

5. Tabagismo

Introdução

Uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades, o tabagismo representa um problema de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos como também em países em desenvolvimento, como o Brasil. O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer^{1 2}. Entre os tipos de câncer relacionados ao uso do tabaco incluem-se os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo de útero³.

Não havendo uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, a OMS estima que o número de fumantes passará do ano 2000 a 2030 de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e que o número de mortes anuais atribuíveis ao tabagismo aumentará de 4,9 para 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos². Atualmente, o tabaco é um dos principais responsáveis pela carga de doenças no mundo, causando cerca de uma em cada oito mortes. Um em cada três adolescentes fumantes morrerá prematuramente devido ao tabagismo⁴.

A elevada prevalência de fumantes no mundo deve-se principalmente à ação da indústria do tabaco, que investe vultosas quantias em promoção e propaganda de cigarros. Para se manter viva, a indústria do tabaco precisa repor continuamente seu “estoque” de fumantes, fazendo dos jovens e adolescentes os principais alvos de suas campanhas promocionais. Cerca de 80% a 90% dos fumantes iniciam-se no tabagismo antes de 18 anos, sendo que, nos países em desenvolvimento, a maior proporção de jovens inicia-se em torno dos 12 anos⁵.

Além das conseqüências à saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde. Em todas as idades, o custo médio com cuidados à saúde de fumantes supera o de não-fumantes.⁶ Quanto aos danos causados ao meio ambiente, destaca-se a poluição por pesticidas e fertilizantes durante o plantio bem como o desflorestamento necessário para a cura da folha de tabaco. Em alguns países em desenvolvimento, o desflorestamento para a cura do tabaco atinge 5% do desflorestamento total⁷.

Existem importantes diferenciais no padrão e tendências do consumo de tabaco por gênero e por classe social no mundo. Desde que o tabagismo foi introduzido na sociedade moderna, a proporção de homens fumantes tem sido mais elevada do que a de mulheres. Mais recentemente, tem-se observado, no sexo masculino, um ligeiro declínio na prevalência, principalmente nos países desenvolvidos, mas também em alguns países em desenvolvimento. Quanto ao sexo feminino, Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos já apresentam uma discreta tendência à redução na proporção de fumantes correntes, que, no entanto, não tem sido observada em países desenvolvidos da Europa⁸. Ainda quanto às mulheres, nos países em desenvolvimento, o grande desafio a ser enfrentado é o evidente aumento da iniciação e conseqüente aumento da prevalência neste grupo populacional².

No início da expansão do tabagismo, em países desenvolvidos, maiores prevalências eram observadas entre pessoas de classes sociais mais abastadas. Pelo menos em homens, sobre os quais há mais informações, essa situação foi progressivamente se invertendo. Ou seja, pessoas de melhor situação econômica foram progressivamente abandonando o tabagismo e, atualmente, nesses países, a população de mais baixa renda e escolaridade encontra-se mais exposta⁶. Na Noruega, por exemplo, enquanto a prevalência de tabagismo entre homens de alta renda diminuiu de 75% em 1955 para 28% em 1990, o declínio, nesse mesmo período, foi bem menor entre pessoas de baixa renda: de 60% para 48%⁶. Nos Estados Unidos, em 2002, a proporção de fumantes regulares era de 22% entre mulheres brancas e, entre mulheres indígenas, de 41%⁷. Na China, entre pessoas sem nenhuma escolaridade, a prevalência de tabagismo é 6,9 vezes maior do que entre pessoas com nível médio de escolaridade⁸.

Uma análise do tabagismo como problema de saúde pública deve incluir também os efeitos do tabagismo passivo. A exposição involuntária à fumaça ambiental do cigarro aumenta o risco de câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência coronariana¹. Em crianças, aumenta o risco de sintomas respiratórios, episódios de asma, episódios de doença respiratória aguda, síndrome da morte súbita na infância e infecções de ouvido médio. Estudos sobre os efeitos na gravidez e feto mostram que o tabagismo passivo aumenta o risco de baixo peso ao nascer e de mortalidade perinatal. Durante a gravidez, o tabagismo está associado ao aumento do risco de descolamento prematuro de placenta e hemorragia no pré-parto⁹.

Os dados sobre a proporção de fumantes disponíveis para o Brasil como um todo são muito antigos: datam de 1989 quando foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição¹⁰. Havia, naquele ano, mais de 30 milhões de fumantes no país. Entre pessoas de 15 anos ou mais, 33,1% fumavam, sendo o percentual entre homens de 40,3 e entre mulheres, de 26,2. O Instituto Nacional de Câncer realizou, em 2000, uma pesquisa domiciliar para estimar a prevalência e o perfil de fumantes no Município do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 2.393 pessoas com 15 anos ou mais de uma amostra probabilística de 1.070 domicílios, entre as quais 23,4%, no sexo masculino, e 20,0%, no feminino, eram fumantes. Comparando-se a pesquisa realizada pelo INCA com a PNSN de 1989, a proporção de pessoas que se diziam fumantes no momento da pesquisa diminuiu em 30%.

O objetivo deste módulo foi estimar a magnitude do tabagismo e da cessação do hábito de fumar bem como de descrever as características dos fumantes, segundo as variáveis selecionadas.

Metodologia

Instrumento de coleta de dados

Os questionários do *The Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)*, 1988-1994¹¹ e do *Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2000*¹², ambos inquéritos de base populacional realizados periodicamente nos Estados Unidos, foram usados como referências para a construção do questionário que foi utilizado. O módulo do tabagismo foi composto por dois modelos de questionário: um para pessoas de 15 a 19 anos; outro, para pessoas de 20 anos ou mais. Nos dois modelos existem questões para a estimativa da prevalência de tabagismo ativo e de exposição tabagística ambiental, para descrição do perfil do fumante, variáveis relativas à cessação do hábito de fumar, opiniões, conhecimentos e atitudes quanto à exposição tabagística ambiental. No modelo destinado à faixa etária mais jovem foram acrescentadas perguntas sobre iniciação ao tabagismo.

