

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência e fatores associados ao tabagismo em uma comunidade da Região Sul de Santa Catarina, Brasil

Eduardo Zeilmann¹, Fúlvio Nedel², Gilberto Sandin³, Marcelo Costa³

Resumo

Introdução: O tabagismo é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública, sendo responsável por cinco milhões de mortes, ao ano, no mundo.

Objetivo: Descrever a prevalência de tabagismo e fatores associados na comunidade *Km 60*, da cidade de Tubarão, SC, no ano de 2004.

Métodos: Estudo observacional, de delineamento transversal. Foi entrevistada uma amostra aleatória (n=462) da população com 16 a 70 anos de idade residente na comunidade *Km 60*, em Tubarão, SC (N=5719). São descritas a prevalência de tabagismo, idade de início, tempo de uso e quantidade atualmente consumida, e testadas associações entre tabagismo e variáveis sócio-demográficas, comportamentais e sobre orientação quanto à cessação do hábito.

Resultados: 38,3% (IC_{95%} 33,9-42,9) eram tabagistas, 57,8% (IC_{95%} 41,3-55,3) entre os homens e 33,0% (IC_{95%} 24,6-36,2) entre as mulheres. A faixa etária de maior prevalência é entre 30-49 anos de idade, 47,1% (IC_{95%} 40,2-54,1) sendo que 69% dos fumantes utilizam há mais de 15 anos. A prevalência de tabagistas entre usuários de bebidas alcoólicas foi de 66,3%. Entre os fumantes ou ex-fumantes que receberam orientação quanto a parar de fumar, a interrupção do tabagismo foi 4,2 vezes mais freqüente quando realizada por médico ao invés da família ou amigos (p<0,001). O Risco Atribuível Populacional para câncer de pulmão foi 0,72 (IC_{95%} 0,63-0,78).

Conclusão: A orientação médica continua sendo uma importante arma na luta contra o tabagismo. Houve correlação inversa entre tabagismo e escolaridade e associação estatística entre tabagismo e usuários de bebidas alcoólicas. A eliminação total do fumo nesta região levaria à prevenção de 72% dos casos de câncer do pulmão.

Descritores: 1. *Tabagismo*;
2. *Prevalência*;
3. *PSF*.

Abstract

Introduction: The smoking is considered one of the most important problems of public health, being responsible for five million deaths, per year, worldwide

Objective: To describe the smoking prevalence and associated factors in the community of the Km 60 of the city of Tubarão, SC, in the year of 2004.

Methods: A observational transversal study. It was interviewed an aleatory sample (n=462) of the population, 16 to 70 years old, resident in the community Km 60, in Tubarão, SC (n=5719). It is described the smoking prevalence, the age the habit started, time of use and amount consumed now-a-days. It was also tested associations among smoking habits, its social-demographic and behaviour variables, behavior and orientation ceasing such habit.

Results: 38,3% (IC_{95%} 33,9-42,9) were smokers, 57,8% (IC_{95%} 41,3-55,3) male and 33,0% (IC_{95%} 24,6-36,2) female. The age group of higher prevalence is between 30 to 49 years of age, 47,1% (IC_{95%} 40,2-54,1) and 69% of the smokers have the habit for more than 15 year. The smoking prevalence among

1. Universidade do Sul de Santa Catarina, Acadêmico do Curso de Medicina.
2. Universidade do Sul de Santa Catarina, Núcleo de Orientação Epidemiológica.
3. Universidade do Sul de Santa Catarina, Professor do Curso de Medicina.
Este artigo é resultado de pesquisa realizada para Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, em Tubarão, SC, apresentado em dezembro de 2004.

the users of alcoholic drinks was of 66,3%. Among the smokers or former-smokers that received orientation to stop smoking habit, the interruption of smoking was 4,2 times more frequent when performed by doctor instead the family or friends ($p < 0,001$) The Population Attributable Risk for lung cancer, was 0,72 (IC95% 0,63-0,78).

Conclusions: The medical orientation continues to be an important weapon in the fight against smoking. There was inverse correlation between smoking and educacional degree and statistical association between smoking and users of alcoholic drinks. The total elimination of the tobacco in this area, it would prevent 72% of the cases of lung cancer.

