

Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil*

Prevalence of smoking and associated factors in a metropolitan area of southern Brazil

Leila B. Moreira, Flávio D. Fuchs, Renan S. Moraes, Markus Bredemeir, Sílvia Cardozo

Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, - Brasil (L. B. M., F. D. F.); Unidade de Farmacologia Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Brasil (L. B. M., F. D. F., R. S. M., M. B., S. C.)

Com o objetivo de avaliar a prevalência de tabagismo em Porto Alegre, RS, Brasil, e os fatores associados, executou-se estudo observacional, de delineamento transversal e base populacional. Através de amostragem aleatória proporcional, por estágios múltiplos e conglomerados, selecionaram-se 1.091 indivíduos, a partir de 18 anos, que responderam a um questionário, em entrevista domiciliar. Aferiu-se o hábito de fumar através de perguntas dirigidas ao tipo de fumo, frequência e tempo de exposição. A prevalência foi de 34,9% (IC 31,9 - 37,8), sendo de 41,5% (IC 38,5 - 44,4) entre os homens e 29,5% (IC 26,8 - 32,2) entre as mulheres. O início foi, em média, aos 16 ($\pm 5,6$) e 17,8 ($\pm 6,7$) anos, com moda de 15 e 14 anos, respectivamente. Os homens fumavam $19,0 \pm 14,0$ cigarros por dia e as mulheres $14,5 \pm 10,3$. Analisaram-se as associações através de regressão logística, incluindo-se no modelo sexo, idade, educação, renda, qualificação profissional e consumo de álcool. O hábito de fumar foi mais freqüente entre os homens, indivíduos de menor nível socioeconômico, dos 30 aos 39 anos, e entre os usuários de bebidas alcoólicas. Conclui-se que o tabagismo é freqüente em Porto Alegre, constituindo-se problema de saúde pública similar ao referido pela literatura. O consumo de álcool deve estar associado ao fumo por serem ambos comportamentos de risco, com determinantes comuns.

Fumo, epidemiologia. Fatores de risco.

Introdução

O tabaco é empregado nas Américas há milhares de anos, sob diversas formas e com propósitos culturais e sociais. Nas sociedades indígenas sulamericanas é parte essencial de ritos religiosos e elemento básico para os chefes espirituais, como mecanismo para exercer sua autoridade e conservar a credibilidade. Os exploradores europeus tiveram seu primeiro contato com o tabaco nas Antilhas, quando os nativos ofereceram as folhas da planta a Cristóvão Colombo. Diferentemente dos efeitos tóxicos e organolépticos buscados pelos índios, o

consumo do tabaco objetiva, nas sociedades modernas da América Latina, cada vez mais o prazer social decorrente de seus efeitos estimulantes, com a instalação da dependência a longo prazo e as conseqüências crônicas para saúde⁹. Desde o início do século, a produção de cigarros no Brasil se inseriu em uma linha de produção industrial, com o estímulo do mercado consumidor. Em decorrência, o hábito de fumar associou-se a um padrão de vida mais elevado, difundindo-o amplamente⁸.

O fumo é importante causa de perda de saúde. Está associado ao desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e

**Pesquisa subvencionada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul/FAPERGS (Processo 0971/89) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq (Processo 500550/89-1).*

Separatas/Reprints: Flávio D. Fuchs - Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul R. Ramiro Barcelos, 2350, sala 947 - 90035-003 - Porto Alegre, RS - Brasil

Recebido em 24.8.1994. Aprovado em 29.11.1994.

neoplasias. A mortalidade geral é duas vezes maior nos fumantes quando comparados aos não-fumantes³. Constitui-se um dos fatores de risco maiores para doença coronariana^{3,14}. Juntamente com as neoplasias, as doenças cardiovasculares representam a maior causa de morte no Rio Grande do Sul¹⁰ e em grandes cidades do Brasil^{20,21,23}.

Apesar de ser importante fator de risco, cuja remoção repercute significativamente na redução da morbidade e mortalidade, os dados de prevalência de tabagismo na população geral brasileira são esparsos. Nos poucos estudos populacionais, as estimativas oscilam entre 32 e 42%^{1,10,22,24,26}. É maior entre os homens, da 3ª à 6ª década de vida e posição socioeconômica inferior^{10,11,22,24}. A associação inversa do tabagismo com nível socioeconômico também é observada internacionalmente^{5,13}.