Resultados

Na Tabela 5.1, abaixo, encontra-se a prevalência de tabagismo, total e por sexo, nas cidades alvo do estudo. A maior prevalência de uso regular de cigarros foi encontrada em Porto Alegre (25,2%) e a menor em Aracaju (12,9%). Nota-se uma grande disparidade na magnitude do problema em diferentes áreas do país. De uma forma geral, as cidades menos populosas e menos industrializadas apresentaram menores prevalências. Das oito cidades com maiores prevalências, sete situam-se nas regiões Sul e Sudeste do país. Em todas as cidades, a estimativa pontual do percentual de fumantes foi maior entre os homens, quando comparados às mulheres. Essas diferenças foram estatisticamente significativas em todas as cidades das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, com exceção de Natal. A razão de prevalências entre homens e mulheres revela que, enquanto nas regiões Sul e Sudeste o percentual de homens fumantes foi, em média, 30% maior do que o de mulheres fumantes, nas regiões Norte e Nordeste este percentual variou de 50% a 100%. A única exceção é Belo Horizonte em que, mesmo estando na região Sudeste, a prevalência de tabagismo em homens foi cerca de 60% maior do que entre mulheres, diferença estatisticamente significativa.

Tabela 5.1. Percentual de fumantes regulares de cigarros na população de estudo de 15 anos ou mais, por sexo e total, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Capital	Total				Sexo								Razão M/F
					masculino				feminino				
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}	
Manaus	1703	298	17,5	(15,5-19,5)	765	185	24,2	(21,1-27,3)	938	113	12	(10,1-14,0)	2,0
Belém	1410	225	16,0	(13,4-18,6)	599	133	22,2	(18,6-25,8)	811	92	11,3	(8,7-14,0)	2,0
Fortaleza	2266	418	18,4	(16,6-20,3)	1001	239	23,9	(20,9-26,8)	1265	179	14,2	(12,3-16,0)	1,7
Natal	810	119	14,7	(12,1-17,3)	352	63	17,9	(14,1-21,7)	458	56	12,2	(9,2-15,2)	1,5
João Pessoa	1205	201	16,7	(14,0-19,3)	490	115	23,5	(19,3-27,6)	715	86	12,0	(9,4-14,6)	2,0
Recife	1010	176	17,4	(14,8-20,1)	434	95	21,9	(18,0-25,7)	576	81	14,1	(11,2-16,9)	1,6
Aracaju	843	109	12,9	(10,4-15,4)	354	60	16,9	(13,0-20,9)	489	49*	10,0	(7,3-12,8)	1,7
Campo Grande	697	101	14,5	(11,4-17,6)	308	60	19,5	(14,4-24,6)	389	41*	10,5	(7,2-13,8)	1,9
Distrito Federal	1995	345	17,3	(15,4-19,2)	866	180	20,8	(17,1-24,4)	1129	165	14,6	(12,6-16,7)	1,4
Belo Horizonte	2255	459	20,4	(18,4-22,3)	985	257	26,1	(23,0-29,1)	1270	202	15,9	(13,8-18,0)	1,6
Vitória	768	137	17,8	(14,6-21,1)	354	74	20,9	(16,0-25,8)	414	63	15,2	(11,6-18,8)	1,4
Rio de Janeiro	2692	470	17,5	(15,8-19,1)	1096	217	19,8	(17,3-22,3)	1596	253	15,9	(13,9-17,9)	1,2
São Paulo	1210	241	19,9	(17,5-22,3)	524	121	23,1	(19,3-26,8)	686	120	17,5	(14,1-20,8)	1,3
Curitiba	2337	502	21,5	(19,5-23,4)	1045	253	24,2	(21,3-27,2)	1292	249	19,3	(17,0-21,5)	1,3
Florianópolis	851	182	21,4	(17,9-24,9)	379	93	24,5	(19,7-29,3)	472	89	18,9	(14,6-23,2)	1,3
Porto Alegre	1395	352	25,2	(22,4-28,1)	618	174	28,2	(24,1-32,2)	777	178	22,9	(19,7-26,1)	1,2

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: * O número de entrevistados classificados como fumantes nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Com exceção de Campo Grande, em todas as cidades, o consumo de cigarros foi maior entre os indivíduos com 25 anos ou mais quando comparados aos de 15 a 24 anos, sendo esta diferença estatisticamente significativa, exceto para Natal, Vitória, Campo Grande, Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre. Entretanto, analisando-se a razão de prevalências entre o grupo dos mais maduros em relação ao grupo dos mais jovens, Porto Alegre, Curitiba, Vitória e Campo Grande mostraram um perfil mais preocupante ao apresentarem, simultaneamente, as menores razões de prevalência e os maiores percentuais de fumantes no grupo etário mais jovem quando comparadas a outras cidades. Estes dados indicam que, nestas capitais, a iniciação ao tabagismo é mais acentuada (Tabela 5.2).

Tabela 5.2. Percentual de fumantes regulares de cigarros na população de estudo de 15 anos ou mais, por faixa etária, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003.

