARDAVAS & KAFATOS, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008a) calcula que a prevalência de tabagismo na população mundial seja de aproximadamente um bilhão e duzentos milhões de pessoas, ou seja, um terço dela.

Hamilton e Weintraub (2002) realizaram um estudo de prevalência de tabagismo no estado de Massachusetts, nos Estados Unidos (EUA), por meio de inquérito telefônico anual chamado *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), o qual inclui todos os estados dos EUA. Os resultados mostraram que tanto homens como mulheres apresentaram a mesma prevalência de tabagismo na população adulta (19,5 e 19,3% respectivamente), porém os dados da população Norte Americana mostram prevalência maior em homens do que em mulheres (25,6 e 21,2%). Dados do mesmo sistema – BRFSS – do ano de 2008 mostram que a prevalência de tabagismo caiu para 18,3% na população adulta (CDC, 2008).⁴

No Brasil, o consumo *per capita* de cigarros ao ano fica próximo de 3.879 cigarros (IGLESIAS et al, 2007). A maior prevalência do fumo na população, em torno de 20%, se encontra na faixa etária de 45 a 54 anos, sendo o sexo masculino o de maior prevalência (20,5%), ao passo que as mulheres respondem por 12,4 % (BRASIL, 2009). Tais dados têm demonstrado estabilidade nos últimos anos, desde

⁴ <http://apps.nccd.cdc.gov/BRFSS/list.asp?cat=TU&yr=2008&qkey=4396&state=Al>

2006 (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008; BRASIL, 2009b), após uma redução expressiva no período de 1989 a 2003, no qual a prevalência total baixou de 34,8% para 22,4 % (MONTEIRO et al, 2007).

2. Impacto do tabagismo na saúde e na economia

O tabagismo gera uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano, sendo que a metade dela ocorre nos países em desenvolvimento. Este valor, calculado pelo Banco Mundial, é o resultado da soma de vários fatores, como o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco, mortes de cidadãos em idade produtiva, maior índice de aposentadorias precoces, aumento no índice de faltas ao trabalho e menor rendimento produtivo (BRASIL, 2002).⁵ Barendregt e colaboradores (1997), em estudo realizado na Holanda, demonstraram que os custos com tratamento de saúde apresentam-se maiores entre os fumantes do que entre os não fumantes, bem como as altas taxas de mortalidade por doenças associadas ao tabagismo, como infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão e outros cânceres, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e acidentes vasculares encefálicos. O estudo conduzido no período de 1988 a 1992 avaliou a incidência, prevalência e mortalidade associadas às cinco maiores categorias de doenças (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, câncer de pulmão, outros cânceres e DPOC). A análise foi feita por meio do levantamento de prontuários hospitalares nesse período divididos em dois grandes grupos: fumantes e não fumantes. Dentre outros resultados, a análise mostrou que aos 70 anos de idade 78% dos não fumantes ainda estavam vivos em comparação a 57% dos tabagistas, o que atesta uma significativa redução no tempo de vida dos tabagistas,

⁵ <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>

relacionado ao hábito em questão. Verificou-se também que após os 80 anos apenas 21% dos fumantes que compuseram a amostra ainda estavam vivos contra 50% dos não fumantes. Segundo os autores, os fumantes apresentam um gasto *per capita* com saúde em torno de U\$6000 ao ano, já para os não fumantes esse valor fica em U\$ 5000. Esses dados se referem à faixa etária de 65 a 69 anos; entre 65 e 74 anos os gastos com saúde, ao ano, foram 40% maiores em fumantes comparativamente aos não fumantes da mesma faixa etária.

Estudo para avaliação do impacto de fatores de risco para morbidade e mortalidade na população mundial em 2001 foi desenvolvido em sete regiões: América do Norte, Europa e Ásia Central, América Latina e Caribe, Oriente Médio e Norte da África, Leste Asiático e Pacífico, Sul da Ásia e África Sub-Saara. Foram avaliados 56 milhões de óbitos por meio de dados fornecidos pelos sistemas de informação em saúde de cada região, juntamente com dados da OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Observou-se, que no período de 1990 a 2001, o grupo de DPOC apresentou um aumento substancial na morbi-mortalidade (LOPEZ et al, 2006).

Em relação às mortes causadas pelo tabagismo no Brasil, calcula-se que no período de 1996 a 2005 houve um total de 552.127 óbitos entre homens e 393.606 entre as mulheres, sendo que há um aumento progressivo da mortalidade em relação à idade por doenças associadas ao cigarro (IGLESIAS et al, 2007). No ano de 2005, os óbitos por infarto agudo do miocárdio e doenças hipertensivas foram 118.432, doenças cerebrovasculares 90.006, DPOC 33.953, câncer do sistema

respiratório 18.078, sendo que o tabagismo participa como agente etiológico e fator de risco importante para todas essas doenças (BRASIL, 2005).⁶

3. Fatores associados ao tabagismo

Estudo conduzido por Helosoja e colaboradores (2001), em três países europeus (Estônia, Finlândia e Lituânia) por meio de dados coletados a partir de dois inquéritos realizados nos anos de 1994 e 1996, constatou que os homens apresentaram maior prevalência de tabagismo do que as mulheres (52% vs 21% na Estônia, 30% vs 19% na Finlândia e 47% vs 8% na Lituânia). Resultados semelhantes foram demonstrados nos estudos de Worth e colaboradores (2006), desenvolvido nos Estados Unidos com a participação de jovens e adultos no período de 1996 a 2004, no qual os homens apresentaram prevalência de tabagismo igual a 22,6% e as mulheres de 16,1%.

Além do sexo, outros fatores de risco para o tabagismo seriam a idade (jovens) e a baixa escolaridade, Cavelaars e colaboradores (2000), em estudo envolvendo 12 países europeus no período de 1986 a 1994, evidenciaram maiores prevalências de tabagismo entre a população jovem (entre 20 a 44 anos) e de baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo).

Hu e colaboradores (2007) correlacionaram hábitos comportamentais e fatores sócio-econômicos com o hábito de fumar, o estudo envolveu 2.080 empregados do setor industrial japonês, sendo que 1.439 participantes com idade variando de 20 a 64 anos concluíram o estudo. Dentre as variáveis estudadas estavam: estado conjugal, escolaridade, ocupação, variáveis do estilo de vida, como

⁶ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>

a prática de atividade física no lazer, alimentação irregular e sedentarismo. Os autores identificaram associação positiva entre o tabagismo e o sedentarismo, inatividade física no lazer, alimentação irregular e pessoas sem cônjuges, ao passo que passatempos e atividades físicas no lazer apresentaram associação negativa com o fumo.

