










# Uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia do tabaco no Brasil: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019

*Tobacco use, cessation, secondhand smoke and exposure to media about tobacco in Brazil: results of the National Health Survey 2013 and 2019*

Deborah Carvalho Malta<sup>I</sup> , Crizian Saar Gomes<sup>II</sup> , Fabiana Martins Dias de Andrade<sup>I</sup> ,  
Elton Junio Sady Prates<sup>I</sup> , Francielle Thalita Almeida Alves<sup>I</sup> ,  
Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira<sup>III</sup> , Paula Carvalho de Freitas<sup>III</sup> ,  
Cimar Azeredo Pereira<sup>IV</sup> , Roberta de Betânia Caixeta<sup>V</sup> 

**RESUMO:** *Objetivo:* Comparar indicadores de uso do tabaco, fumo passivo, cessação e exposição à mídia pró e antitabaco em 2013 e 2019 e descrever esses indicadores segundo variáveis sociodemográficas em 2019. *Métodos:* Estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Avaliaram-se os indicadores de uso, fumo passivo, cessação e exposição à mídia relacionada ao tabaco. Estimaram-se as prevalências e intervalos de confiança (IC95%) para a população total em 2013 e 2019 e segundo variáveis sociodemográficas para 2019. Para avaliar diferenças nas prevalências, usou-se a regressão de Poisson com variância robusta. *Resultados:* Houve melhoria dos indicadores de uso do tabaco; aumento de ex-fumantes e redução do fumo passivo e da tentativa de parar de fumar. Todos os indicadores de exposição à mídia pró e contra o tabaco diminuíram. Ao se considerarem as prevalências segundo características sociodemográficas em 2019, 43,8% (IC95% 41,6–46,0) dos homens e 50,8% (IC95% 48,5–53,2) das mulheres tentaram parar de fumar. O fumo passivo no domicílio foi maior nas mulheres (10,2%; IC95% 9,7–10,8). Entre os que pensaram em parar de fumar por causa das advertências, a proporção foi maior nas mulheres (48,0%; IC95% 45,3–50,6). O uso do tabaco foi mais elevado nos homens (43,8%; IC95% 41,6–46,0), na população de 40–59 anos (14,9%; IC95% 14,2–15,6) e naquela com menor nível de instrução (17,6%; IC95% 16,8–18,4). *Conclusão:* O estudo mostrou melhoria dos indicadores relacionados ao tabaco entre os anos estudados. Ressalta-se que esse avanço foi menor em relação a outros períodos analisados previamente, e, portanto, torna-se necessário maiores investimentos em políticas públicas de enfrentamento e controle do tabagismo no Brasil.

**Palavras-chave:** Tabagismo. Fumar. Abandono do uso de tabaco. Prevenção do hábito de fumar. Inquéritos populacionais. Brasil.

<sup>I</sup>Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>II</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>III</sup>Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

<sup>IV</sup>Diretoria de Pesquisas, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>V</sup>Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde para as Américas – Washington DC, Estados Unidos.

**Autora correspondente:** Deborah Carvalho Malta. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: dcmalta@uol.com.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundo Nacional de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (TED: 66/2018).

**ABSTRACT: Objective:** To compare indicators of tobacco use, secondhand smoke, cessation and exposure to pro- and anti-tobacco media in 2013 and 2019, and to describe these indicators according to sociodemographic variables in 2019. **Methods:** Cross-sectional study with data from the National Health Survey. The indicators of use, secondhand smoke, cessation and exposure to tobacco-related media were evaluated. Prevalence and confidence intervals (95%CI) were estimated for the total population in 2013 and 2019 and according to sociodemographic variables for 2019. Poisson regression with robust variance was used to assess differences in prevalence. **Results:** There was an improvement in most of the indicators studied: an increase in ex-smokers, a reduction in secondhand smoke and attempts to quit smoking. All pro- and anti-tobacco media exposure indicators declined. When considering the prevalence according to sociodemographic characteristics in 2019, 43.8% (95%CI 41.6–46.0) of men tried to quit smoking, and 50.8% (95%CI 48.5–53.2) of women. Secondhand smoke at home was higher among women (10.2%; 95%CI 9.7–10.8). Among those who thought about quitting smoking because of warnings, the proportion was higher among women (48.0%; 95%CI 45.3–50.6). Tobacco use was higher among men (43.8%; 95%CI 41.6–46.0), in the population aged 40 to 59 years (14.9%; 95%CI 14.2–15.6), with a lower level of education (17.6%; 95%CI 16.8–18.4). **Conclusion:** The study showed improvement in tobacco-related indicators between the years studied. It is noteworthy that this advance was smaller in relation to the other periods previously analyzed, and therefore, greater investments in public policies to combat and control smoking in Brazil are necessary.