Capital	Faixa etária								Razão 25 ou + / 15-24
	15 a 24 anos				25 anos e mais				
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}	
Manaus	535	68	12,7	(9,7-15,7)	1168	230	19,7	(17,5-21,9)	1,6
Belém	431	44*	10,2	(6,8-13,6)	979	181	18,5	(15,3-21,7)	1,8
Fortaleza	646	79	12,2	(9,3-15,2)	1620	339	20,9	(18,7-23,1)	1,7
Natal	240	24*	10,0	(6,1-13,9)	570	95	16,7	(13,6-19,7)	1,7
João Pessoa	319	33*	10,3	(6,3-14,4)	886	168	19,0	(15,9-22,0)	1,8
Recife	248	20*	8,1	(3,7-12,4)	762	156	20,5	(17,2-23,7)	2,5
Aracaju	249	17*	6,8	(3,1-10,5)	594	92	15,5	(12,3-18,6)	2,3
Campo Grande	206	32*	15,5	(10,2-20,8)	491	69	14,1	(10,9-17,2)	0,9
Distrito Federal	597	75	12,6	(10,2-14,9)	1398	270	19,3	(17,0-21,6)	1,5
Belo Horizonte	563	66	11,7	(8,5-14,9)	1692	393	23,2	(20,9-25,5)	2,0
Vitória	199	33*	16,6	(10,1-23,0)	569	104	18,3	(14,8-21,7)	1,1
Rio de Janeiro	537	38*	7,1	(4,8-9,3)	2155	432	20,0	(18,1-22,0)	2,8
São Paulo	326	47*	14,4	(10,3-18,6)	884	194	21,9	(19,1-24,8)	1,5
Curitiba	562	107	19,0	(15,4-22,7)	1775	395	22,3	(20,1-24,4)	1,2
Florianópolis	194	30*	15,5	(10,2-20,7)	657	152	23,1	(19,1-27,2)	1,5
Porto Alegre	320	77	24,1	(18,4-29,7)	1075	275	25,6	(22,5-28,6)	1,1

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: * O número de entrevistados classificados como fumantes nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

É possível, ainda, observar que o tabagismo foi maior entre os grupos com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto), quando comparado com os de maior escolaridade (ensino fundamental completo e mais) em todas as cidades, embora em cinco delas esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa. No entanto, a razão de prevalências entre indivíduos com menor e maior escolaridade apresenta variabilidade considerável. As cidades com menores razões são Rio de Janeiro (1,1) e São Paulo (1,2). Em quatro cidades – Aracaju, Natal, Recife e Belém – há mais de dois fumantes com baixa escolaridade para cada fumante com maior escolaridade. De um modo

geral, as cidades da região Sudeste apresentaram menores razões de prevalência de tabagismo por níveis de escolaridade, as do Sul e Centro-Oeste apresentaram situação intermediária e as cidades das regiões Norte e Nordeste apresentaram as razões mais elevadas (Tabela 5.3).

Tabela 5.3. Percentual de fumantes regulares de cigarros na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Capital	Escolaridade - Ensino fundamental								Razão incompl./ completo
	incompleto				completo e mais				
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}	
Manaus	731	166	22,7	(20,0-25,4)	959	126	13,1	(10,9-15,4)	1,7
Belém	566	130	23,0	(18,8-27,1)	839	94	11,2	(8,8-13,6)	2,1
Fortaleza	981	245	25,0	(21,8-28,2)	1258	172	13,7	(11,9-15,4)	1,8
Natal	383	80	20,9	(16,9-24,8)	400	37 ⁺	9,3	(6,5-12,0)	2,2
João Pessoa	555	125	22,5	(18,8-26,2)	642	75	11,7	(9,0-14,4)	1,9
Recife	427	110	25,8	(22,0-29,5)	541	62	11,5	(8,8-14,1)	2,2
Aracaju	361	71	19,7	(14,9-24,4)	467	37 ⁺	7,9	(5,4-10,4)	2,5
Campo Grande	256	43 ⁺	16,8	(12,2-21,4)	409	48 ⁺	11,7	(8,6-14,9)	1,4
Distrito Federal	707	163	23,1	(19,9-26,2)	1259	177	14,1	(12,2-15,9)	1,6
Belo Horizonte	915	222	24,3	(20,9-27,7)	1297	230	17,7	(15,4-20,0)	1,4
Vitória	196	47 ⁺	24,0	(18,7-29,2)	556	89	16,0	(12,1-19,9)	1,5
Rio de Janeiro	789	152	19,3	(16,5-22,0)	1844	312	16,9	(15,0-18,8)	1,1
São Paulo	452	101	22,3	(18,2-26,5)	722	133	18,4	(15,5-21,3)	1,2
Curitiba	737	202	27,4	(23,9-30,9)	1496	283	18,9	(16,6-21,3)	1,4
Florianópolis	264	70	26,5	(19,6-33,4)	559	105	18,8	(15,2-22,3)	1,4
Porto Alegre	426	141	33,1	(28,3-37,9)	952	207	21,7	(19,0-24,5)	1,5

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: ⁺ O número de entrevistados classificados como fumantes nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

A exposição ambiental à fumaça do tabaco foi analisada através do percentual de indivíduos não-fumantes, no momento da pesquisa, que se encontravam expostos dentro de seu domicílio. Campo Grande (10,2%), Curitiba (14,7%) e Vitória (14,7%) apresentaram o menor percentual. Em Natal, Fortaleza, Recife, Manaus, João Pessoa, Belém, Belo Horizonte e São Paulo, cerca de 20% ou mais dos não-fumantes estavam expostos ao tabagismo em seu domicílio. As demais cidades – Porto Alegre, Florianópolis, Aracaju, Rio de Janeiro e Distrito Federal – apresentaram percentuais que variaram de 16,1% a 18,8%. O grupo etário mais jovem, ou seja, o de entrevistados de 15 a 24 anos, apresentou percentuais mais elevados do que o grupo de 25 anos

ou mais, variando de 14,4% em Campo Grande a 36,8% em Natal (diferenças estatisticamente não significativas para João Pessoa, Aracaju, Campo Grande e Vitória). Em sete cidades investigadas, 30% ou mais dos jovens não-fumantes encontravam-se expostos à poluição tabagística ambiental em seu domicílio (Tabela 5.4).