Segat e colaboradores (1998) demonstraram que os jovens são uma importante população vulnerável ao hábito do tabagismo e, embora os pais fumantes tenham contribuição na iniciação ao tabaco, irmãos e amigos são os principais disseminadores do fumo entre jovens não fumantes. Isso enfoca a importância de trabalhos voltados às escolas como forma de prevenção do tabagismo. Os autores analisaram a prevalência do tabagismo em uma amostra de 1019 estudantes entre 10 a 19 anos na cidade de Santa Maria no Rio Grande do Sul, seus dados demonstraram uma proporção de 10,3% de fumantes, sendo que o sexo feminino respondeu por 11,0% do total e o masculino por 9,1%. Ao compararem os resultados com estudos anteriores (um realizado em escolas da rede particular de ensino do Distrito Federal e outro em 10 capitais de estados brasileiros), envolvendo o mesmo tipo de população, os autores constataram que houve um aumento da prevalência do tabagismo, bem como da experimentação precoce do cigarro. Esses dados demonstram que o forte apelo relacionado ao cigarro se tornou um desafio à saúde pública global, devido a todos os efeitos maléficos relacionados ao hábito de fumar, dentre eles: hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e câncer. Ainda, segundo Segat e colaboradores (1998), formular políticas públicas adequadas para minimizar esses efeitos ou diminuir o consumo de cigarro pela população tem sido um dos principais desafios dos gestores em saúde no mundo.

Muitos estudos apontam o álcool como fator associado ao fumo, um deles de caráter transversal de base populacional incluindo 2.177 indivíduos adultos (20 a 69 anos) residentes na zona urbana da cidade de Pelotas (município do estado do Rio Grande do Sul), que entrevistou 1.968 pessoas e mostrou uma tendência linear de aumento de consumo abusivo de álcool (30g/dia de etanol ou mais) com o aumento do tabagismo (de nunca fumante a 20 ou mais cigarros por dia) (COSTA et al, 2004).

Estudo transversal, observacional de base populacional realizado em Porto Alegre envolvendo 1.091 indivíduos adultos da região metropolitana do mesmo município, encontrou maior prevalência de tabagismo na faixa etária entre 30 e 39 anos, sendo que a amostra foi composta de pessoas de 18 até 88 anos (MOREIRA et al, 1995).

Monteiro e colaboradores (2007), em estudo cujo objetivo foi comparar o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição realizado em 1989 com o módulo brasileiro da Pesquisa Mundial de Saúde, realizado em 2003, sobre prevalência de tabagismo na população brasileira, constataram o aumento do tabagismo com a idade, até os 54 anos, a partir de quando se observa redução no número de fumantes.

4. Políticas públicas de controle do tabagismo

De acordo com a OMS (WHO, 2008b) em seu relatório sobre a epidemia de tabagismo global, medidas para controle do tabagismo que são bastante promissoras na maioria dos países compõem um “pacote de medidas” chamado MPOWER o qual consiste em seis pontos básicos:

- Monitorar o consumo de tabaco e das políticas de prevenção;
- Proteger as pessoas de consumirem tabaco;

- Oferecer ajuda para aquelas que querem abandonar o hábito de fumar;
- Divulgar advertências sobre os perigos do tabaco;
- Aplicar as proibições da publicidade do tabaco, promoção e patrocínio; e
- Elevar impostos sobre o tabaco.

Na Alemanha, Schuman e colaboradores (2006) demonstraram que a proibição da venda de cigarro a menores e a restrição da divulgação do fumo através de propagandas apresentaram bons resultados na prevenção do fumo. Os autores lembram ainda que a Alemanha é um país em que a legislação anti-tabagismo ainda é bastante complacente e tolerante, o que torna esses dados ainda mais expressivos. Porém os impactos dessas medidas parecem beneficiar somente a população não fumante. Aqueles que já são tabagistas ainda se mostram refratários a tais medidas, então os autores sugerem que novas políticas sejam desenvolvidas com alvo nos fumantes ativos.

Ahmad e Billimeck (2007) utilizaram um modelo de simulação dinâmica para mostrar os benefícios à saúde da população quando políticas para reduzir o fumo entre as pessoas são instituídas. Dentre elas, a idade a partir de 21 anos para a compra de cigarros e o aumento dos impostos que incidem na produção de cigarros de modo que o preço do produto seja diretamente afetado, encarecendo-o. Seus resultados foram um aumento na qualidade ajustada de anos de vida igual a 24.905 e anos de vida ganhos igual a 28.853, para um cálculo de 75 anos de impacto desta política para a população hipotética deste estudo, o que é garantido pela redução de 22,3% de tabagistas (> 18 anos) para 13,6%.

Em um estudo sobre a obtenção de cigarro e início do hábito de fumar em jovens na faixa etária de 12 a 19 anos de uma comunidade em Massachusetts

(EUA) observou-se que a grande maioria dos jovens que fumam obtêm o cigarro de amigos de escola, ou seja, os autores reforçam as medidas supracitadas com o acréscimo de campanhas educativas e a proibição do fumo em áreas fechadas ou públicas e auxílio telefônico através de orientações e esclarecimentos (DI FRANZA e COLEMAN, 2001).

Mindell (2001) em um artigo de revisão publicado no *Journal of Public Health Medicine* ressalta que as políticas para o controle do tabaco dependem de campanhas educativas, campanhas de encorajamento ao abandono do hábito, regulação fiscal (criação de taxas sobre o produto), legislação específica sobre a idade apropriada para se comprar cigarro e áreas de proibição do fumo. Mindell reforça que no futuro a soma de esforços de vários setores da sociedade bem como de várias entidades e instituições serão fundamentais para a efetividade das medidas de controle e diminuição do tabagismo.

No Brasil há sucessivos esforços para implantação de medidas no intuito de controlar o tabagismo, quer seja no enfoque da população mais vulnerável (jovens) quer seja na população adulta que já apresenta o hábito de fumar e deseja parar (CAVALCANTE, 2005). A autora enfatiza que o Plano Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), envolvendo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, setores da sociedade civil e conselhos profissionais de saúde, tem como finalidade reduzir a prevalência de fumantes e a morbidade por doenças relacionadas ao cigarro, tendo dois grandes objetivos: evitar o tabagismo entre jovens ou pelo menos reduzir a iniciação do tabagismo nessa população e aumentar a cessação do vício entre os dependentes. O PNCT contempla ações educativas, promoção e apoio à cessação de fumar, mobilização de medidas de apoio econômicas e legislativas para controle do tabaco.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, de base populacional, desenvolvido com dados secundários coletados pelo Sistema Nacional de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que monitora os fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas 26 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal de forma contínua desde 2006 (BRASIL, 2007).

O VIGITEL, para o cálculo da população amostral de cada cidade estudada, considera coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de 2% na prevalência de qualquer fator estudado, resultando num mínimo de 2000 entrevistas em cada cidade (MOURA et al, 2008). Para cada cidade, são selecionadas 5000 linhas telefônicas residenciais dos cadastros das empresas telefônicas. Estas linhas são ordenadas e redistribuídas em 25 réplicas de 200 linhas cada uma. Cada residência identificada é convidada a participar do estudo e um morador adulto de cada residência é sorteado para responder à entrevista do VIGITEL, que é realizada pela aplicação de um questionário contendo questões sobre: características demográficas e socioeconômicas (idade, sexo, estado civil, cor, escolaridade, número de pessoas e cômodos no domicílio), características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, peso e altura auto recordados, hábito de consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, auto-avaliação do estado de saúde e referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial, diabetes e colesterol elevado. Todas as entrevistas são realizadas em Belo Horizonte (MG) com auxílio de computador, por meio de aplicativo próprio, que permitem o registro imediato das respostas no banco

de dados, sendo gravadas para controle de qualidade e garantia dos princípios éticos. Maiores detalhes podem ser vistos em outras publicações (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008; BRASIL, 2009b; MOURA et al, 2008; MOURA et al, 2009).