**Keywords:** Tobacco use disorder. Smoking. Tobacco use cessation. Smoking prevention. Demography. Brazil.

## INTRODUÇÃO

Globalmente, o uso e a exposição ao tabaco são considerados uma ameaça à saúde pública, responsável por elevada e evitável carga de morbimortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 8 milhões de óbitos no mundo tenham ocorrido em função do uso de tabaco<sup>1</sup>. Aproximadamente 7 milhões resultam do uso direto dele e 1,2 milhão da exposição ao fumo passivo<sup>2</sup>.

No Brasil, o tabagismo foi responsável, em 2019, por 191 mil óbitos e 5.159,945 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*disability-adjusted life years* — DALYs)<sup>3</sup>. Em 2017, entre os óbitos atribuídos ao tabaco, destacaram-se as doenças cardiovasculares isquêmicas, doenças respiratórias crônicas e cânceres de pulmão, traqueia e brônquios<sup>4</sup>.

O enfrentamento do tabagismo tem sido considerado como uma ação exitosa, e o Brasil tornou-se referência global para as iniciativas antitabaco. Esses avanços são atribuídos às medidas regulatórias adotadas no país, como proibição de propagandas, promoção e patrocínio de cigarros (com exceção dos pontos de venda), aumento dos preços dos cigarros, imagens de advertências nos maços e pacotes de produtos do tabaco, proibição de fumar em ambientes fechados, entre outras<sup>4,7</sup>.

Diversos compromissos nacionais e globais asseguraram o monitoramento e o enfrentamento do tabaco. Destacam-se o Plano de Ação de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011–2022<sup>8</sup> e o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle

das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da OMS, que prevê redução de 30% no tabagismo até 2025<sup>9</sup>. Monitorar os indicadores do uso e exposição ao tabaco é essencial para acompanhar os progressos dos compromissos nacionais<sup>8</sup> e globais<sup>9</sup>.

Com base no exposto, este estudo teve por objetivos: comparar indicadores de uso do tabaco, fumo passivo, cessação e exposição à mídia pró e antitabaco em 2013 e 2019 e descrever esses indicadores segundo variáveis sociodemográficas em 2019.

## MÉTODOS

### DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, de base populacional e descritivo, que utilizou dados das Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) 2013 e 2019. A PNS é um inquérito domiciliar, de abrangência nacional, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS)<sup>10,11</sup>.

A amostra da PNS é probabilística e foi conduzida em três estágios:

- (1) setores censitários,
- (2) sorteio de domicílios e
- (3) sorteio do morador de cada domicílio. Em 2013, o tamanho da amostra foi calculado em, aproximadamente, 80 mil domicílios, e foram coletadas informações em 64.348 domicílios<sup>10</sup>.

Em 2019, a amostra foi calculada em 108.525 domicílios, os dados foram coletados em 94.111, com taxa de resposta de 93,6%<sup>11</sup>. A fim de permitir a comparação entre as pesquisas, em 2019 serão analisados os dados do morador com 18 anos ou mais selecionado, totalizando 88.531 indivíduos. Maiores detalhes sobre a metodologia podem ser consultados em publicações específicas<sup>10-13</sup>.

### VARIÁVEIS

Os indicadores de uso, cessação e mídia relacionadas ao tabaco selecionados para o presente estudo foram os descritos a seguir.