O presente estudo descreveu a prevalência contemporânea de tabagismo em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, permitindo compará-la com a da década de 70. Avalia, também, a associação do hábito de fumar com diversos fatores biológicos e demográficos.

Material e Método

Foi executado um estudo observacional, analítico, de delineamento transversal e de base populacional. O processo de amostragem aleatória proporcional deu-se por estágios múltiplos e por conglomerados, representando a população adulta urbana de Porto Alegre. Nos domicílios sorteados foram incluídos todos os moradores com 18 anos ou mais.

Dos 1.188 selecionados, foram efetivamente entrevistados 1.091 indivíduos (91,9%). Esta amostra, calculada previamente para um estudo sobre hipertensão arterial, conferiu uma precisão da estimativa de prevalência de tabagismo de $\pm 3\%$, para um intervalo de confiança de 95%. As perdas deveram-se, em sua maioria, a recusa após pelo menos 3 tentativas.

Os dados foram coletados em visita domiciliar, através de questionário contendo questões referentes a dados pessoais, socioeconômicos, uso de fármacos e álcool, medidas antropométricas e de pressão arterial. O hábito de fumar foi aferido através de perguntas dirigidas ao tipo de fumo, frequência e tempo de exposição. O controle de qualidade foi feito pela revisita a 10% dos entrevistados.

A presente comunicação restringe-se ao tabagismo, não sendo, portanto, apresentados os dados relacionados à pressão arterial. As seguintes variáveis foram consideradas para análise das associações:

-fumo: variável dependente dicotômica, categorizada em não-fumante e fumante, que incluiu fumantes atuais e ex-fumantes, a partir de 4 unidades por semana, independentemente do tipo de fumo (cigarro, palheiro, charuto, cachimbo).

-sexo

-idade: variável quantitativa categorizada em 4 níveis: 18 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 88 anos.

-consumo de álcool: variável qualitativa dicotômica; foram considerados expostos os indivíduos que faziam uso de bebidas alcoólicas no momento ou no passado, independentemente da quantidade.

-cor: variável qualitativa, dicotômica; branco e não-branco, determinada a partir da observação do entrevistador.

-renda "per capita" mensal: em salários mínimos, correspondente à soma das rendas individuais dividida pelo total de moradores do domicílio. Foi categorizada em três níveis de salários-mínimos: menos de 2,2 a menos de 4 e 4 ou mais.

-escolaridade: qualificada em 3 categorias: 0 a 5, 6 a 11 anos de escolaridade e curso superior (completo ou não).

-qualificação profissional: considerando o tipo e a similitude das atividades^{17,28}, a qualificação profissional foi classificada nos seguintes grupos:

I: graduados ou estudantes de nível superior, educadores, intelectuais e dirigentes.

II: proprietários de indústrias, comércios ou negócios agrários.

III: trabalhadores de qualificação intermédia.

IV: trabalhadores não-qualificados.

V: atividades mal-definidas e donas-de-casa.

Análise estatística: a distribuição das principais características estudadas são apresentadas pelas frequências, média e desvio-padrão (DP) e proporções, com seus intervalos de confiança de 95% (IC). Na avaliação da significância das razões de prevalência brutas empregou-se o Qui-quadrado e o IC¹⁸. Para analisar-se conjuntamente a associação entre os diversos fatores estudados com a prevalência de tabagismo empregou-se modelo de regressão logística (SPSS)¹⁹. A seleção das variáveis explanatórias partiu do modelo teórico dos autores,

incluindo, pelo método de entradas forçadas, aquelas cujas razões de prevalência brutas mostraram-se estatisticamente significativas ($P < 0,05$): sexo, idade, consumo de bebidas alcoólicas, renda, escolaridade e qualificação profissional.

Aspectos éticos: o projeto está dentro da categoria II da regulamentação de pesquisa no homem no Brasil (risco mínimo), pois envolve somente questionários e medidas antropométricas e de pressão arterial⁶. Foi garantido aos entrevistados o sigilo e solicitado o consentimento verbal para realização das entrevistas.

Resultados

A comparação de variáveis demográficas aferidas ao presente estudo, como sexo, idade e renda, com as fornecidas pelo censo de 1991¹⁵ e PNAD-90¹⁶, confirmam que a amostra é representativa de Porto Alegre. A idade na amostra variou de 18 a 88 anos, com média de 41,3 ($\pm 16,2$) anos. As demais características demográficas são apresentadas na Tabela 1.