Keywords: 1. Smoking;
2. Prevalence;
3. Family Health Program.

Introdução

Até o início do século XX, o câncer de pulmão era uma doença rara, quando então se observou que o número de casos vinha aumentando consideravelmente.¹ No início da década de 1950 os trabalhos da literatura demonstraram, pela primeira vez, que o aparecimento do câncer de pulmão estava relacionado ao tabagismo. Desses trabalhos, o mais importante foi o de Doll & Hill², que além de evidenciar a associação tabaco-câncer de pulmão, demonstrou a correspondência entre o aparecimento da neoplasia do pulmão e a carga tabágica consumida.

Atualmente, não restam dúvidas quanto à capacidade carcinogênica do tabaco, e é reconhecida uma epidemia mundial de doenças relacionadas ao tabagismo.²⁰ Os fumantes devem ser estimulados a parar de fumar e os adolescentes devem ser orientados a não iniciar o hábito de fumar como melhor método para prevenir todas as doenças provenientes do tabaco.²¹

O fumo causa danos em praticamente todos os órgãos do corpo humano. Além do impacto sobre os cânceres do pulmão, boca e esôfago, o cigarro aumenta as chances de leucemia, cataratas, pneumonias em não portadores de DPOC, cânceres de pâncreas, colo uterino, bexiga e rim.³ Nos poucos estudos populacionais sobre prevalência de tabagismo, as estimativas oscilam entre 32 e 42%.⁴⁻⁸ No Brasil

do início dos anos 80, a prevalência de fumantes estava em torno de 32,6%, chegando a 40% na Região Sul⁹, mas os índices caíram nos anos seguintes, como demonstraram as duas principais pesquisas realizadas no país em 1989¹⁰ e 2001¹¹, que apontaram prevalências de tabagismo de 31,7% e 20%, respectivamente. Nos anos de 2002 e 2003, foi realizado um inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis em 16 capitais brasileiras, que encontrou as maiores prevalências em Porto Alegre (25,2%), Curitiba (21,5%), Belo Horizonte (20,4%) e São Paulo (19,9%).¹²

Nos últimos 15 anos, observou-se uma estabilização da mortalidade entre os homens e seu acréscimo entre as mulheres. Esse fato deve-se a duas questões: a maior inserção da mulher no mercado de trabalho e consequente aumento do consumo tabágico, e a modificação do hábito de fumar entre os homens, que vêm parando em maior número que as mulheres.¹³

Numa revisão sistemática da literatura com o objetivo de avaliar a prevalência e fatores de risco para o tabagismo em adolescentes na América do Sul¹⁴, verificou-se que a maioria dos estudos mostrou aumento na prevalência de tabagismo entre os adolescentes, com tendência linear acompanhando a idade.¹⁵⁻¹⁸ Um inquérito¹² realizado em dezesseis capitais brasileiras encontrou maiores prevalências de tabagismo nos grupos populacionais de menor escolaridade. A prevalência de tabagismo, assim como a mortalidade por causas relacionadas, tem diminuído nos países mais ricos e entre pessoas de maior escolaridade, mostrando a possibilidade de controle da epidemia.^{12,24}

Este trabalho apresenta um inquérito populacional realizado para conhecer a prevalência de tabagismo em uma comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família do Município de Tubarão, Santa Catarina (SC). Seus objetivos específicos foram: a) descrever a prevalência de tabagismo segundo variáveis sócio-econômicas e demográficas, tipo e quantidade de tabaco consumido, tempo de exposição ao tabaco; e b) testar uma possível associação entre o uso de álcool etílico e tabagismo, bem como entre a escolaridade e o tabagismo.

Metodologia

Delineamento do estudo e população de referência

Foi realizado um estudo observacional de delinea-

mento transversal sobre a população residente na comunidade do km 60, município de Tubarão, SC, cadastrada no Programa de Saúde da Família (PSF). Esta é uma localidade rural, distante aproximadamente 6 km do centro da cidade; tem 5.719 habitantes, possuindo sistema de coleta de lixo, sistema de esgoto com uma cobertura de 85% do total da área rural e com distribuição de água encanada com acesso ao domicílio em 78% das residências pertencentes à área. Tem em média 4,3 moradores por domicílio e está dividida, pelo PSF, em 14 Micro-Áreas.