- a) Uso do tabaco:
  1. *Prevalência de usuários atuais de tabaco*: indivíduos usuários de produtos derivados do tabaco que emitem ou não fumaça/número de indivíduos entrevistados x 100.
  2. *Prevalência de fumantes de tabaco*: indivíduos fumantes atuais de tabaco/número de indivíduos entrevistados x 100.
  3. *Prevalência de fumantes diários de tabaco*: indivíduos fumantes diários de tabaco/número de indivíduos entrevistados x 100.

4. *Prevalência de fumantes de cigarro*: indivíduos fumantes atuais de cigarro/ número de indivíduos entrevistados x 100.
  5. *Prevalência de fumantes diários de cigarro*: indivíduos fumantes diários de cigarro/ número de indivíduos entrevistados x 100.
- b) Cessação:
6. *Prevalência de ex-fumante de tabaco*: ex-fumantes/ número de indivíduos entrevistados x 100.
  7. *Proporção de fumantes que tentaram de parar de fumar nos últimos 12 meses*: fumantes de tabaco que tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses/ número de indivíduos fumantes entrevistados x 100.
- c) Fumo passivo:
8. *Prevalência de fumantes passivos em casa*: indivíduos não fumantes expostos à fumaça de tabaco em casa pelo menos uma vez por mês/ número de indivíduos entrevistados x 100.
  9. *Prevalência de fumantes passivos no trabalho*: indivíduos não fumantes expostos ao fumo dentro de seus locais fechados de trabalho nos 30 dias anteriores à pesquisa/ número de indivíduos entrevistados que trabalham em ambiente fechado x 100.
- d) Exposição à mídia pró e contra o tabaco:
10. *Prevalência de exposição à mídia pró-tabaco*: indivíduos que viram alguma propaganda ou anúncio de cigarros nos pontos de venda nos 30 dias anteriores à pesquisa/ número de indivíduos entrevistados x 100.
  11. *Prevalência da exposição à mídia antitabaco*: indivíduos que viram ou ouviram alguma informação antitabaco na televisão ou no rádio nos 30 dias anteriores à pesquisa/ número de indivíduos entrevistados x 100.
  12. *Proporção de fumantes expostos às advertências antitabaco*: número de pessoas fumantes que viram alguma foto ou advertência antitabaco nos maços de cigarros nos 30 dias anteriores à pesquisa / número de fumantes entrevistados x 100.
  13. *Proporção de fumantes que pensaram em parar de fumar por causa das advertências*: número de pessoas fumantes que pensaram em parar diante de alguma foto ou advertência antitabaco nos maços de cigarros nos 30 dias anteriores à pesquisa / número de pessoas fumantes x 100.

Maiores detalhes sobre a construção dos indicadores estão apresentados no Quadro 1 suplementar.

## ANÁLISE DE DADOS

Estimaram-se as prevalências e proporções e intervalos de confiança de 95% (IC95%) de todos os indicadores para 2013 e 2019. Ademais, em 2019, os indicadores foram analisados segundo as seguintes variáveis sociodemográficas:

- a) sexo (masculino, feminino);
- b) faixa etária (18–24, 25–39, 40–59 e 60 ou mais);

- c) escolaridade (sem instrução e ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo e ensino médio incompleto, ensino médio completo e superior incompleto, ensino superior completo);
- d) raça/ cor (branca, preta, parda);
- e) renda *per capita* (até um salário mínimo [SM], mais de um até três SM, três ou mais SM);
- f) região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).

Para avaliar diferenças entre as prevalências, utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta, e o nível de significância adotado foi de 5%. Realizaram-se as análises estatísticas no *Software for Statistics and Data Science* (Stata) versão 14.

## ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as orientações da Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas que envolvem seres humanos. As bases de dados da PNS estão disponíveis para acesso e uso público, e ambas as edições da PNS foram aprovadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do MS, sob os pareceres n° 328.159 (2013) e n° 3.529.376 (2019).