As bebidas alcoólicas eram consumidas por 67,6% dos indivíduos, 8,2% eram ex-bebedores e 24,1%, abstêmios. A prevalência global de tabagismo foi de 34,9% (IC 31,9-37,8), sendo apresentada, por sexo, na Tabela 2. Seu

início ocorreu, em média, aos 16 ($\pm 5,6$) anos para os homens e 17,8 ($\pm 6,7$) anos para as mulheres, com moda, de 15 e 14 anos, respectivamente. Como pode ser visto nas Tabelas 3 e 4, maior proporção dos primeiros fumam 20 ou mais cigarros por dia, concentrando-se esta diferença a partir dos 40 anos. O número médio de cigarros ou similares consumidos por dia foi de 19,2 ($\pm 13,9$) entre os homens e 14,5 ($\pm 10,3$) entre as mulheres. Quase todas as unidades correspondiam a cigarros (19,0 \pm 14,0 entre os homens e 14,5 \pm 10,3 entre as mulheres).

As razões de prevalência brutas de tabagismo entre as diversas características avaliadas no inquérito são apresentadas na Tabela 5. Com exceção da cor, todas as demais evidenciaram associação estatisticamente significativa com a prática de fumar. Na Tabela 6 encontram-se as razões dos produtos cruzados resultantes da análise de regressão logística. A renda mostrou forte tendência a associação inversa. Manteve-se a associação significativa com todas as demais variáveis incluídas no modelo, embora menos intensa com os indicadores de nível socioeconômico.

Discussão

O fumo é fator de risco ainda com alta prevalência na população adulta de Porto Alegre. Situa-se entre os observados no final da década de 80 em São Paulo²⁶ e Araraquara, mais recentemente²² (37,9% e 32,8%, respectivamente) e acima da descrita nos Estados Unidos (25,7%, em 1991)⁵. Também se aproxima do limite superior para a América Latina, segundo inquérito realizado pela OPS em 1971, em 8 grandes cidades latinoamericanas (21 a 40%)⁹. Dois estudos realizados em Porto Alegre, em 1987¹¹ e em 1988²⁴, obtiveram estimativas mais elevadas, com 50% de homens e 32% de mulheres fumantes, no primeiro, e 40,8% de tabagistas, no segundo. As diferenças provavelmente se devam aos critérios amostrais.

Há cerca de 25 anos têm-se concentrado esforços mundiais para controlar a epidemia do fumo. Em 1990, a 43ª Assembléia Mundial da Saúde confirmou a eficácia das estratégias legais e políticas que visam a proteger contra a exposição involuntária ao fumo em locais de trabalho, locais públicos

Tabela 1. Características demográficas da amostra. Porto Alegre, 1991.

Variável	Condição	N	%
Sexo	feminino	600	55
	masculino	491	45
Idade	18-29 anos	301	27,6
	30-39 anos	225	20,6
	40-49 anos	190	17,4
	50-88 anos	375	34,4
Renda*	4 ou mais SM	467	42,8
	2 - 3,99 SM	278	25,5
	menos de 2 SM	346	31,7
Escolaridade	mais de 11 anos	251	23,0
	6 - 11 anos	479	43,9
	0 - 5 anos	361	33,1
Profissão**	grupo I	228	20,9
	grupo II	55	5,0
	grupo III	204	18,7
	grupo IV	332	30,4
	grupo V	269	24,7
Cor***	branca	962	88,2
	não-branca	126	11,8

*Renda per capita, em salário-mínimos.

**Ver definição em métodos; 3 mulheres não tiveram a profissão registrada.

***3 mulheres não tiveram a cor registrada.

Tabela 2. Prevalência de tabagismo (%), por sexo, em Porto Alegre, 1991.

Condição	Homens (IC)	Mulheres (IC)	Total (IC)
Fumantes	41,5 (38,5-44,4)	29,5 (26,8-32,2)	34,9 (31,9-37,8)
Ex-fumantes	22,6 (20,1-25,0)	14,2 (16,2-12,1)	18,0 (15,7-20,2)
Não-fumantes	35,8 (32,9-38,6)	56,3 (53,3-59,2)	47,1 (44,1-50,0)

e nos transportes coletivos, aumento do preço real e controle da publicidade⁹. Tendência à diminuição do número de indivíduos fumantes tem sido observada em vários países^{2,4,9,13}.