Processo amostral e coleta de dados

Foram entrevistadas 462 pessoas, entre 16 e 70 anos de idade, selecionadas aleatoriamente de uma lista de moradores construída a partir das informações de cadastro da população na Unidade de Saúde da Família (Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB)³⁰, no período de 19 de Julho de 2004 a 8 de Novembro de 2004. A amostra do estudo foi calculada para encontrar, com confiança de 95%, uma prevalência estimada de 37% de tabagismo, com erro de no máximo 5%. O investigador principal e os Agentes Comunitários de Saúde, previamente treinados por aquele durante um período de quatro horas, realizaram entrevista em visita domiciliar aos sujeitos de estudo, para o preenchimento do questionário e coleta dos dados. A taxa de resposta foi de 100%. O investigador principal repetiu 10% das entrevistas realizadas, para avaliar a concordância das respostas.

Variáveis de estudo

Idade, sexo, estado civil (solteiro; casado; divorciado), cor da pele (branco; negro; amarelo), escolaridade (anos completos de estudo, com aprovação); uso de álcool etílico (sim; não); uso de cigarros (sim/fumante; não; parei/ex-fumante); tipo de cigarro (industrializado; de enrolar/“caporal” em papel; palheiro/em corda); há quanto tempo fuma (anos); número de cigarros fumados por dia; foi orientado a parar de fumar (sim; não); se orientado a parar de fumar, por quem? (médico; familiares ou amigos); se parou, há quanto tempo? (anos).

Definiu-se como *fumante* todo o indivíduo que por ocasião da entrevista fumasse qualquer tipo ou quantidade de tabaco, diariamente, por pelo menos, seis meses; como *ex-fumante* todo indivíduo que tenha sido fumante e que não tenha fumado qualquer tipo ou quantidade de tabaco nos últimos 12 meses; como *usuário de álcool etílico*, todo indivíduo que fizesse uso de bebidas alcoólicas, e que, após ser submetido ao Método CAGE²⁸,

respondesse afirmativamente a uma ou mais perguntas das quatro formuladas.

A medida do Risco Atribuível na População (RAP) para o câncer de pulmão foi calculada a partir da fórmula abaixo, considerando um Risco Relativo (RR) de 8,0²²:

$$RAP = \frac{P(RR - 1)}{P(RR - 1) + 1}$$

RAP= Risco Atribuível na População

P= Prevalência da exposição em estudo (Fumo): 38,3%

RR: Risco Relativo para a ocorrência do desfecho (Câncer de pulmão): 8,0.²²

Considerações éticas

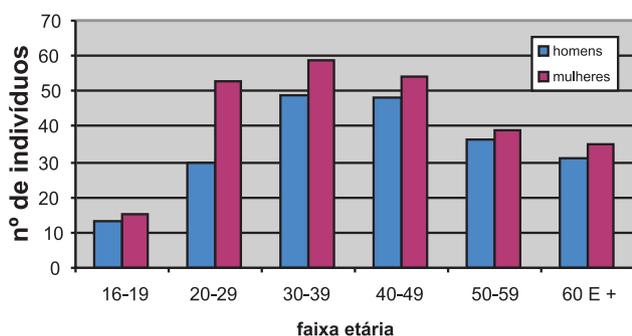
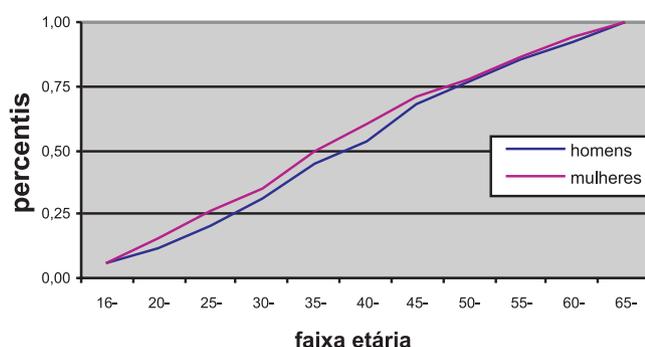
A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Unisul e as entrevistas foram realizadas após assinatura do consentimento livre e esclarecido pelo entrevistado, como prevê a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução nº. 196, de 10 de Outubro de 1996.