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a prevalência dos indicadores analisados nos anos estudados. Ocorreu melhoria em todos os indicadores de uso de tabaco entre 2013 e 2019, com redução de 15%. Em relação aos indicadores de cessação, verificou-se aumento da prevalência de ex-fumantes (17,5% em 2013 para 26,6% em 2019; razão de prevalência — RP 1,52; IC95% 1,46–1,58), no entanto reduziu a prevalência de fumantes que tentaram parar de fumar (51,1% em 2013 para 46,7% em 2019; RP 0,91; IC95% 0,87–0,96). O fumo passivo em casa e no trabalho também reduziu entre 2013 e 2019, com destaque para o passivo no trabalho, o qual teve declínio de 37% (13,4% em 2013 e 8,4% em 2019; RP 0,63; IC95% 0,57–0,69). No que diz respeito à exposição à mídia pró e contra o tabaco, verificou-se diminuição de todos os indicadores: mídia pró-tabaco (28,7% em 2013 para 18,4% em 2019; RP 0,64; IC95% 0,61–0,68), mídia antitabaco (52% em 2013 para 39,2% em 2019; RP 0,75; IC95% 0,73–0,77), fumantes expostos às advertências (86,1% em 2013 para 83,2% em 2019; RP 0,97; IC95% 0,94–0,99) e fumantes que pensaram em parar de fumar em razão das advertências (52,1% em 2013 para 44,4% em 2019; RP 0,85; IC95% 0,81–0,90).

A Tabela 2 descreve os indicadores segundo o sexo em 2019. As mulheres apresentam prevalências menores na maioria dos indicadores, exceto para: tentativa de parar de fumar nos últimos 12 meses (RP 1,16; IC95% 1,08–1,24); fumo passivo em casa (RP 1,3 IC95% 1,18–1,42); fumantes expostos às advertências (RP 1,03; IC95% 1,01–1,06); e pensar em parar de

Tabela 1. Proporção e intervalo de confiança dos indicadores de uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia do tabaco em adultos  $\geq 18$  anos em 2013 e 2019. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 e 2019.

		PNS 2013		PNS 2019		RP (IC95%)
		%	IC95%	%	IC95%	
Uso do tabaco	1. Usuários atuais de tabaco	14,9	(14,4–15,4)	12,8	(12,4–13,2)	0,86 (0,82–0,90)
	2. Fumantes de tabaco	14,7	(14,2–15,2)	12,6	(12,1–13,0)	0,86 (0,82–0,90)
	3. Fumantes diários de tabaco	12,7	(12,2–13,1)	11,4	(11,0–11,8)	0,90 (0,85–0,95)
	4. Fumantes de cigarro	14,5	(14,0–15,0)	12,3	(11,9–12,7)	0,85 (0,81–,89)
	5. Fumantes diários de cigarro	13,1	(12,6–13,6)	11,0	(10,7–11,4)	0,84 (0,80–0,89)
Cessação	6. Ex-fumantes	17,5	(16,9–18,1)	26,6	(26,1–27,2)	1,52 (1,46–1,58)
	7. Tentaram parar de fumar	51,1	(49,3–52,8)	46,7	(45,0–48,3)	0,91 (0,87–0,96)
Fumo Passivo	8. Fumantes passivos em casa	10,8	(10,3–11,4)	9,2	(8,8–9,6)	0,85 (0,79–0,90)
	9. Fumantes passivos no trabalho	13,4	(12,6–14,3)	8,4	(7,9–9,0)	0,63 (0,57–0,69)
Mídia	10. Exposição à mídia pró-tabaco	28,7	(27,8–29,5)	18,4	(17,6–19,2)	0,64 (0,61–0,68)
	11. Exposição à mídia antitabaco	52,0	(51,0–53,0)	39,2	(38,4–40,0)	0,75 (0,73–0,77)
	12. Fumantes expostos às advertências	86,1	(84,7–87,4)	83,2	(81,9–84,4)	0,97 (0,94–0,99)
	13. Fumantes que pensaram em parar de fumar por causa das advertências	52,1	(50,2–54,0)	44,4	(42,7–46,1)	0,85 (0,81–0,90)

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

fumar por causa das advertências (RP 1,14; IC95% 1,06–1,23). Não houve diferença na prevalência de ex-fumantes segundo o sexo.