Nos últimos 20 anos, em Porto Alegre, a prevalência decresceu de 42,4%^{1,7} para 34,9%, significando que 17,7% dos fumantes deixaram de sê-lo, para a qual contribuíram ambos os sexos. Já em São Paulo²⁶, o decréscimo deveu-se apenas aos homens. O número médio de cigarros fumados por dia é comparável ao relatado na Inglaterra¹³-20 cigarros pelos homens e 15 pelas mulheres -, mas maior proporção, tanto de homens como de mulheres portalegrenses, consome mais de 20 cigarros por dia. Já os homens de Araraquara fumam mais que os de Porto Alegre e o inverso ocorre com as mulheres²².

O início do hábito na adolescência repete o observado entre estudantes brasileiros^{27,29}, e de outros países^{12,25} e justifica o desenvolvimento de programas de prevenção ao tabagismo nesta faixa etária. A distribuição ao longo da idade é compatível com os dados da literatura^{4,11,22,24}. O decréscimo observado após os 40 anos pode decorrer de morte prematura e do abandono do fumo devido ao desenvolvimento de doenças associadas.

Também merece destaque a associação entre fumo e consumo de bebidas alcoólicas, outra importante causa de perda de saúde. Em estudo sobre fatores de risco para doenças não

transmissíveis em Porto Alegre¹¹, 39% das pessoas reuniam dois ou mais fatores, sendo o fumo um dos dois mais frequentemente acumulados.

As características sociodemográficas da população latinoamericana concorrem para a maior suscetibilidade ao tabagismo. Entre elas, destacam-se as mudanças da estrutura da população, maior urbanização, ingresso da mulher na população economicamente ativa, maior acesso à educação e conseqüentemente à propaganda⁹. Os indicadores socioeconômicos avaliados no presente inquérito apontaram maiores prevalências de tabagismo nas categorias inferiores, em concordância com o descrito em outros estudos^{4,5,10,13,22}. Quando foi isolado o efeito da renda, permaneceu apenas uma tendência de associação inversa, inicialmente observada na análise bruta. Pode-se especular que haja restrição a aquisição de cigarros pela falta absoluta de dinheiro.

O perfil descrito no presente estudo corresponde, em geral, ao referido pela literatura. Sexo masculino, idade entre 30 e 39 anos, baixo nível socioeconômico e consumo de bebidas alcoólicas são os fatores de risco identificados. Dada a natureza transversal do estudo, não se pode afirmar que as associações nele observadas sejam de natureza causal. Assim, o consumo de álcool deve estar associado ao fumo por serem ambos comportamentos de risco, com determinantes comuns.

Tabela 3. Prevalência de tabagismo (%) em número de cigarros* consumidos por dia, segundo a faixa etária, entre os homens. Porto Alegre, 1991.

Cigarros/ dia	Idade				Total
	18-29	30-39	40-49	50-88	
0**	60,1	54,6	60,5	59,4	58,9
até 9	9,8	10,3	5,8	6,5	8,1
10-19	13,7	9,3	4,7	5,8	8,8
20-39	15,0	20,6	23,3	20,6	19,3
40	1,3	5,2	5,8	7,7	4,9

*Cigarros sem filtro, com filtro ou palheiro

**Não-fumantes ou ex-fumantes

Tabela 4. Prevalência de tabagismo (%) em número de cigarros* consumidos por dia, segundo a faixa etária, entre as mulheres. Porto Alegre, 1991.

Cigarros/ dia	Idade				Total
	18-29	30-39	40-49	50-88	
0**	67,3	57,0	67,3	84,5	71,5
até 9	8,8	11,7	11,5	3,6	8,0
10-19	8,2	7,8	8,7	6,8	7,7
20-39	15,0	21,9	10,6	5,0	12,0
40 ou mais	0,7	1,6	1,9	0,0	0,8

* Cigarros sem filtro, com filtro ou palheiro

** Não-fumantes ou ex-fumantes

Tabela 5. Razões de prevalência brutas (RP) de tabagismo conforme as diferentes condições de interesse. Porto Alegre, 1991.