Análise dos dados

O banco de dados foi criado e alimentado no programa EpiData³¹ e a análise dos dados feita no programa Epi-Info[®] (6.04d).³² As associações entre variáveis qualitativas foram testadas pelo Qui-quadrado ou, quando correspondente, pelo teste exato de Fisher. O exame de variáveis confundidoras foi realizado por estratificação. As diferenças de média entre categorias de uma variável foram testadas pela análise da variância ou pelo teste de Kruskal-Wallis. Ao se comparar as prevalências de tabagismo com as variáveis de interesse, foram excluídos da análise os ex-fumantes, e considerado como os não-fumantes aqueles que nunca fumaram.

Resultados

A distribuição da amostra de acordo com a microárea se deu de maneira homogênea, variando de 6,7% - 8,2%. O Gráfico 1 mostra a distribuição dos sujeitos por faixa etária. A média de idade foi de 41,7 anos, com um desvio padrão (DP) de 14,4 anos e mediana de 40. Observamos um número discretamente maior de mulheres que homens, diferença mais expressiva entre os 20 e 29 anos de idade, quando a Razão de Masculinidade baixa a 0,57 (dado não apresentado). Os homens são, em média, dois anos mais velhos que as mulheres, diferença estatisticamente não significativa ao nível de 95% (p=0,166).

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo idade e sexo, na localidade Km 60, Tubarão-SC, 2004.**nº de sujeitos por faixa etária e sexo****Percentis de idade por sexo.**

A Tabela 1 mostra, além da maior proporção de mulheres, a predominância de indivíduos de pele branca e baixa escolaridade.

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com fatores demográficos e escolares na localidade de Km 60, Tubarão-SC, 2004.

Variáveis	Frequência	%	IC 95%*
Sexo			
Masculino	207	44,8	40,2-49,5
Feminino	255	55,2	50,5-59,8
Cor			
Branca	411	89,0	85,7-91,6
Negra	46	10,0	7,5-13,1
Amarela	05	1,0	0,4-2,7
Escolaridade			
1-4 anos	199	43,2	38,6-47,8
5-8 anos	158	34,3	30,0-38,8
9-11 anos	75	16,2	13,1-20,0
12-16 anos	29	6,3	4,3-9,0

*Intervalo de Confiança de 95% das prevalências.

Com relação à escolaridade (Tabela 1), um dos entrevistados (0,2%) era analfabeto e menos de 35% con-

cluíram o ensino fundamental, sendo que a média foi de 6,1 (DP3,4) anos de estudo. A diferença de escolaridade entre os sexos ou cor da pele é menor de meio ano, e sem significância estatística.

Tabela 2 - Prevalência de tabagismo e características do hábito tabágico na localidade Km 60, Tubarão-SC, 2004.

Variáveis	Frequência	%	IC 95%
Habito de fumar			
Fumantes	177	38,3	33,9-42,9
Ex-fumantes	56	12,1	9,4-15,5
Não-fumantes	229	49,6	44,9-54,2
Idade de início			
9-12 anos	15	8,5	4,8-13,4
13-16 anos	69	38,6	31,4-46,1
17-20 anos	60	33,6	26,7-40,9
21-24 anos	13	7,7	3,9-12,1
25-28 anos	10	5,8	2,7-10,0
> 28 anos	10	5,8	3,5-11,4
Nº cigarros/dia			
Até 10	78	44	36,6-51,7
11 a 20	84	47	39,9-55,1
> 20	15	9	4,8-13,6
Tempo de exposição			
1-15 anos	55	31,1	24,3-38,5
16-30 anos	73	41,2	33,9-48,9
31-45 anos	37	20,9	15,2-27,6
> 45 anos	12	6,8	3,6-11,5