Neste estudo foram utilizados os dados de Belém (Pará), coletados em 2007, abrangendo 2014 indivíduos com 18 e mais anos de idade, tendo sido utilizadas 19 réplicas, isto é 3800 linhas telefônicas, para se obter as 2014 entrevistas. Foram selecionadas variáveis sócio-demográficas (idade, escolaridade, cor e estado civil), comportamentais (consumo abusivo de bebidas alcoólicas (> cinco doses para o homem ou > quatro doses para a mulher em pelo menos uma ocasião nos últimos trinta dias), prática de atividade física suficiente no lazer (pelo menos 20 minutos em pelo menos três dias da semana para atividade vigorosa ou pelo menos 30 minutos em pelo menos cinco dias da semana para atividade leve ou moderada), consumo adequado de frutas, legumes e verduras (\geq cinco porções ao dia), auto-avaliação do estado de saúde e doenças associadas (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, doenças cardíacas e doença pulmonar obstrutiva crônica e asma), além do hábito de fumar (variável dependente). A idade foi categorizada em 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, ou \geq 45 anos de idade; escolaridade em \leq 8 ou \geq 9 anos de estudo; cor em branca ou não branca (negra, parda, amarela e vermelha); união conjugal em solteiro, casado/juntado ou viúvo/divorciado. As demais características foram classificadas em sim ou não, sendo as doenças auto-referidos conforme diagnóstico médico prévio.

A análise de dados foi realizada no aplicativo STATA (Versão 9.2), com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. Todas as análises foram estratificadas por sexo e ajustadas para representar a população adulta da cidade de Belém. Para isto foram utilizados fatores de expansão, que consideram

número de adultos e de linhas telefônicas na residência estudada e a proporção de indivíduos de determinadas categorias de sexo, idade e escolaridade em relação à proporção das mesmas categorias na distribuição censitária de 2000 (MOURA et al, 2008). Foram utilizados comandos que levam em conta o caráter de amostra complexa.

Inicialmente, foram calculadas as freqüências e respectivos intervalos de confiança das variáveis estudadas para caracterizar a população de estudo. A seguir, as prevalências de tabagismo por sexo segundo estas variáveis. As variáveis associadas ao tabagismo com $p < 0,05$ foram selecionadas para análise multivariada por regressão de Poisson, indicado para estudos transversais como este. Razões de prevalência (RP) para cada uma destas variáveis foram calculadas individualmente (RP bruta) e ajustadas (RP ajustada) para todas as variáveis com $p < 0,20$.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi aplicado oralmente, atendendo às normas para pesquisas com seres humanos, conforme aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para seres humanos do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Na Tabela 1, observa-se que as variáveis sociodemográficas expressam uma população predominantemente jovem (entre 18 e 34 anos), de baixa escolaridade (0 a 8 anos de estudo), de cor auto referida como não branca e com união conjugal estável. Em relação às características comportamentais, verificam-se diferenças entre homens e mulheres: os homens apresentam maior proporção de tabagistas, de consumo abusivo de bebidas alcoólicas, de prática de atividade física suficiente no lazer e inserção no mercado de trabalho. Em relação às doenças auto referidas, percebe-se maior proporção de obesidade em homens.

A Tabela 2 apresenta a prevalência de fumantes de acordo com as características estudadas por sexo. Observa-se, para os homens, associação entre tabagismo e baixa escolaridade, entre tabagismo e abuso de bebidas alcoólicas, e entre tabagismo e não ser ativo no lazer ($p < 0,05$); para as mulheres, entre tabagismo e idade mais alta, entre tabagismo e ser viúva/divorciada, entre tabagismo e abuso de bebidas alcoólicas. Além destas variáveis, foram selecionadas para o cálculo ajustado das razões de prevalência de tabagismo variáveis com valor de p entre 0,05 e 0,20; para os homens foram consumo adequado de frutas, legumes e verduras, referência à saúde ruim e diabetes; para as mulheres foram escolaridade, inserção no mercado de trabalho e referência à saúde ruim.

Tabela 1 – Distribuição (% e 95%IC)¹ da população estudada segundo características sócio-demográficas, características comportamentais e doenças auto-referidas em homens e mulheres. VIGITEL, Belém, Pará, 2007.

Variáveis estudadas	Total (n=2014)	Homens (n= 815)	Mulheres (n=1199)
Características sócio-demográficas			
Idade (anos)			
18 a 24	24,6 (21,2-27,9)	25,2 (19,9-30,5)	24,0 (19,6-28,4)
25 a 34	27,1 (24,0-30,3)	27,7 (22,5-32,8)	26,6 (22,9-30,4)
35 a 44	20,2 (18,0-22,5)	20,7 (17,2-24,1)	19,8 (16,9-22,8)
≥ 45	28,1 (25,6-30,6)	26,5 (22,7-30,2)	29,5 (26,3-32,7)
Escolaridade (anos)			
≤ 8	54,0 (50,9-57,2)	55,5 (50,6-60,3)	52,8 (48,8-56,8)
≥ 9	46,0 (42,8-49,1)	44,5 (39,7-49,4)	47,2 (43,2-51,2)
Cor			
Branca	24,0 (21,2-26,7)	24,0 (19,5-28,4)	23,9 (20,5-27,4)
Não branca	76,0 (73,3-78,8)	76,0 (71,6-80,5)	76,1 (72,6-79,5)
União conjugal			
Solteiro	44,3 (40,9-47,7)	46,9 (41,6-52,2)	42,1 (37,9-46,4)
Casado ou juntado	47,8 (44,5-51,1)	49,0 (43,8-54,2)	46,8 (42,6-50,9)
Viúvo ou divorciado	7,9 (6,6-9,2)	4,1 (2,6-5,7)	11,1 (9,1-13,2)
Características comportamentais			
Fumante atual	14,3 (11,7-16,9)	21,1 (16,5-25,6)	8,5 (5,9-11,1)
Abuso de bebidas alcoólicas ²	20,3 (17,4-23,3)	34,7 (29,5-39,9)	8,0 (5,5-10,5)
Ativo no lazer ³	18,6 (16,1-21,2)	25,3 (20,6-30,0)	12,9 (10,6-15,2)
Inserção no mercado de trabalho	60,5 (57,3-63,7)	75,0 (70,6-79,4)	48,0 (43,8-52,1)
Consumo adequado de FLV ⁴	2,3 (1,4-3,1)	1,5 (0,7-2,3)	2,9 (1,5-4,3)
Doenças auto-referidas			
Referência à saúde ruim	5,4 (4,1-6,8)	4,7 (2,5-6,9)	6,0 (4,4-7,7)
Hipertensão arterial	16,4(14,3-18,4)	16,5 (13,4-19,7)	16,2 (13,6-18,9)
Dislipidemia	16,5 (14,3-18,6)	14,0 (10,6-17,4)	18,6 (15,9-21,3)
Diabetes	4,0 (3,0-5,0)	4,1 (2,6-5,6)	4,0 (2,7-5,2)
Doenças cardíacas	1,8 (1,2-2,4)	1,9 (1,0-2,8)	1,7 (0,9-2,4)
DPOC ⁵ e Asma	9,2 (7,5-10,8)	8,3 (5,8-10,9)	9,8 (7,7-12,0)

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

1. Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população da cidade no Censo Demográfico de 2000.