Tabela 5.4. Percentual de não-fumantes expostos à poluição tabagística ambiental dentro do domicílio, na população de estudo de 15 anos ou mais, por faixa etária e total, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Capital	Total				Faixa etária							
					15 a 24 anos				25 anos e mais			
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}
Manaus	1405	316	22,5	(18,1-26,9)	467	140	30,0	(24,0-35,9)	938	176	18,8	(14,5-23,0)
Belém	1185	252	21,3	(17,2-25,3)	387	110	28,4	(22,2-34,7)	798	142	17,8	(14,1-21,5)
Fortaleza	1844	433	23,5	(20,0-27,0)	564	182	32,3	(27,1-37,5)	1280	251	19,6	(16,4-22,8)
Natal	691	171	24,7	(19,7-29,8)	216	79	36,6	(28,2-44,9)	475	92	19,4	(14,3-24,4)
João Pessoa	1004	223	22,2	(16,9-27,5)	286	91	31,8	(22,6-41,0)	718	132	18,4	(13,6-23,2)
Recife	834	196	23,5	(18,7-28,3)	228	81	35,5	(27,6-43,5)	606	115	19,0	(14,7-23,3)
Aracaju	734	121	16,5	(12,8-20,2)	232	46 ⁺	19,8	(13,9-25,8)	502	75	14,9	(11,1-18,8)
Campo Grande	596	61	10,2	(6,7-13,8)	174	25 ⁺	14,4	(7,8-21,0)	422	36 ⁺	8,5	(5,3-11,8)
Distrito Federal	1650	266	16,1	(12,9-19,3)	522	128	24,5	(18,5-30,5)	1128	138	12,2	(9,6-14,9)
Belo Horizonte	1796	355	19,8	(16,9-22,6)	497	145	29,2	(23,8-34,6)	1299	210	16,2	(13,8-18,6)
Vitória	631	93	14,7	(11,0-18,5)	166	34 ⁺	20,5	(12,8-28,1)	465	59	12,7	(9,5-15,9)
Rio de Janeiro	2222	361	16,2	(14,3-18,2)	499	130	26,1	(21,9-30,2)	1723	231	13,4	(11,6-15,2)
São Paulo	969	192	19,8	(16,4-23,3)	279	85	30,5	(24,2-36,7)	690	107	15,5	(12,5-18,5)
Curitiba	1835	269	14,7	(12,4-17,0)	455	119	26,2	(21,1-31,2)	1380	150	10,9	(8,9-12,8)
Florianópolis	669	113	16,9	(12,5-21,2)	164	48 ⁺	29,3	(19,9-38,6)	505	65	12,9	(9,0-16,8)
Porto Alegre	1043	196	18,8	(14,9-22,6)	243	87	35,8	(27,3-44,3)	800	109	13,6	(10,7-16,5)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: ⁺ O número de entrevistados classificados como fumantes nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Quanto ao indicador de cessação do tabagismo (número de ex-fumantes dividido pelo número de fumantes atuais mais os ex-fumantes), para a população total de cada cidade alvo, encontrou-se uma variação de 44,0% (em João Pessoa) a 58,3% (em Campo Grande). Não se observa, aqui, um padrão específico entre as regiões do país. Nas cidades das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste a cessação foi maior no sexo feminino, com exceção de Natal e Recife. Já nas cidades das regiões Sul e Sudeste, o sexo masculino apresentou maior índice de cessação, à exceção de Belo Horizonte (Tabela 5.5).

Tabela 5.5. Cessação do tabagismo(ex-fumantes/fumantes + ex-fumantes) na população de estudo de 15 anos ou mais, por sexo e total, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Capital	Total				Sexo							
					masculino				feminino			
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}
Manaus	549	251	45,7	(41,5 - 50,0)	324	139	42,9	(37,1 - 48,7)	225	112	49,8	(42,9 - 56,7)
Belém	449	224	49,9	(44,0 - 55,8)	256	123	48,0	(41,7 - 54,4)	193	101	52,3	(44,7 - 60,0)
Fortaleza	810	391	48,3	(44,3 - 52,3)	449	210	46,8	(41,7 - 51,8)	360	181	50,3	(45,4 - 55,1)
Natal	240	121	50,4	(42,7 - 58,1)	131	68	51,9	(42,2 - 61,6)	109	53	48,6	(38,7 - 58,5)
João Pessoa	359	158	44,0	(37,3 - 50,7)	195	80	41,0	(33,1 - 49,0)	164	78	47,6	(39,3 - 55,8)
Recife	344	168	48,8	(42,8 - 54,8)	189	94	49,7	(42,1 - 57,3)	155	74	47,7	(39,4 - 56,1)
Aracaju	222	113	50,9	(43,4 - 58,4)	118	58	49,2	(39,8 - 58,5)	104	55	52,9	(42,4 - 63,4)
Campo Grande	242	141	58,3	(52,1 - 64,4)	141	81	57,4	(49,7 - 65,2)	101	60	59,4	(50,3 - 68,5)
Distrito Federal	696	351	50,4	(46,5 - 54,4)	361	181	50,1	(44,0 - 56,3)	335	170	50,7	(46,2 - 55,3)
Belo Horizonte	928	469	50,5	(46,8 - 54,3)	497	240	48,3	(43,7 - 52,9)	431	229	53,1	(48,3 - 58,0)
Vitória	285	148	51,9	(44,9 - 59,0)	167	93	55,7	(46,9 - 64,5)	118	55	46,6	(36,8 - 56,4)
Rio de Janeiro	1020	551	54,0	(50,4 - 57,6)	513	296	57,7	(53,1 - 62,3)	508	255	50,2	(45,7 - 54,7)
São Paulo	480	239	49,8	(44,4 - 55,2)	245	124	50,6	(43,4 - 57,8)	235	115	48,9	(41,9 - 56,0)
Curitiba	925	423	45,7	(42,4 - 49,0)	493	240	48,7	(44,4 - 53,0)	432	183	42,4	(37,9 - 46,8)
Florianópolis	341	159	46,6	(40,2 - 53,0)	188	95	50,5	(43,0 - 58,1)	153	64	41,8	(33,9 - 49,7)
Porto Alegre	658	306	46,5	(42,4 - 50,6)	340	166	48,8	(43,3 - 54,4)	318	140	44,0	(38,8 - 49,2)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Através da tabela 5.6, é possível notar que o índice de cessação foi mais elevado no grupo com maior escolaridade, exceto das cidades de Manaus e São Paulo. Somente em Recife e Porto Alegre esta diferença foi estatisticamente significativa.