A prevalência estimada de tabagismo (Tabela 2) foi de 38% (IC₉₅ 33,9-42,9), com uma idade média de início aos 18,0 (DP5,6) anos e mediana de 17,0 – isto é, metade dos entrevistados começou a fumar antes dos 17 anos de idade. Entre as pessoas que fumam, a maioria iniciou o hábito aos 15 anos de idade (moda) e 75% antes dos 20 anos de idade. Em média, os homens começam a fumar 1,8 anos mais cedo que as mulheres, embora essa diferença não seja significativa ao nível de 95% (p=0,153). O tempo médio de tabagismo (Tabela 2) foi de 23,5 (DP13,4) anos, a maioria (41,2%) entre 16 e 30 anos de exposição ao cigarro. Metade dos entrevistados fuma há mais de 25 anos (mediana). Os homens fumam há mais tempo (4 anos, em média) que as mulheres (p=0,028). Entre os sujeitos da amostra, os homens começaram a fumar 1,7 anos mais cedo que as mulheres, mas essa diferença não encontra significância estatística (p=0,21).

A prevalência de tabagismo foi maior entre os adultos com 30 a 49 anos de idade (Tabela 3). O hábito tabágico é 66% mais frequente entre as pes-

soas com 30 anos de idade ou mais (RP=1,66_{IC 95%} 1,22-2,28) que entre as pessoas menores de 30 anos – 60% maior quando estratificado por sexo (RP=1,60_{IC 95%} 1,18-2,16) e 59% maior quando estratificado por uso de álcool.

Tabela 3 - Prevalência de tabagismo, razão de prevalência (RP) com IC 95% e odds ratio (OR) de tendência, de acordo com sexo, idade, escolaridade e uso de bebidas alcoólicas na localidade Km 60, Tubarão-SC, 2004.

Variáveis	Prevalência (%)	IC 95%	RP (IC95%)	OR tendência
Sexo				
Masculino	57,8	41,3-55,3	1,75(1,40-2,19)	-
Feminino	33,0	24,6-36,2	-	-
Idade				
16-29 anos	28,8	20,6-38,2	-	1,00
30-49 anos	47,1	40,2-54,1	-	2,71
50 ou +	32,6	25,0-41,0	-	1,73
Escolaridade				
0-4 anos	43,3	38,7-48,0	-	1,00
5-8 anos	34,7	29,9-38,7	-	1,03
9-11 anos	16,0	13,1-20,0	-	0,69
12-16 anos	6,0	4,3-9,0	-	0,30
Uso de bebida alcoólica				
Sim	66,3	-	2,12(1,74-2,58)	-
Não	30,2	-	-	-

Vemos na Tabela 3 que a prevalência de tabagismo é 75% maior entre os homens que entre as mulheres (RP=1,75). Percebe-se, também, uma tendência à diminuição da prevalência do hábito com o aumento da escolaridade (p=0,019); não há tendência linear entre o tabagismo e o aumento da idade (p=0,065). O tabagismo, entre usuários de bebidas alcoólicas, é 2,2 vezes mais freqüente que entre as demais pessoas.

Quanto à orientação para cessação do hábito de fumar, dos 233 (100%) fumantes e ex-fumantes, 181 foram orientadas a parar de fumar (77,6%) enquanto que 52 (22,4%) não receberam nenhum tipo de orientação quanto à cessação do fumo.

A ocorrência de cessação de tabagismo de acordo com o sexo foi de 25,4% entre os homens e de 22,2% entre as mulheres, sem apresentar diferença estatística. A interrupção do tabagismo foi mais freqüente entre os fumantes que receberam orientação médica que entre aqueles que a receberam de familiares ou amigos (RP=4,24_{IC 95%} 1,72-10,48).

O RAP para câncer de pulmão nos fumantes do

Km 60 foi de 0,72 (IC_{95%} 0,63-0,78), ou seja, caso fosse possível eliminar, na população do Km 60, totalmente a exposição que neste caso está representada pelo fumo, poderíamos esperar uma redução de 71% dos casos de câncer de pulmão.