2. > 5 doses (homens) e > 4 doses (mulheres) em uma única ocasião pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

3. atividade leve ou moderada ≥ 30 minutos diários em ≥ 5 dias da semana ou de vigorosa ≥ 20 minutos diários em ≥ 3 dias da semana

4. FLV (frutas, legumes e verduras) ≥ cinco porções ao dia

5. DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Tabela 2 – Prevalência (% e 95% IC) ¹ de tabagismo segundo características sócio-demográficas, características comportamentais e doenças auto-referidas em homens e mulheres. VIGITEL, Belém, Pará, 2007.

	Homens	<i>p</i> valor*	Mulheres	<i>p</i> valor*
Idade (anos)		0,317		0,003
18 a 24	16,3 (7,0-25,6)		6,5 (0,4-12,5)	
25 a 34	29,8 (18,5-41,2)		7,8 (1,8-13,8)	
35 a 44	19,2 (12,4-26,0)		10,8 (5,6-15,9)	
≥ 45	17,8 (12,1-23,5)		9,3 (6,1-12,5)	
Escolaridade (anos)		< 0,001		0,188
≤ 8	26,6 (18,9-34,3)		10,7 (6,1-15,3)	
≥ 9	14,1 (10,9-17,4)		6,0 (4,3-7,8)	
Cor		0,710		0,486
Branca	21,4 (12,3-30,5)		6,9 (2,2-11,5)	
Não branca	20,9 (15,7-26,2)		9,0 (6,0-12,0)	
União conjugal		0,327		0,018
Solteiro	20,3 (13,4-27,3)		8,6 (4,0-13,3)	
Casado ou juntado	21,8 (15,5-28,1)		7,8 (4,5-11,1)	
Viúvo ou divorciado	20,7 (4,9-36,4)		10,8 (6,0-15,7)	
Abuso de bebidas alcoólicas ²		< 0,001		< 0,001
Sim	31,9 (22,6-41,2)		16,0 (8,0 -24,0)	
Não	15,3 (10,7-19,9)		7,9 (5,1-10,6)	
Ativo no lazer ³		0,048		0,261
Sim	15,5 (7,2-23,9)		4,6 (1,9-7,4)	
Não	22,9 (17,6-28,3)		9,1 (6,2-12,0)	
Inserção no mercado de trabalho		0,559		0,193
Sim	20,7 (15,3-26,1)		9,1 (5,8-12,5)	
Não	22,1 (13,8-30,4)		7,9 (4,1-11,7)	
Consumo de adequado de FLV ⁴		0,121		0,225
Sim	4,4 (-4,2-13,1)		8,1 (-0,5-16,7)	
Não	21,3 (16,7-25,9)		8,5 (5,9-11,1)	
Referência à saúde ruim		0,060		0,138
Sim	47,3 (23,0-71,6)		15,6 (5,1-26,1)	
Não	19,8 (15,3-24,3)		8,0 (5,4-10,7)	
Hipertensão arterial		0,217		0,835
Sim	16,1 (9,2-23,1)		5,9 (2,5-9,3)	
Não	22,0 (16,8-27,3)		9,0 (6,0-12,0)	
Dislipidemia		0,207		0,957
Sim	20,9 (5,9-35,9)		7,9 (3,5-12,2)	
Não	21,1 (16,4-25,8)		8,6 (5,7-11,6)	
Diabetes		0,064		0,855
Sim	7,5 (-1,1-16,1)		6,9 (-0,6-14,4)	
Não	21,6 (16,9-26,3)		8,6 (5,9-11,2)	
Doenças cardíacas		0,730		0,207
Sim	31,4 (7,2-55,6)		17,7 (11,7-34,2)	
Não	20,9 (16,2-25,5)		8,3 (5,8-10,9)	
DPOC ⁵ e Asma		0,983		0,522
Sim	13,1 (5,3-20,9)		8,6 (5,8-16,4)	
Não	21,8 (16,9-26,7)		8,5 (5,8-11,2)	

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

1. Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população da cidade no Censo Demográfico de 2000.

2. > 5 doses (homens) e > 4 doses (mulheres) em uma única ocasião pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

3. atividade leve ou moderada ≥ 30 minutos diários em ≥ 5 dias da semana ou de vigorosa ≥ 20 minutos diários em ≥ 3 dias da semana

4. FLV (frutas, legumes e verduras) ≥ cinco porções ao dia

5. DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

As razões brutas de prevalência de tabagismo em homens mostram associação com baixa escolaridade e consumo abusivo de bebidas alcoólicas enquanto fator de risco, mas não com atividade física suficientemente no lazer. Após ajuste, a situação se mantém, sendo que a razão de prevalência de tabagismo chega a 0,58 para os homens que estudaram mais do que oito anos e 1,90 para aqueles que têm o hábito de consumir bebidas alcoólicas de forma abusiva (Tabela 3).

Tabela 3 – Razão de prevalência (RP)¹ de tabagismo segundo características selecionadas em homens. VIGITEL, Belém, Pará, 2007.

	RP bruta	95% IC	RP ajustada ²	95% IC	p valor
Escolaridade (anos)					
≤ 8	1,00		1,00		0,003
≥ 9	0,53	0,37-0,77	0,58	0,40-0,83	
Abuso de bebidas alcoólicas ³					0,002
Não	1,00		1,00		
Sim	2,08	1,37-3,18	1,90	1,26-2,88	
Ativo no lazer ⁴					0,326
Não	1,00		1,00		
Sim	0,68	0,38-1,22	0,74	0,41-1,34	

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

1. Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população da cidade no Censo Demográfico de 2000.

2. Ajustado para consumo adequado de frutas, legumes e verduras, referência à saúde ruim e diabetes

3. > 5 doses (homens) e > 4 doses (mulheres) em uma única ocasião pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

4. atividade leve ou moderada ≥ 30 minutos diários em ≥ 5 dias da semana ou de vigorosa ≥ 20 minutos diários em ≥ 3 dias da semana

Para as mulheres, as razões brutas de prevalência de tabagismo mostraram associação apenas com consumo abusivo de bebidas alcoólicas, mas não para idade e tipo de união conjugal, o que se mantém após o ajuste. Mulheres com consumo abusivo de bebidas alcoólicas têm 2,23 vezes mais chance de serem tabagistas do que as que não têm este hábito.