Tabela 5.6. Cessação do tabagismo(ex-fumantes/fumantes + ex-fumantes) na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Capital	Escolaridade - Ensino fundamental							
	incompleto				completo e mais			
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}
Manaus	315	149	47,3	(41,4-53,3)	224	98	43,8	(37,2-50,3)
Belém	236	106	44,9	(38,4-51,4)	212	118	55,7	(47,5-63,8)
Fortaleza	439	194	44,2	(38,5-49,9)	367	195	53,1	(48,4-57,8)
Natal	147	67	45,6	(36,3-54,8)	85	48 ⁺	56,5	(46,6-66,4)
João Pessoa	209	84	40,2	(33,2-47,2)	148	73	49,3	(39,3-59,3)
Recife	181	71	39,2	(32,5-45,9)	150	88	58,7	(50,0-67,3)
Aracaju	130	59	45,4	(35,5-55,2)	88	51	58,0	(48,2-67,7)
Campo Grande	104	61	58,7	(49,8-67,5)	123	75	61,0	(52,6-69,4)
Distrito Federal	307	144	46,9	(40,7-53,1)	379	202	53,3	(48,8-57,8)
Belo Horizonte	437	215	49,2	(44,1-54,3)	475	245	51,6	(46,4-56,7)
Vitória	92	45 ⁺	48,9	(37,6-60,2)	186	97	52,2	(43,4-60,9)
Rio de Janeiro	319	167	52,4	(46,7-58,0)	680	368	54,1	(49,9-58,3)
São Paulo	208	107	51,4	(44,2-58,7)	254	121	47,6	(40,4-54,9)
Curitiba	347	145	41,8	(36,3-47,3)	539	256	47,5	(43,0-52,0)
Florianópolis	119	49 ⁺	41,2	(30,1-52,2)	212	107	50,5	(42,9-58,0)
Porto Alegre	230	89	38,7	(33,6-43,8)	415	208	50,1	(45,3-55,0)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: ⁺ O número de entrevistados classificados como fumantes nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

O grupo de fumantes regulares foi analisado quanto à idade de iniciação e número de cigarros fumados ao dia. A maior parcela da população começou a fumar antes dos 20 anos, com percentuais que giraram em torno de 70% (Tabela 5.7).

Tabela 5.7. Distribuição dos fumantes regulares na população de estudo de 15 anos ou mais, por idade de iniciação ao tabagismo, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Capital	Total de fumantes regulares	Idade de iniciação					
		5 a 19 anos			20 a 55 anos		
		n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
Manaus	288	201	69,8	(64,0-75,6)	87	30,2	(24,4-36,0)
Belém	219	156	71,2	(65,8-76,6)	63	28,8	(23,4-34,2)
Fortaleza	415	308	74,2	(69,8-78,6)	107	25,8	(21,4-30,2)
Natal	112	71	63,4	(53,3-73,5)	41 ⁺	36,6	(26,5-46,7)
João Pessoa	196	143	73,0	(66,0-79,9)	53	27,0	(20,1-34,0)
Recife	166	116	69,9	(62,0-77,7)	50	30,1	(22,3-38,0)
Aracaju	101	71	70,3	(58,6-82,0)	30 ⁺	29,7	(18,0-41,4)
Campo Grande	99	69	69,7	(61,7-77,7)	30 ⁺	30,3	(22,3-38,3)
Distrito Federal	340	215	63,2	(58,4-68,1)	125	36,8	(31,9-41,6)
Belo Horizonte	455	320	70,3	(66,2-74,5)	135	29,7	(25,5-33,8)
Vitória	137	94	68,6	(60,0-77,3)	43 ⁺	31,4	(22,7-40,0)
Rio de Janeiro	466	302	64,8	(59,7-69,9)	164	35,2	(30,1-40,3)
São Paulo	233	163	70,0	(64,3-75,6)	70	30,0	(24,4-35,7)
Curitiba	497	351	70,6	(66,7-74,6)	146	29,4	(25,4-33,3)
Florianópolis	180	124	68,9	(61,4-76,4)	56	31,1	(23,6-38,6)
Porto Alegre	349	246	70,5	(65,1-75,9)	103	29,5	(24,1-34,9)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: ⁺ O número de entrevistados classificados como fumantes nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

A análise da distribuição de fumantes segundo o número de cigarros fumados ao dia mostra que o maior percentual de fumantes encontrava-se na faixa de 1 a 10 cigarros, seguida da de 11 a 20. Em algumas cidades, o percentual de fumantes de 21 cigarros ou mais, em geral mais dependentes de nicotina, superou os 10%, atingindo 17,4% na cidade de Campo Grande (Tabela 5.8).