Discussão

No estudo, a prevalência de tabagismo encontrada foi de 38,3% (Sexo masculino 58% e Sexo feminino 33%). Na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição¹⁰, realizada em 1989 pelo IBGE, a prevalência de tabagismo em todo o Brasil foi de 31,7%; em outro estudo realizado no ano de 2001 a prevalência foi de 20%.¹¹ Isso nos reforça a grande variabilidade da prevalência de tabagismo encontrada nos diversos estudos populacionais, que vem apontando estimativas que oscilam entre 32 e 42%⁴⁻⁸, chegando a 40% na região Sul.⁹ No entanto, as prevalências encontradas no Inquérito em 2002 e 2003¹², em 16 capitais, variaram de 12,9% a 25,2% (Sexo masculino 16,9-28,2% e Sexo feminino 12,9-25,2%), sendo inferiores às relatadas entre os estudos brasileiros populacionais anteriores, da mesma forma quando comparados ao presente estudo. No sexo masculino o tabagismo é 75% mais freqüente quando comparado ao sexo feminino (RP=1,75), apesar de um inquérito que foi realizado nos anos de 2002 e 2003, em dezesseis capitais brasileiras¹², demonstrar que, na região Sul e Sudeste, praticamente não existem diferenças entre o consumo de cigarros entre os homens e as mulheres. No entanto, esta diferença se acentua nas regiões Norte e Nordeste, onde foi encontrada uma Razão de Prevalência de 2.

A média de idade de início de fumo foi de 18,3 (DP 5,6) anos, com uma mediana de 17,0. No inquérito realizado em 16 capitais do Brasil¹², 70% dos jovens experimentaram fumar com 13 anos ou menos de idade nas capitais de Porto Alegre, Vitória, Goiânia e Boa Vista.

Numa revisão sistemática da literatura para avaliar a prevalência de tabagismo em adolescentes na América do Sul¹⁴ verificou-se que a maioria dos estudos mostrou que o aumento da prevalência de tabagismo entre os adolescentes está diretamente associado à idade.¹⁵⁻¹⁸ Malcon²³ demonstrou razão de chances (odds ratio, OR) para tabagismo de 9,9 no grupo de 14 a 16 anos e de 28,7 no grupo de 17 a 19 anos, em relação aos jovens de 10 a 13 anos de idade. No estudo, a prevalência de tabagismo foi maior entre os adultos com 30-49 anos de idade. Sendo que, pessoas com mais de 30 anos têm 66% a mais de chance de serem tabagistas se comparadas àquelas com menos de 30 anos de idade. Em outro es-

tudo¹², o consumo de cigarros foi maior entre indivíduos adultos (≥25 anos), quando comparado aos com 15 a 24 anos, o que nos dá indícios de que existem mais tabagistas quanto maior for a idade.

Com relação à orientação do hábito de fumar, o estudo revelou que 77,6% foram orientados à cessação do fumo e 22,4% não receberam qualquer tipo de orientação. Foi observado, ainda, que a interrupção do tabagismo foi 4,24 vezes mais freqüente entre os fumantes que receberam orientação médica, comparado àquela recebida por familiares ou amigos ($p < 0,01$), e que, comparado às mulheres, a cessação do tabagismo foi 14% maior entre os homens. Apesar desta última afirmação não ter apresentado significância estatística no presente estudo ($p = NS$), a literatura aponta para uma lenta redução, nos homens, da prevalência de tabagismo, tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento²⁴, ou seja, houve uma modificação do hábito de fumar entre os homens, que vêm parando em maior número comparado ao das mulheres.¹³

As prevalências de tabagismo são maiores nos grupos populacionais com menor escolaridade do que nos com maior escolaridade e, quando comparados, demonstram uma Razão de Prevalência de 2.¹² No estudo, houve uma tendência de diminuição da prevalência de tabagismo com o aumento da escolaridade, ou seja, quem possui ensino superior (≥12 anos de estudo) tem 70% ($p = 0,01$) a menos de chance de ser tabagista comparado àqueles com ensino fundamental incompleto (até 4 anos de estudo), onde a prevalência encontrada foi de 46,3%. No Brasil, o tabagismo é maior nos grupos populacionais com menor escolaridade, com uma prevalência que varia de 16,8 a 33,1% naqueles com < 8 anos de estudo e de 7,9 a 21,7% naqueles com > 8 anos de estudo.¹² Se considerarmos que a escolaridade é uma forma indireta para avaliarmos a renda/classe social dos indivíduos, encontraremos mais tabagistas nos grupos de baixa renda do que nos de renda mais alta.¹²