Tabela 4 – Razão de prevalência (RP)¹ de tabagismo segundo características selecionadas em mulheres. VIGITEL, Belém, Pará, 2007.

	RP bruta	95% IC	RP ajustada ²	95% IC	p valor
Idade (anos)					0,426
18 a 24	1,00		1,00		
25 a 34	1,20	0,36-4,05	1,26	0,36-4,40	
35 a 44	1,66	0,58-4,76	1,84	0,59-5,70	
≥ 55	1,44	0,53-3,90	1,45	0,46-4,53	
União conjugal					0,679
Solteiro	1,00		1,00		
casado ou juntado	0,91	0,46-1,80	0,75	0,34-1,64	
viúvo ou divorciado	1,26	0,62-2,54	0,94	0,44-2,02	
Abuso de bebidas alcoólicas ³					0,012
Não	1,00		1,00		
Sim	2,04	1,11-3,75	2,23	1,15-4,32	

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

1. Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população da cidade no Censo Demográfico de 2000.

2. Ajustado para escolaridade, inserção no mercado de trabalho e referência à saúde ruim.

3. > 5 doses (homens) e > 4 doses (mulheres) em uma única ocasião pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

DISCUSSÃO:

O presente estudo envolveu 2.014 indivíduos sendo 1.099 do sexo feminino e 815 do masculino. A maioria dos respondentes estava na faixa etária de 18 a 34 anos (51,7%), tanto na amostra total quanto na estratificada por sexo (52,9% para homens e 50,6% para mulheres). A maioria de amostra (54%) foi composta de indivíduos com até oito anos de estudo (resultados semelhantes para a estratificação por sexo) e cor não branca. Houve equivalência entre os indivíduos solteiros e os que viviam com cônjuges, sendo os viúvos ou divorciados em menor proporção.

No Brasil, dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado entre os anos de 2002 e 2003 com 23.457 indivíduos de 15 ou mais anos de idade, residentes no Distrito Federal e em 15 capitais de estados brasileiros, mostraram prevalência de tabagismo variando de 12,9 a 25,2%, sendo 20,9% no sexo masculino e 12,6% no sexo feminino (BRASIL, 2004). Estes valores refletem a influência da política nacional de combate ao fumo, o que pode ser comprovado pela avaliação temporal da prevalência de tabagismo, no período de 1989 a 2003, no qual se observou redução no hábito de fumar na população em geral, de 34,8 para 22,4% (MONTEIRO et al, 2007).

De acordo com dados de 2007 do Ministério da Saúde, Belém (PA) apresenta prevalência de tabagismo de 14,3%, sendo 21,1% em homens e 8,5% em mulheres, mostrando que quase o triplo da prevalência de casos ocorre na população masculina (BRASIL, 2008).

O estudo de Kuri-Morales e colaboradores (2006), realizado na cidade do México no período de novembro de 2005 a janeiro de 2006, analisou diversas fontes de informação para realizar um análise histórica da evolução do tabagismo no referido país, por meio de um sistema de vigilância epidemiológica para conhecimento do consumo de drogas lícitas e ilícitas na população. O estudo registrou prevalência de fumantes de 26,5% (39,1% em homens e 16,1% em mulheres). Trabalho de base populacional de Sarraf-Zadegan e colaboradores (2004), feito no Irã por meio de 2626 entrevistas com maiores de 19 anos, mostrou prevalência de tabagismo igual a 18,7% em homens e 1,3% em mulheres.

Uma das maiores prevalências mundiais de tabagismo é observada na Grécia (VARDAVAS & KAFATOS, 2006). Pitsavos et colaboradores (2003) reportaram que em Atenas, após entrevistar 3.042 pessoas de 18 a 89 anos, havia 51% de fumantes no sexo masculino e 39% no feminino, valores bem próximos daqueles observados na ilha de Creta, , que constatou 55% e 38% de fumantes respectivamente para homens e mulheres.

Apesar de muitas discrepâncias em relação aos dados gerais, sempre se observa maior prevalência de fumantes em homens do que em mulheres (MINDELL, 2001; MONTEIRO et al, 2005; MONTEIRO et al, 2007; ZADEGAN et al, 2004). Essa constatação ganha mais força ao compararmos nossos dados com os observados em Porto Alegre (BRASIL, 2007), onde a prevalência total foi de 21,2%, sendo respectivamente 26,3% e 17,0% para os sexos masculino e feminino.

Uma análise do inquérito (VIGITEL) de 2006 mostra que não houve diminuição da prevalência de tabagistas em Belém quando comparado ao nosso estudo, no qual 14,4% da população era tabagista, sugerindo que as políticas públicas voltadas para a prevenção e para o abandono do tabagismo ainda não

surtiram o efeito esperado ou não foram implementadas, sendo necessário que o acompanhamento seja mantido para se alcançar conclusões mais fidedignas.

Johansson e colaboradores (2005), ao analisarem amostra de 250 fumantes provenientes de 41 Unidades de Saúde na Suécia, observaram que o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo apresentam uma correlação muito forte, sendo o consumo de bebidas alcoólicas considerado um fator de risco importante para o tabagismo, devendo ser abordado naquelas pessoas que desejam parar de fumar. Nosso estudo mostra que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas se associa positivamente ao tabagismo, tanto em homens quanto em mulheres. Pesquisa de caráter transversal de base populacional composta de 2.177 participantes entre 20 e 69 anos mostrou uma tendência linear de aumento do consumo de álcool (30g/dia de etanol ou mais) com o aumento do tabagismo (COSTA et al 2004). Chaieb e Castellari (1998), em estudo com 129 indivíduos que referiram consumo abusivo de bebidas alcoólicas em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre (RS), observaram que tal comportamento estava associado ao tabagismo em 67% dos participantes (homens e mulheres). JOHN e HANKE (2003), em 1991 ao estudar uma amostra de 7.466 indivíduos maiores de 25 anos na Alemanha pós-unificação, constataram que a associação estava presente em 29,9% das mulheres estudadas e em 37,1% dos homens. MANWELL et al (2002) realizaram análise com 4.373 indivíduos em Varsóvia (Polônia) e constataram uma correlação positiva entre consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, tanto em homens como em mulheres.

Ao analisarmos a prevalência de tabagismo segundo as variáveis estudadas, observamos que os homens apresentam um aumento até os 34 anos, com redução a partir dos 35. Já nas mulheres o aumento é menos acentuado, sendo observado

predominantemente na faixa-etária de 35-44 anos, mantendo-se maior naquelas acima dos 45 anos. Os resultados do VIGITEL de 2006 mostraram um aumento da prevalência de tabagismo com o aumento da idade, tanto em homens como em mulheres até os 54 anos. Kuri-Morales e colaboradores (2006) têm mostrado que o tabagismo é mais prevalente nas populações jovens, de 18 a 29 anos (40,8%).