Tabela 5.8. Distribuição de fumantes regulares por número de cigarros fumados em média ao dia, na população de estudo de 15 anos ou mais, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Capital	Total de fumantes	Número de cigarros fumados por dia								
		1 a 10 cigarros/dia			11 a 20 cigarros/dia			21 cigarros ou mais/dia		
		n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
Manaus	226	150	66,4	(61,0 - 71,7)	65	28,8	(23,5 - 34,0)	11 ⁺	4,9	(2,6 - 7,2)
Belém	168	109	64,9	(58,8 - 71,0)	50	29,8	(23,6 - 35,9)	9 ⁺	5,4	(1,8 - 8,9)
Fortaleza	333	191	57,4	(51,1 - 63,6)	123	36,9	(30,9 - 43,0)	19 ⁺	5,7	(3,4 - 8,0)
Natal	111	54	48,6	(39,3 - 57,9)	43 ⁺	38,7	(29,0 - 48,5)	14 ⁺	12,6	(7,0 - 18,1)
João Pessoa	175	95	54,3	(44,9 - 63,7)	70	40,0	(31,5 - 48,5)	10 ⁺	5,7	(2,1 - 9,3)
Recife	149	73	49,0	(42,1 - 55,9)	58	38,9	(31,9 - 45,9)	18 ⁺	12,1	(6,2 - 18,0)
Aracaju	96	53	55,2	(46,4 - 64,0)	35 ⁺	36,5	(27,0 - 45,9)	8 ⁺	8,3	(3,5 - 13,1)
Campo Grande	92	36 ⁺	39,1	(29,4 - 48,9)	40 ⁺	43,5	(32,2 - 54,8)	16 ⁺	17,4	(10,4 - 24,4)
Distrito Federal	297	169	57,0	(50,6 - 63,2)	104	35,0	(29,2 - 40,9)	24 ⁺	8,0	(4,9 - 11,2)
Belo Horizonte	408	191	46,8	(41,7 - 51,9)	180	44,1	(38,9 - 49,3)	37 ⁺	9,1	(6,1 - 12,1)
Vitória	107	47 ⁺	43,9	(34,7 - 53,1)	50	46,7	(36,3 - 57,1)	10 ⁺	9,3	(3,9 - 14,8)
Rio de Janeiro	417	163	39,1	(33,9 - 44,3)	196	47,0	(42,0 - 52,0)	58	13,9	(10,3 - 17,5)
São Paulo	227	98	43,2	(35,8 - 50,5)	104	45,8	(38,6 - 53,0)	25 ⁺	11,0	(7,0 - 15,0)
Curitiba	456	203	44,5	(39,7 - 49,4)	203	44,5	(39,5 - 49,6)	50	11,0	(7,3 - 14,6)
Florianópolis	158	61	38,6	(29,4 - 47,8)	81	51,3	(43,2 - 59,3)	16 ⁺	10,1	(5,5 - 14,7)
Porto Alegre	315	122	38,7	(32,7 - 44,8)	152	48,2	(42,0 - 54,5)	41 ⁺	13,0	(8,7 - 17,3)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: ⁺ O número de entrevistados classificados como fumantes nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Discussão

As prevalências de tabagismo nas cidades estudadas são semelhantes às observadas em alguns estados americanos em 2003, segundo dados do *Behavioral Risk Factor Surveillance System*¹³. Maiores prevalências de tabagismo foram observadas nas cidades brasileiras mais industrializadas, para ambos os sexos. Estes diferenciais regionais seguem o padrão observado, quando comparamos regiões ricas e pobres do planeta: historicamente, o aumento da renda dentro de populações tem sido acompanhado pelo aumento da proporção de fumantes. Por outro lado, apesar da tendência ao aumento da prevalência de fumantes em países pobres, a proporção de fumantes em países desenvolvidos ainda é mais elevada².

Os homens apresentaram maiores prevalências de tabagismo do que as mulheres em todas as cidades pesquisadas. As causas para a maior prevalência de tabagismo no sexo masculino são históricas e culturais. O tabagismo iniciou-se no mundo como um comportamento predominantemente do sexo masculino. Durante e após a I Grande Guerra Mundial observou-se um dramático crescimento do consumo de tabaco entre homens. Entre mulheres, o tabagismo era um comportamento pouco comum até os anos de 1930. O início da expansão do tabagismo no sexo feminino coincide com o início de uma publicidade voltada especificamente para este grupo populacional, em geral envolvendo o uso de modelos atléticos e que associam beleza e liberdade de expressão ao cigarro⁷. No Brasil, segundo os dados desta pesquisa, em cidades economicamente mais desenvolvidas das regiões Sul e Sudeste, a prevalência de tabagismo entre mulheres já se aproxima da prevalência observada entre homens. Este fato pode estar apontando para uma preocupante tendência de crescimento da exposição tabagística no sexo feminino em nosso país, provavelmente fruto de uma forte publicidade voltada especificamente para este grupo populacional.

Um dos principais objetivos dos programas de prevenção e controle do tabagismo é reduzir a iniciação, evitando, assim, que se instale a dependência da nicotina. Uma vez que a iniciação é freqüentemente um processo que se instala antes dos 20 anos, o percentual de fumantes nas faixas etárias mais jovens pode ser um indicador da magnitude da iniciação. Neste estudo, Porto Alegre, Curitiba, Vitória e Campo Grande destacaram-se por apresentarem, simultaneamente, os maiores percentuais de fumantes no grupo etário mais jovem (quando comparados a outras cidades), e as menores razões de prevalência de tabagismo por grupo etário (pessoas com 25 anos ou mais/ pessoas com até 24 anos). Ou seja, os dados mostram que, nestas cidades, o tabagismo entre jovens tem maior magnitude e importância relativas. Portanto, as medidas de controle da iniciação devem ser reforçadas através de um plano de ação específico para as mesmas.

As prevalências foram maiores nos grupos populacionais com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto). Esta é uma tendência observada em vários países⁶. A associação entre tabaco e pobreza tem sido foco especial de atenção e mobilização da Organização Mundial da Saúde e foi o tema de discussão, no ano de 2004, da data comemorativa “Dia 31 de Maio, dia Mundial Sem Tabaco”⁸. Muitas famílias pobres comprometem uma importante parcela de seu orçamento com a compra de tabaco, agravando seu estado de pobreza e saúde. Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em famílias brasileiras de menor renda, o gasto com tabaco chega a ser maior do que com alguns alimentos tais como pão, leite, ovos, legumes e frutas¹⁴. Além disto, o tabaco é um fator de degradação da vida, do ambiente e da saúde dos fumicultores. Para alterar esta situação, algumas medidas implementadas mundialmente já foram adotadas no Brasil, como, por exemplo, as que levam ao aumento do preço dos cigarros e conseqüente redução do consumo entre jovens e pessoas de baixa renda¹⁵.