A verificação de que muitas vezes os dependentes utilizam drogas associadamente foi demonstrada pela primeira vez em 1972, quando Walton¹⁹ chamou a atenção para as altas cifras de tabagismo encontradas entre pacientes hospitalizados. Estudos posteriores vieram, então, confirmar a associação e a correlação positiva entre tabagismo e alcoolismo^{25,26}, entre eles o estudo de Bertolote²⁷, que encontrou 86% de tabagistas entre os alcoolistas hospitalizados. A prevalência de tabagismo entre os usuários de bebidas alcoólicas foi de 66,3% e de 30,2% nos não-usuários de bebidas alcoólicas. Mais recentemente, um estudo realizado na Unidade Sanitária de Saúde Muri-

aldo, de Porto Alegre, verificou uma prevalência de 67% de tabagismo entre alcoolistas e de 43% entre não-alcoolistas.²⁸ Foi encontrada uma Razão de Prevalência de 2,2 ($p < 0,01$) o que nos indica que quem é usuário de bebidas alcoólicas tem 2,2 vezes mais chance de ser tabagista quando comparado a quem não é usuário de bebidas alcoólicas. Apesar de o estudo ter demonstrado forte associação e significância estatística entre tabagismo e uso de bebidas alcoólicas, é preciso atentar a interpretação com cautela, pois a aparente exposição pode ser consequência da doença e não a causa da doença, e a isso denominamos epidemiologicamente de causalidade reversa.

O Risco atribuível é uma medida de associação que mede a margem de excesso de morbidade que se pode atribuir à presença de um determinado fator de risco, ou seja, estima a queda percentual no número de casos da doença ou agravo no caso em que o fator seja eliminado totalmente.²⁹ O Risco Atribuível Populacional (RAP) para câncer do pulmão nos tabagistas do Km 60 foi de 0,72 (IC_{95%} 0,63-0,78), ou seja, caso fosse possível eliminar totalmente o tabagismo, seriam prevenidos 72% dos casos de câncer do pulmão da localidade. Um estudo de Caso-Controlle realizado em uma cidade de médio porte no Brasil, encontrou que uma eliminação total do tabagismo nesta região levaria à prevenção de 72% de câncer do pulmão.²²

Referências Bibliográficas

1. ZAMBONI Mauro. Epidemiologia do câncer do pulmão. J. Pneumologia v.28 n.1 São Paulo. an/fev. 2002.
2. DOLL R, HILL AB. Smoking and carcinoma of the lung. BMJ 1950; 2: 739-58.
3. 28th SURGEON GENERAL REPORT. Disponível em: <<http://surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>>. Acesso em 14 de agosto de 2004.
4. ACHUTTI A. & MEDEIROS, A. B. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. Bol. Saúde SSMA-RS, 12:2-72, 1985.
5. DUNCAN BB. As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doença não-transmissíveis. Porto Alegre, 1991. [Tese de Doutorado – UFRGS].
6. LOLIO CA; SOUZA, JMP de; SANTOS AH; BUCHALLA, CM. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública, 27:262-5, 1993.
7. POHLMANN PR, LOSS JF, FLORES C, BOLZZONI A, DUNCAN BB, ZIMMER PM. Tabagismo em Porto Alegre: Prevalência e o papel dos profissionais da saúde na prevenção. Rev. Ass. Med. Bras.,37:8-14, 1991.