Em nossos resultados, os homens com menor escolaridade apresentaram maiores prevalências para o tabagismo. Vários autores têm confirmado essa associação muitas vezes traçando um paralelo com o perfil sócio-econômico da população, dentre esses destacamos o trabalho de Chaix e colaboradores (2004), que analisaram 12.948 indivíduos franceses no ano de 1999.

DABO e colaboradores (2009),⁷ numa amostra de 6.258 sujeitos em Gana, associaram o tabagismo às pessoas com menos anos de estudo, independentemente do sexo; verificaram também correlação negativa entre empregabilidade e consumo de cigarro, reforçando o aspecto da associação entre cigarro e baixos níveis sócio-econômicos.

A análise da razão de prevalência bruta e ajustada, no nosso estudo, para todas as variáveis estudadas que apresentaram um $p < 0,20$ mostrou que para os homens a faixa etária apresenta uma relação inversa com o tabagismo e que há uma correspondência direta com o consumo de bebida alcoólica, ambas altamente significantes. Já as mulheres apresentaram uma correlação positiva somente com o consumo de bebidas alcoólicas.

Ainda que outras variáveis não tenham apresentado correlações significativas, muitas delas demonstraram sugestão de associação, cabendo

⁷ <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/tc.2009.030635v1>

ressaltar que em estudos de corte transversal há limitações quanto à análise causa-efeito.

Segundo Bastos e Dúquia (2007), uma das principais limitações de estudos transversais e consequentemente de nosso estudo são os vieses de prevalência, uma vez que o tempo de análise do desfecho (tabagismo) e da exposição (variáveis estudadas) foi um só e a avaliação foi indiscriminada, ou seja, envolveu tanto os fumantes de longa data quanto os recém ingressos no hábito de fumar, sendo possível que somente os casos de maior tempo de tabagismo tenham apresentado correlação com os fatores pesquisados. Ainda segundo os autores, outro viés importante é o de informação, já que o estudo levou em consideração apenas o conhecimento das pessoas de apresentarem determinadas doenças como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, excluindo da correlação aquelas que são portadoras dessas doenças, porém desconhecem esta situação, uma vez que elas podem cursar de maneira assintomática. Ainda há aqueles que por apresentarem alguma doença foram orientados por seus médicos a parar de fumar e então podem ter respondido a pesquisa como não fumantes (caracterizando a chamada causalidade reversa).

A coleta de dados, conforme explicado nos materiais e métodos, deu-se por meio de entrevista telefônica previamente agendada sendo dispensado a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, bastando o consentimento verbal do entrevistado, fato esse ratificado por Waldman e colaboradores (2008). Ainda segundo Waldman e colaboradores (2008), a recusa em fornecer informações por telefone poderia ser um importante fator de limitação da pesquisa em questão, uma vez que o entrevistado poderia se sentir invadido em sua privacidade e segurança por alguém que ele não visualizasse ou reconhecesse, porém o VIGITEL minimiza

tal fator ao orientar o entrevistador a informar que as perguntas não eram de ordem muito pessoal, que o anonimato é garantido e que seria respeitado o direito de não participar da entrevista. Um fator que possivelmente diminuiu a recusa (cerca de 7% em 2007) pode ter sido a possibilidade de interromper a entrevista e continuá-la em outra ocasião, agendada de acordo com a disponibilidade do respondente.

O principal viés de nossa pesquisa foi a seleção de entrevistados por meio de linhas telefônicas, uma vez que são excluídos aqueles que não possuem linha fixa. Porém, por meio de fatores de ponderação que consideram número de adultos e de linhas telefônicas na residência estudada e a proporção de indivíduos de determinadas categorias de sexo, idade e escolaridade em relação à proporção das mesmas categorias na distribuição censitária de 2000 há uma significativa minimização de erros, de modo a tornar as estimativas mais confiáveis em seus resultados uma vez que tais fatores são tomados para corrigir ou minimizar a sub ou super representação de determinadas categorias populacionais, expandindo as estimativas para a população geral da cidade estudada. A aplicação desses fatores de expansão é classificada como eficaz, sua calibração consiste em estimar novos pesos para cada elemento da amostra, através de ajuste dos pesos naturais do desenho segundo informações de variáveis auxiliares da amostra. Um dos propósitos da calibração é obter distribuições amostrais das variáveis auxiliares semelhantes às distribuições populacionais obtidas pelo censo (SZWARCOWALD e DAMACENA, 2008).

CONCLUSÕES

Nossos resultados nos levam a concluir que:

- A prevalência de tabagismo na população adulta de Belém é de 14,3%, sendo 21,1% em homens e 8,5% em mulheres
- Na população masculina observamos associação negativa entre tabagismo e escolaridade, associação positiva entre tabagismo e abuso de bebidas alcoólicas.
- Na população feminina há correlação positiva entre tabagismo e abuso de bebidas alcoólicas.

REFERÊNCIAS

AHMAD, Sajjad; BILLIMECK, John. **Limiting youth access to tobacco: Comparing the long-term health impacts of increasing cigarette excise taxes and raising the legal smoking age to 21 in the United States**. Health Policy, v.80, n.3, p. 378–91, 2007.

BARENDREGT, Jan; BONNEUX, Luc; VAN DER MAAS, Paul. **The Health care costs of smoking**. The New England Journal of Medicine, v.337, n. 15, p.1052 -7. 1997.

BASTOS, João; DUKIA, Rodrigo. **Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal**. Scientia Medica, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.

CENTER OF DISEASE CONTROL. Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). Prevalence **and Trends Data. Tobacco use – 2008**. Disponível em: <<http://apps.nccd.cdc.gov/BRFSS/list.asp?cat=TU&yr=2008&qkey=4396&state=Al>>. Acesso em: 05 set. 2009).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>>. Acessado em 15 de maio de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis em 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**, Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. **Dados de registros de morbidade e mortalidade por doença específica no ano de 2005**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>. Acessado em 10 de abril de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil-2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil-2007: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: MS, 2008.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado em novembro de 2009a

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil-2008: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: MS, 2009b.

CAVALCANTE, T, M. **O controle do tabagismo no Brasil: Avanços e Desafios**. Revista Psiquiátrica Brasileira. v.5, n. 32, p. 283-300, 2005.

CAVELAARS, A. et al. **Educational differences in smoking: international comparison**, British Medical Journal, v.320, n. 7242, p.1102-07, 2000.

CHAIEB, José; CASTELLARIN, Cássio. **Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas**, n. 32, v. 3, p. 246-54, Revista de Saúde Pública 1998.

CHAIX, Basille; GUILBERT, Philippe; CHAUVIN, Pierre. **A multilevel analysis of tobacco use and tobacco consumption levels in France. Are there any combination risk groups?**, European Journal of Public Health, v. 14, n. 2, p. 186-190. 2004.

COSTA, J. S. et al.. **Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional**. Revista de Saúde Pública. v. 2, n. 38, p. 284-91. 2004.