Além dos aspectos apontados, considerando-se a escolaridade como um indicador indireto de classe social, nota-se que o tabagismo é mais um fator de risco que, somado a diversas condições mórbidas, mostra o grave quadro das desigualdades em saúde no Brasil^{16 17 18}.

Uma parcela bastante elevada de não-fumantes encontrava-se exposta à poluição tabagística ambiental dentro de seus lares. Como problema de saúde pública, a exposição à fumaça ambiental do tabaco pode ser vista sob dois aspectos: pelo aumento dos riscos de doenças entre não-fumantes e pelo exemplo que pais e irmãos representam para os jovens que não fumam.

Em 1992, a Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos (*Environmental Protection Agency – EPA*) realizou um painel em que foram revisados trinta estudos epidemiológicos recentes sobre os efeitos causados à saúde pela exposição à fumaça ambiental do tabaco (FAT). As principais conclusões deste painel apontam as seguintes evidências: (a) associação entre exposição à FAT e câncer de pulmão; (b) aumento do risco de câncer de seio nasal em não-fumantes adultos pela exposição à FAT; (c) a associação causal entre exposição à FAT e doença isquêmica do coração. A FAT aumenta em 1,3 vezes o risco de morte por doenças isquêmicas do coração entre esposas de fumantes; (d) prejuízo do crescimento fetal, com risco elevado de baixo peso e “pequeno para idade gestacional – PIG”, ambos associados ao aumento da mortalidade perinatal pela exposição à FAT; (e) aumento do risco de Síndrome da Morte Súbita na Infância entre mães fumantes; (f) associação da exposição à FAT de vários efeitos agudos e crônicos do trato respiratório alto e baixo. Entre os efeitos agudos, observou-se o aumento do número e da severidade dos episódios de asma, do risco de infecções respiratórias agudas e do risco de infecções de ouvido. Em adultos, irritação dos olhos e ouvidos são os sintomas mais frequentes. Entre os efeitos crônicos, encontra-se o aumento da severidade e a indução de novos casos de asma. Sintomas respiratórios crônicos, como tosse, secreção e ocorrência de sibilos, em crianças, estão associados a pais fumantes¹⁹.

Alguns estudos mostram que a presença de fumantes em casa aumenta a probabilidade do tabagismo entre jovens. Analisando os fatores preditores do tabagismo entre adolescentes estudantes de ensino médio da Flórida, Estados Unidos, em 1998 e 1999, Bauer e Johnson observaram que, controlado para sexo, idade, raça e número de amigos fumantes, a presença de fumantes em casa aumentou em 70% a chance de jovens fumarem²⁰.

Um fator promissor em nosso país é o elevado índice de cessação de uso de tabaco, cerca de 50%, em todas as capitais pesquisadas. Esse índice é superior ao observado em alguns países como os EUA, e provavelmente, sugere que as medidas de controle do tabagismo, em especial as orientadas a estimular a cessação, têm alcançado êxito.

Quanto à idade de iniciação, a proporção de pessoas que começaram a fumar antes dos 20 anos (em torno de 70%) está um pouco abaixo da observada em outros países que têm cerca de 80% a 90% dos jovens se iniciando no tabagismo nesta faixa etária¹. Este resultado deve ser melhor investigado. Algumas questões metodológicas, em especial o formato da pergunta que gerou esta informação pode ter tido influência neste achado. A iniciação precoce é importante fator prognóstico para o adoecimento e deve ser combatida. Quanto mais precocemente se estabelece o tabagismo, maior o risco de mortes prematuras na meia-idade ou na idade madura. A diferença em alguns anos no início do tabagismo pode aumentar, em quase o dobro, os riscos de danos à saúde²¹.

A distribuição dos fumantes segundo o número de cigarros fumados ao dia mostra que, na maioria das cidades, os fumantes referiram fumar de 1 a 10 cigarros ao dia. No entanto, em pelo menos oito das dezesseis cidades estudadas, a proporção de fumantes de 20 cigarros ou mais, ou seja, do grupo mais dependente, era superior a 10%. Muitos estudos mostraram uma clara associação dose – resposta entre tabagismo e doença²². Portanto, a proporção de fumantes pesados pode se refletir, futuramente, em maior carga de doenças associadas ao tabagismo nestas cidades. A proporção de fumantes pesados é também importante para planejamento de programas para tratamento da dependência, pois o número de cigarros fumados ao dia é um dos fatores a determinar a estratégia terapêutica a ser estabelecida.

O reconhecimento de que “a expansão da epidemia do tabaco é um problema global com sérias conseqüências para a saúde pública [e] que requer a maior cooperação internacional possível e a participação de todos os países para uma resposta internacional efetiva, apropriada e

compreensiva”, fez com que, em 1999, os países membros das Nações Unidas propusessem, durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde, o estabelecimento do primeiro tratado internacional em saúde pública: a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Aprovado em 2003, na 56ª Assembléia Mundial da Saúde, esse tratado define um elenco de medidas relacionadas à propaganda e patrocínio de produtos do tabaco, à política de impostos e preços, ao comércio ilícito, ao tabagismo passivo, a ações de vigilância e pesquisas, dentre outras, que devem ser adotadas pelos países que assinarem e ratificarem a Convenção. Para que os países membros da OMS façam parte da Convenção é necessário que a mesma seja assinada pelo Ministro da Saúde e posteriormente ratificada pela área legislativa ou de máximo poder no país¹⁵.