Condição	RP (IC)	P	
Sexo	feminino*	1	<0,0001
	masculino	1,47 (1,31-1,64)	
Idade	18-29 anos*	1	<0,0001
	30-39 anos	1,46 (1,25-1,70)	
	40-49 anos	1,19 (1,00-1,44)	
	50-88 anos	1,12 (0,96-1,32)	
Renda**	4 ou mais SM*	1	0,0075
	2-3,99 SM	0,99 (0,86-1,16)	
	menos de 2 SM	1,20 (1,06-1,37)	
Escolaridade	mais de 11 anos*	1	0,0003
	6-11 anos	1,37 (1,16-1,61)	
	0-5 anos	1,27 (1,07-1,51)	
Profissão***	grupo I*	1	0,0001
	grupo II	1,41 (1,07-1,85)	
	grupo III	1,39 (1,14-1,69)	
	grupo IV	1,49 (1,25-1,78)	
	grupo V	1,17 (0,96-1,43)	
Cor	branca*	1	0,0995
	não-branca	1,16 (0,99-1,35)	
Uso de Álcool	não*	1	<0,0001
	sim	1,92 (1,58-2,37)	

* Categoria de referência

** Renda per capita, em salários- mínimos

*** Ver métodos

Tabela 6. Razões de produtos cruzados (RPC) para fumar resultantes do modelo de regressão logística. Porto Alegre, 1991.

Condição	RPC (IC)	P	
Sexo	feminino*	1	<0,0001
	masculino	1,44 (1,24-1,66)	
Idade	18-29 anos*	1	<0,0001
	30-39 anos	1,70 (1,33-2,19)	
	40-49 anos	1,00 (0,78-1,29)	
	50-88 anos	0,96 (0,84-1,29)	
Renda**	menos de 2 SM*	1	0,06
	2-3,99 SM	0,82 (0,67-0,99)	
	4 ou mais SM	0,97 (0,79-1,19)	
Escolaridade	mais de 11 anos*	1	0,0399
	6-11 anos	1,27 (1,06-1,53)	
	0-5 anos	0,95 (0,73-1,21)	
Profissão***	grupo I*	1	0,0386
	grupo II	0,91 (0,56-1,47)	
	grupo III	1,02 (0,77-1,35)	
	grupo IV	1,39 (1,05-1,84)	
	grupo V	1,21 (0,90-1,62)	
Uso de Álcool	não*	1	<0,0001
	sim	1,70 (1,44-1,99)	

* Categoria de referência

** Renda per capita, em salários- mínimos

*** Ver métodos

Referências Bibliográficas

- ACHUTTI, A. & MEDEIROS, A. B. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *Bol. Saúde SSMA-RS*, 12:2-72, 1985.
- ALVAREZ, F. J. & DEL RIO, M. C. Decreasing prevalence of smoking in Spain [letter]. *Lancet*, 341:119, 1993.
- BORHANI, N. O. Primary prevention of coronary heart disease: a critique. *Am. J. Cardiol.*, 40:251-9, 1977.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Cigarette smoking among adults - United States, 1990. *JAMA*, 267:3133, 1992.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Cigarette smoking among adults - United States, 1991. *JAMA*, 269:1931, 1993.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 01/88: Normas de pesquisa em saúde. *Diário Oficial da União*, 14 jun. 88; p. 10713-9.
- COSTA, E. A. A cross-sectional survey of blood pressure in Rio Grande do Sul, Brazil. London, 1981. [Thesis of Doctor in Philosophy, London School of Hygiene and Tropical Medicine].
- COSTA e SILVA, V. L. & ROMERO, L. C. Programa nacional de combate ao fumo: plano de trabalho para o período 1988-2000. *Rev. Bras. Cancerol.*, 34:245-54, 1988.
- DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. *Tabaquismo y salud en las Américas*. Atlanta, 1992 (DHHS, publicación nº (CDC) 92-8420).
- DUNCAN, B. B. As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não-transmissíveis. Porto Alegre, 1991. [Tese de Doutorado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; POLANCZYK, C. A.; HOMRICH, C. S.; ROSA, R. S.; ACHUTTI, A. C. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região Sul do Brasil: prevalência e simultaneidade. *Rev. Saúde Pública*, 27:143-8, 1993.
- ESCOBEDO, A. G.; MARCUS, S. E.; HOLTZMAN, D.; GIOVINO, G. A. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking US school students. *JAMA*, 269:1391-5, 1993.
- FOWLER, G. Smoking epidemiology. *Practitioner*, 235:593, 1991.
- FUCHS, F. D. Fármacos usados em cardiopatia isquêmica. In: Fuchs, F. D. & Wannmacher, L. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1992. p. 384-409.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Censo demográfico de 1991: resultados preliminares*. Porto Alegre, 1992.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Pesquisa nacional por amostragem domiciliar*. Rio de Janeiro, 1990.
- GUIDI, M. L. M. & DUARTE, S. G. Um esquema de caracterização socioeconômica. *Rev. Bras. Estudos Pedag.*, 52:65-82, 1969.
- KIRKWOOD, B. R. *Essentials of medical statistics*. London, Blackwell Scientific Publ., 1988.
- KLEINBAUM, D. G.; KUPPER, C. C.; MORGENSTERN, H. *Epidemiologic research, principles and quantitative methods*. New York, Van Nostrand Reinhold, 1982.
- LAURENTI, R. O problema das doenças crônicas e degenerativas e dos acidentes nas áreas urbanizadas da América Latina. *Rev. Saúde Pública*, 9:239-48, 1975.
- LOLIO, C. A. & LAURENTI, R. Tendência da mortalidade por doenças cerebrovasculares em adultos maiores de 20 anos de idade na Município de São Paulo (Brasil), 1950 a 1981. *Rev. Saúde Pública*, 20:343-6, 1986.