DABO, E. et al. **Smoking uptake and prevalence in Ghana**. Tobacco Control. Disponível em: <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/tc.2009.030635v1>. Acesso em: 08 de julho 2009.

DI FRANZA, Joseph; COLEMAN, Mardia. **Sources of tobacco for youth in communities with strong enforcement to youth access laws**, Tobacco Control, v.10, n.4, p.323-8, 2001.

FISCHER, B. et al. Charting **WHO – Goals for licit and illicit drugs for the year 2000: are we on track?** Public Health, v.111, n.5, p.271-75, 1997.

HAMILTON, William; WEINTRAUB, June. **Trends in prevalence of current smoking, Massachusetts and states without tobacco control programmes, 1990 to 1999**, Tobacco Control, v. 11, suppl. 2, p. ii8-ii13, 2002.

HELASOJA, V. et al. **Smoking and passive smoking in Estonia, Lithuania and Finland. Identifying target groups of tobacco policy**, European Journal of Public Health, v.11, n. 2, p. 206-10. 2001.

HU, L. et al. **Association of smoking behavior and socio-demographic factors, work, life style and mental health of Japanese civil servants**. Journal of Occupational Health, v. 49, p. 443-52, 2007.

IGLESIAS, R. J. et al. **Tobacco control in Brazil**. Washington. World Bank publications, 2007.

JOHN, Ulrich; HANKE, Monika. **Tobacco- and alcohol-attributable mortality and years of potential life lost in Germany**, European Journal of Public Health, v.13, n.3, p. 275-77, 2003.

JOHANSSON, Kajell; BRENDTSEN, Preben; AKERLIND, Ingemar. **Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other life style habits: how patients report the actions of GP in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation**, European Journal of Public Health, v.15, n.6, p. 615-20, 2005.

KURI_MORALES, P. et al. **Epidemiología del tabaquismo en México**. Salud pública Méx, v.48, suppl.1, 2006.

LIGHTWOOD, J. et al. **Tobacco control in developing countries: Estimating the costs of tobacco use**, 1. ed. United Kingdom: Oxford University Press, 2000.p. 63-103. Disponível em: <http://www.ttac.org/resources/articles/tobacco_taxes.html>.

Acesso em: 06 novembro 2008

LOPEZ, A. D. et al. **Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data**, Lancet, v.367, n. 9524, p.1747-57, 2006.

MACKENBACH, J. et al. **Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries**. New England Journal of Medicine. v.358, n. 23, p 2468–81, 2008.

MANWELL, Linda; IGNACZAK, Marek; CZABALA, Jan. **Prevalence of tobacco and alcohol use disorders in Polish primary care settings**, European Journal of Public Health, v.12, n.2, p. 139-44, 2002.

MINDELL, J. **Lessons from tobacco control for advocates of healthy transport**. Journal of Public Health Medicine. v. 23, n.2, p.91-7. 2001.

MONTEIRO, C. et al. **Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas**. Revista de saúde pública. v.39, n.1, p.47-57. 2005.

MONTEIRO, C. et al. **Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989–2003)**, Bulletin of the World Health Organization, v.85, p. 527–534, 2007.

MOREIRA, L. et al. **Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil**, Revista de saúde pública, v. 29, n.1, p. 46-51, 1995.

MOURA, E. C. et al. **Prevalence and social distribution of risk factors for chronic noncommunicable diseases in Brazil**, Revista Panamericana de Salud Publica, v. 26, n. 1, p, 17-22, 2009.

MOURA, E. C. et al. **Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006)**, Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 11, suppl. 1, p. 20-37. 2008.

PITSAVOS, C; PANAGIOTAKOS, D; CHRYSOHOOU, C; STEFANADIS, C. **Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study**. BMC Public Health, v. 3, 2003.

SCHUMANN, A. et al. **Attitude toward smoking policies and tobacco control measures in relation to smoking status and smoking behavior**, European Journal of Public Health, v.16, n.5, p. 513-9, 2006.

SEGAT, F. et al. **Fatores de risco associados ao tabagismo em adolescentes**, Adolescência Latino Americana, v.1, n.3, p. 163-9, 1998.

SZWARCWALD, Célia; DAMACENA, Gisele. **Amostras complexas em Inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados**, Revista brasileira de epidemiologia, v. 11, suppl. 1, p. 38-45, 2008.

VARDAVAS, Constantine; KAFATOS, Anthony. **Smoking policy and prevalence in Greece: an overview**, European Journal of Public Health, v.17, n.2, p.211–13, 2006.

WALDMAN, E; et al. **Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos**. Revista brasileira de epidemiologia, v. 11, suppl. 1, p. 168-79, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary: surveillance of risk factors for noncommunicable diseases**, The WHO STEP wise approach. Geneva:WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco Free Initiative. Ci. Inf.** Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/en>>. acesso em: 20 maio, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the Global Tobacco Epidemic. Ci. Info.** Disponível em <<http://www.who.int/tobacco/impower>>. acesso em: 20 de maio, 2008b.

WORTH, Keilah; CIN, Sonya; SARGENT, James. **Prevalence of smoking among major movie characters: 1996–2004**, Tobacco Control, v. 15, n. 6, p. 442-46, 2006.

ZADEGAN, N. et al. **Tobacco use among Iranian men, women and adolescents**, European Journal of Public Health, v. 14, n. 1, p. 76-8, 2004.

ANEXO

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS – VIGITEL – 2007

Apoio: NUPENS-USP e SEGP-MS

CIDADE_UF:

RÉPLICA:

OPERADOR:



escolha conforme cronograma de trabalho

ENTREVISTA

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS – VIGITEL – 2007

Apoio: NUPENS-USP e SEGP-MS

Disque Saúde = 0800-61-1997

Operador: **xx**

Réplica: **xx**

Cidade: **xx**, confirma a cidade: sim não (agradeça e encerre; excluir do banco amostral e do agenda)

1. Réplica **XX** número de moradores **XX** número de adultos **XX**
2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é **XXXX**. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é **XXXX**?
 - sim
 - não – Desculpe, liguei no número errado.
3. Sr(a) gostaria de falar com o(a) sr(a) **NOME DO SORTEADO**. Ele(a) está? sim
 - não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) **NOME DO SORTEADO**?
 - residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação.

Encerre.
- 3.a Posso falar com ele agora? sim
 - não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) **NOME DO SORTEADO**?
 - residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.
4. O(a) sr(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?
 - sim (pule para q5)
 - não - **O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas junto com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 0800-61-1997. O(a) sr(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?**
5. Podemos iniciar a entrevista?
 - sim (pule para q6)
 - não - **Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?**
 - residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

6. Qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 150) _____ anos (se < 21 anos, pule q12 a q13)
7. Sexo: () masculino (pule a q14) () feminino (se > 50 anos, pule a q14)

8. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?