O Brasil foi o segundo país a assinar a CQCT tendo desempenhado uma posição de destaque no processo de negociação para constituição do tratado. O Órgão de Negociação Intergovernamental (ONI) da Convenção foi, durante todo o seu período de funcionamento, presidido por embaixadores brasileiros em Missão em Genebra. Para apoiar o governo brasileiro no processo de negociação frente à CQCT, criou-se, em 1999, a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco da qual participaram representantes de vários ministérios – Ministério da Saúde, Agricultura, Fazenda, Planejamento, Economia, entre outros – tornando o controle do tabagismo um programa de estado. Aprovada a ratificação da CQCT na Câmara dos Deputados em 13 de maio de 2004, o processo de ratificação encontra-se em tramitação no Senado Federal¹⁵.

A maior parte das recomendações da CQCT já foram implementadas no Brasil. Dentre elas destacam-se: (a) o Programa Nacional de Controle do Tabagismo no INCA/MS que coordena, desde 1995, a implementação de ações educativas, legislativas e econômicas desenvolvidas no plano nacional e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; (b) a criação da Comissão Nacional para o Controle do Tabaco e, posteriormente, a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, e de seus Protocolos (CONICQ), ambas contando com a participação de representantes de vários ministérios; (c) medidas relacionadas ao aumento de preços e impostos; (d) quanto à proteção contra exposição à fumaça do tabaco, no plano da legislação, foi aprovada a lei 9294/96 que proíbe o uso de cigarros em recinto de uso coletivo, exceto em áreas isoladas e arejadas exclusivamente destinadas aos fumantes. No plano da educação, promove-se o programa ambientes livres de cigarros em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho; (e) quanto à regulamentação do conteúdo dos produtos do tabaco, em 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), passou a regular, controlar e fiscalizar os produtos derivados do tabaco e definiu os teores máximos permitidos para os cigarros; (f) sobre compromissos quanto à regulamentação da embalagem e etiquetagem dos produtos do tabaco, desde 2001, proibiu-se a utilização dos descritores “baixos teores, suave, *light*” em embalagens e material publicitário e determinou-se a inserção de advertências acompanhadas de imagens; (g) quanto à publicidade e promoção, por lei, a publicidade do tabaco está restrita à parte interna dos locais de venda através de pôsteres, painéis e cartazes; proibiu-se fumar em aeronaves e outros veículos de transporte coletivo e proibiu-se a publicidade pela Internet.

Dados comparativos desta pesquisa com os da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (1989)¹⁰ revelam que a prevalência do tabagismo diminuiu de 1989 a 2002/2003. O declínio na prevalência total de tabagismo observado de um período a outro foi: de 20,8% em Manaus, 45,2% em Belém, 38,5% em Natal, 35,7% em Recife, 41,7% em Campo Grande, 34,6% Distrito Federal, 43,3% no Rio de Janeiro, 33,3% em São Paulo e 10,3% em Porto Alegre. Estes dados

sugerem fortemente que as medidas adotadas pelo governo brasileiro para o controle do tabaco acima mencionadas têm alcançado êxito. Sob a liderança do Ministério da Saúde, o controle do tabaco tornou-se um programa de estado que mostrou a viabilidade e efetividade de políticas públicas de saúde que se sustentem na intersetorialidade.

Referências bibliográficas

- ¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic**. Geneva: WHO, 1998.
- ² WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Building blocks for tobacco control: a handbook**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf>. Acesso em: 01 out 2004.
- ³ INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans: tobacco smoking**. Lyon: IARC, 1986. v.38.
- ⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Consultation on Tobacco and Youth - What in the World Works? In: **Final Conference Report**. Singapore: WHO, 1999.
- ⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Centers for Disease Control and Prevention's. **Global youth tobacco survey**. Atlanta: Office of Smoking and Health.
- ⁶ THE WORLD BANK. **Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control**. Washington, D.C., 1999.
- ⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World no tobacco day 2004 materials**. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/em>>. Acesso em: 01 set. 2004.
- ⁸ NATIONAL CANCER INSTITUTE. National Institutes of Health. Department of Health and Human Services. **Women, tobacco and cancer: an agenda for the 21st Century**. United States, 2004.
- ⁹ NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. **The health effects of passive smoking**. Australia, November, 1997.
- ¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos**. Brasília, 1990.
- ¹¹ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Health Statistics. **The Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III, 1988-1994): reference manuals and reports**. Maryland, 1996.
- ¹² CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Behavioral risk factor surveillance system survey questionnaire**. Atlanta, Georgia, 2000.

- ¹³ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Behavioral risk factor surveillance system: prevalence data, tobacco use - 2003.** United States, 2003. Disponível em: <<http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/list.asp?cat=TU&yr=2003&qkey=4394&state=All>>. Acesso em: 01 set. 2004.
- ¹⁴ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002-2003.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/default.shtm>
- ¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A ratificação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades.** Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2004.
- ¹⁶ MINAYO, Maria Cecília (org.). **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80.** 2.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999.
- ¹⁷ POSSAS, C.; **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 1989.
- ¹⁸ BORRELL, C. et al. Social inequalities in perinatal mortality in a Southern European City. *Eur J Epidemiology*, v.18, n.1, p. 5-13, 2003.
- ¹⁹ UNITED STATES. Department of Health and Human Service. **Health effects of exposure to environmental tobacco smoke.** The report of the California environmental protection agency. Bethesda, MD (United States): National Cancer Institute, 1999. (Smoking and Tobacco Control Monograph; 10).
- ²⁰ UNITED STATES. Department of Health and Human Service. **Changing adolescent smoking prevalence: where it is and why.** Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2001. (Smoking and Tobacco Control Monograph; 14).
- ²¹ DOLL, R.; PETO, R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J. Natl Cancer Inst.*, v.66, n.6, p.1193-1308, 1981.
- ²² UNITED STATES. Department of Health and Human Service. **Reducing the health consequences of smoking, 25 years of progress: a report of the Surgeon General.** Rockville, Maryland (United States): Department of Health and Human Services, 1989.