22. LOLIO, C. A.; SOUZA, J. M. P. de.; SANTOS A. H.; BUCHALLA, C. M. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 27:262-5, 1993.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas técnicas para programa nacional de controle da hipertensão arterial (PNECHA)*. Brasília, 1988. (Série A: normas e manuais técnicos, 47).
24. POHLMANN, P. R.; LOSS, J. F.; FLORES, C.; BOLZZONI A.; DUNCAN, B. B.; ZIMMER, P. M. Tabagismo em Porto Alegre: Prevalência e o papel dos profissionais da saúde na prevenção. *Rev. Ass. Med. Brus.*, 37:8-14, 1991.
25. POLETO, L.; PEZZOTTO, S. M.; MORINI, J.; ANDRADE, J. Prevalência del hábito de fumar en jóvenes y sus padres: asociaciones relevantes con educación. *Rev. Saúde Pública*, 25:388-93, 1991.
26. REGO, R. A.; BERARDO, F. A. N.; RODRIGUES, S. S. R.; OLIVEIRA, Z. M. A.; VASCONCELLOS, C.; AVENTURATO, L. V. O.; MONCAU, J. E. C.; RAMOS, L. R. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil): Metodologia e resultados preliminares. *Rev. Saúde Pública*, 24:177-85, 1990.
27. RUFFINO-NETTO, A.; RUFFINO, M. C.; PASSOS, A. D. C.; SILVA, C. A.; MADEIRA, A. N. Tendências do tabagismo entre acadêmicos de Ribeirão Preto (SP) - estudo prospectivo. *J. Pneumol.*, 14:163-9, 1988.
28. RUMEL, D. Indicadores de mortalidade por categoria ocupacional e nível social. Estado de São Paulo, 1980-1982. São Paulo, 1985. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
29. SIMÕES, M. J. S. Tabagismo entre estudantes do primeiro e segundo graus em Araraquara, SP, Brasil, 1988. *Medicina*, Ribeirão Preto, 23:223-31, 1990.

Abstract

A cross-sectional study was carried out for the purpose of evaluating, the prevalence of smoking and the factors associated with it in Porto Alegre, a city in southern Brazilian. Through proportional, multiple stage, random sampling, 1,091 individuals (92% of those eligible) of 18 or more years of age, were interviewed at home. Exposure to smoking was measured by a questionnaire that inquired about the type, quantity and frequency of tobacco use. The prevalence of smoking was 34.9% (CI 31.9 - 37.8). It was higher -among men - 41.5% (CI 38.5 - 44.4) than women - 29.5% (CI 26.8 - 32.2). The former started smoking at mean age of 16 (\pm 5.6), with mode of 15 and smoked an average of 19.0 (\pm 14.0) cigarettes per day. Females started at a mean age of 17.8 (\pm 6.7), with mode of 14 years old and smoked 14.5 (\pm 10.3). The association of the drinking habit and demographic and socioeconomic variables with smoking was evaluated through logistic regression. The variables included in the model were sex, age, education, income, professional qualification and alcohol consumption. The prevalence of smoking was greater for men, individuals of lower socioeconomic level, between 30 and 39 years of age, and among those accustomed to consuming alcoholic beverages. In conclusion, this study demonstrated that smoking is a public health problem in Brazil as in another countries. It is associated with sex, age, education and professional qualification, as has been observed elsewhere. The association of alcohol consumption with smoking may be understood as risk behavior, both having similar determinants.

Smoking, epidemiology. Risk factors.