8A

8B

- 1 curso primário 1 2 3 4
- 2 admissão 4
- 3 curso ginásial ou ginásio 1 2 3 4
- 4 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau 1 2 3 4 5 6 7 8
- 5 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau 1 2 3
- 6 3º grau ou curso superior 1 2 3 4 5 6 7 8 ou +
- 7 pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) 1 ou +
- 8 nunca estudou 20
- 777 não sabe (só aceita q6 > 60)
- 888 Não quis responder

9. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥ 30 Kg e < 300 kg)
- _____, ____ kg 777 não sabe 888 não quis informar

10. Quanto tempo faz que se pesou da última vez?

- 1 () menos de 1 semana
- 2 () entre 1 semana e 1 mês
- 3 () entre 1 mês e 3 meses
- 4 () entre 3 e 6 meses
- 5 () 6 ou mais meses
- 6 () nunca se pesou
- 777 não lembra

11. O(a) sr(a) sabe sua altura? (só aceita $\geq 1,20$ m e $< 2,20$ m)
- __ m ____ cm 777 não sabe 888 não quis informar

12. O(a) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (apenas para q6 > 20 anos)

sim não (pule para q14)

13. Qual era? (só aceita ≥ 30 Kg e < 300 kg) _____ kg
- 888 não quis informar

14. A sra está grávida no momento?

1 sim 2 não 777 não sabe

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.

15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca
- 6 () nunca

16. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

- 1 () 1 a 2 dias por semana

- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias
- 5() quase nunca (pule para q21)
- 6() nunca (pule para q21)

17. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias
- 5() quase nunca (pule para q19)
- 6() nunca (pule para q19)

18. Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada:

- 1() no almoço (1 vez no dia)
- 2() no jantar ou
- 3() no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

19. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias
- 5() quase nunca (pule para q21)
- 6() nunca (pule para q21)

20. Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:

- 1() no almoço(1 vez no dia)
- 2() no jantar ou
- 3() no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

21. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias
- 5() quase nunca (pule para q23)
- 6() nunca (pule para q23)

22. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:

- 1() tirar sempre o excesso de gordura visível
- 2() comer com a gordura
- 3☐ não come carne vermelha com muita gordura

23. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias
- 5() quase nunca (pule para q25)
- 6() nunca (pule para q25)

24. Quando o(a) sr(a) come frango com pele, o(a) sr(a) costuma:

- 1() tirar sempre a pele
- 2() comer com a pele
- 3☐ não come pedaços de frango com pele

25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias
- 5() quase nunca (pule para q27)
- 6() nunca (pule para q27)

26. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?

- 1() 1 vez no dia
- 2() 2 vezes no dia
- 3() 3 ou mais vezes no dia

57. O(a) sr(a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho:

- 1 sim 2 não (pule para q59)

58. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar do trabalho?

- 1 () menos que 20 minutos
2 () entre 20 e 29 minutos
3 () 30 minutos ou mais

59. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

- 1 eu próprio 2 outra pessoa (pule para q62)

60. O(a) sr(a) costuma ter ajuda para fazer a faxina?

- 1 () sim 2 () não (pule para q62)

61. A parte mais pesada da faxina fica com:

- 1 () o(a) sr(a) ou 2 () outra pessoa 3 ambos

62. O(a) sr(a) costuma assistir televisão todos os dias?

- 1 sim (pule para q64) 2 não

63. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma assistir televisão?

- 1 5 ou mais 2 3 a 4 3 1 a 2
4 não costuma assistir televisão (pule para q65)

64. Quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma assistir televisão?

- 1 () menos de 1 hora
2 () entre 1 e 2 horas
3 () entre 2 e 3 horas
4 () entre 3 e 4 horas
5 () entre 4 e 5 horas
6 () entre 5 e 6 horas
7 () mais de 6 horas

Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.

65. O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:

- 1 () excelente,
2 () bom,
3 () regular ou
4 () ruim
777 não sabe
888 não quis informar

66. Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?

- 1 sim 2 não 777 não lembra

67. E diabetes?

- 1 sim 2 não 777 não lembra

68. E infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)?

- 1 sim 2 não 777 não lembra

69. E colesterol ou triglicérides elevado?

- 1 sim 2 não 777 não lembra

70. E osteoporose (doença/fraqueza dos ossos)?

- 1 sim 2 não 777 não lembra

71. E doenças como asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema?

- 1 sim 2 não (pule para q73) 777 não lembra (pule para q73)

72. E ainda tem? (asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema)

- 1 sim 2 não 777 não sabe

73. A sra já fez alguma vez exame de papanicolau, exame do colo do útero? (apenas para sexo feminino)

- 1 sim 2 não (pule para q75) 777 não sabe (pule para q75)

74. Quanto tempo faz que a sra fez exame de papanicolau?

- menos de 1 ano entre 1 e 2 anos entre 2 e 3 anos entre 3 e 5 anos 5 ou mais anos não lembra

75. A sra já fez alguma vez mamografia, raio x das mamas? (apenas para sexo feminino)

sim não pule para q77 não sabe pule para q77

76. Quanto tempo faz que a sra fez mamografia?

1 menos de 1 ano 2 entre 1 e 2 anos 3 entre 2 e 3 anos 4 entre 3 e 5 anos 5 5 ou mais anos
777 não lembra

77. Quando o(a) sr(a) fica exposto ao sol por mais de 30 minutos, costuma usar alguma proteção?

1 sim 2 não (pule para q79) 3 não fica exposto mais de 30 minutos (pule para q79)

78. Que tipo de proteção o(a) sr(a) costuma usar?

1 filtro solar 2 chapéu, sombrinha 3 ambos

79. O(a) sr(a) fuma?

1 sim, diariamente
2 sim, ocasionalmente
3 não – (pule para q83)

80. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?

1 1-4 2 5-9 3 10-14 4 15-19 5 20-29 6 30-39 7 40 ou +

81. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e $\leq q6$)

_____ anos 777 não lembra

82. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?

1 sim (pule para q86) 2 não (pule para q86)

83. O(a) sr(a) já fumou?

1 sim 2 não (pule para q86)

84. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e $\leq q6$)

_____ anos 777 não lembra

85. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar? (só aceita $\geq q84$ e $\leq q6$)

_____ anos 777 não lembra

Para finalizar, nós precisamos saber:

86. Qual seu estado civil atual?

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

87. A cor de 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

88. O(a) sr(a) tem celular?

1 sim 2 não 888 não quis informar

89. Existe perto de sua casa algum lugar para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?

1 sim 2 não (pule para q92)

90. Este lugar é: (anotar o mais acessível)

1 () um clube ou 2 () uma academia 3 () uma praça ou uma rua ou um parque 4 () uma escola 5 outros

91. Este lugar é:

1 () público ou 2 () tem que pagar

92. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa? (não vale extensão)

1 sim 2 não – (pule a q93)

93. Se sim: Quantos no total? _____ números ou linhas telefônicas

94. 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

Sr(a) XX Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista: Gostaria de anotar o número de telefone do Disque Saúde?

- Se sim: O número é 0800-61-1997.

Observações (entrevistador):

Nota: Mencionar para o entrevistado as alternativas de resposta apenas quando as mesmas se iniciarem por parêntesis.