8. REGO RA, BERALDO FAN, RODRIGUES SSR, OLIVEIRA ZMA, VASCONCELLOS C, AVENTURATO LVO, et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil): Metodologia e resultados preliminares. *Rev. Saúde Pública*, 1990 24(4):277-85.
9. IBGE. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição:dados preliminares. Rio de Janeiro,1989.
10. PNSN. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), Ministério da Saúde, editores. PNSN: some statistics about smoking habit in Brazil. Brasília;1989.
11. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 Maiores Cidades do País, 2001. E.A. Carlini; José Carlos F. Galduróz; Ana Regina Noto; Solange A. Nappo. São Paulo: CBRID, UNIFESP-Universidade Federal de São Paulo,2002.
12. Coordenação de Prevenção e Vigilância/INCA/MS. Prevalência de tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro, Maio 2004.
13. VECCHIA CL, LUCCHINI F, NEGRI E, et al. Trends in cancer mortality in Europe, 1959-1989: respiratory tract, bone, connective and soft tissue sarcomas and skin. *Eur J Cancer* 1992; 28:514-99.
14. MALCON MC, MENEZES AM, MAIA M de F, CHATKIN M, VICTORA CG. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*; 13(4):222-8, 2003.
15. BARBOSA MTS, CARLINI-COLTRIN B, SILVA FILHO AR. O uso de tabaco por estudantes de primeiro e segundo grau em dez capitais brasileiras: possíveis contribuições da estatística multivariada para compreensão do fenômeno. *Rev Saúde Pública* 1989; 23(5):401-9.
16. MUZA GM, BETTIOL H, MUCCILLO G, BARBIERI M. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil): I. Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(1):21-9.
17. IVANOVIC DM, CASTRO CG, IVANOVIC RM. Factores que inciden en el hábito de fumar de escolares de educación básica y media de Chile. *Rev Saude Publica* 1997; 31(1):30-43.
18. FLORENZANO URZUA R. Risk factors and youth: the role of family and community. *J Adolesc Health* 1993; 14(8):619-25.
19. WALTON RG. Smoking and alcoholism: a brief report. *Am. J. Psychiatr.*, 128: 139-40, 1972.
20. Apresentação OPAS. 1º. Congresso Internacional de Prevenção de Tabagismo, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2002.
21. DOLL R, PETO R, WHEATLEY K, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on make British doctors. *BMJ* 1994;309:901-11.
22. MENEZES AM, HORTA BL, OLIVEIRA AL, et al. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. *Rev Saúde Pública*; 36(2):129-34, 2002.
23. MALCON MC. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes: um estudo de base populacional, Pelotas, RS [dissertação de mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2000.
24. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *J. Bras Pneumologia* v. 30 suplemento 2; São Paulo, Agosto de 2004.
25. DIFRANZA, JR & GUERRERA, MP. Alcoholism and smoking. *J Stud Alcohol*, 51:130-5, 1990.
26. MALETZKY BM & KLOTTER J. Smoking and alcoholism. *Am J Psychiatr*, 1974 131:445-7.
27. BERTOLOTE JM. Contribuição ao estudo do quadro clínico do alcoolismo: o registro triaxial dos problemas físicos, psicológicos e sociais de saúde do alcoolista. Porto Alegre, RS, 1990. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da UFRGS].
28. CHAIEB JÁ, CASTELLARIN C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Rev Saúde Pública* v. 32 n. 3 São Paulo, Junho 1998.
29. ROUQUAYROL MZ, ALMEIDA FILHO N. Epidemiologia e Saúde. Editora Medsi, 5ª ed., Rio de Janeiro, 1999.
30. SIAB. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>> Acesso em: 20 de Maio de 2004.
31. Lauritsen, JM & Bruus, M. EpiData® (version 3). A comprehensive tool for validated entry and documentation of data. The EpiData® Association, Odense Denmark, 2003-2004.
32. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi-Info®, Version 6: A Word-Processing, Database, and Statistics Program for Public Health on IBM-compatible Microcomputers, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, U.S.A., 1995.

Endereço para Correspondência:

Eduardo Zeilmann.

Rua: Otto Feuershuetter, 44. Ed. Tubarão. Apartamento 201.

Bairro: Vila Moema - Tubarão - SC

CEP: 88705-020

E-mail: eduardo@ac.unisul.br