A Tabela 3 apresenta os indicadores segundo as faixas etárias. As RP foram calculadas tendo como referência a população de 18–24 anos, que possui menores prevalências de uso de tabaco. Estas foram mais elevadas entre indivíduos com 40 a 59 anos para o uso de

Tabela 2. Percentual de uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia do tabaco em adultos  $\geq 18$  anos segundo o sexo. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

		Sexo					RP B/A (IC95%)
		Masculino (A)		Feminino (B)			
		%	IC95%	%	IC95%		
Uso do tabaco	1. Usuários atuais de tabaco	16,2	15,6–16,9	9,8	9,3–10,3	0,60 (0,57–0,64)	
	2. Fumantes de tabaco	15,9	15,3–16,6	9,6	9,2–10,1	0,61 (0,57–0,64)	
	3. Fumantes diários de tabaco	14,3	13,7–15,0	8,8	8,4–9,2	0,61 (0,58–0,65)	
	4. Fumantes de cigarro	15,5	14,9–16,2	9,4	9,0–9,9	0,61 (0,57–0,64)	
	5. Fumantes diários de cigarro	13,9	13,3–14,5	8,4	8,0–8,8	0,61 (0,57–0,65)	
Cessação	6. Ex-fumantes	26,8	26,1–27,5	26,5	25,7–27,2	0,99 (0,95–1,03)	
	7. Tentaram para de fumar	43,8	41,6–46,0	50,8	48,5–53,2	1,16 (1,08–1,24)	
Fumo Passivo	8. Fumantes passivos em casa	7,9	7,3–8,5	10,2	9,7–10,8	1,30 (1,18–1,42)	
	9. Fumantes passivos no trabalho	10,4	9,4–11,3	6,7	6,1–7,4	0,65 (0,57–0,74)	
Mídia	10. Exposição à mídia pró-tabaco	21,3	20,3–22,3	15,8	15,1–16,6	0,74 (0,70–0,78)	
	11. Exposição à mídia antitabaco	40,4	39,3–41,6	38,1	37,2–39,0	0,94 (0,91–0,97)	
	12. Fumantes expostos às advertências	82,0	80,5–83,6	84,8	83,1–86,6	1,03 (1,01–1,06)	
	13. Fumantes que pensaram em parar fumar por causa das advertências	42,0	39,8–44,1	48,0	45,3–50,6	1,14 (1,06–1,23)	

Nota: a descrição dos indicadores (1–13) está disposta nos métodos. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

derivados do tabaco (14,9%; IC95% 14,2–15,6; RP 1,38; IC95% 1,23–1,56) e de fumantes de tabaco atual (14,7%; IC95% 14,015,4; RP 1,38; IC95% 1,22–1,56). Em relação ao uso diário de tabaco e ao uso atual e diário de cigarros, eles foram maiores na população de 40 a 59 anos (RP 1,61 IC95% 1,41–1,84; RP 1,50 IC95% 1,33–1,70; e RP 1,76 IC95% 1,53–2,02, respectivamente) e acima de 60 (RP 1,26 IC95% 1,10–1,45; RP 1,15 IC95% 1,01–1,31; e RP 1,35 IC95% 1,17–1,56, respectivamente). Os adultos de 40–59 anos e os idosos (60 anos e mais) foram os que menos tentaram parar de fumar (RP 0,87 IC95% 0,77–0,98 e RP 0,88 IC95% 0,77–0,99, respectivamente) mas que tiveram maior prevalência de ex-fumantes (RP

Tabela 3. Percentual de uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia do tabaco em adultos  $\geq 18$  anos segundo faixa etária. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

		Faixa etária (anos)										
		18–24 (A)		25–39 (B)		40–59 (C)		60 ou mais (D)		RP (IC 95%) B/A	RP (IC 95%) C/A	RP (IC 95%) D/A
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%			
Uso do tabaco	1.	10,8	9,6–12,0	12,0	11,2–12,7	14,9	14,2–15,6	11,9	11,2–12,6	1,11 (0,98–1,26)	1,38 (1,23–1,56)	1,10 (0,97–1,25)
	2.	10,6	9,5–11,8	11,8	11,1–12,5	14,7	14,0–15,4	11,4	10,7–12,1	1,11 (0,98–1,26)	1,38 (1,22–1,56)	1,07 (0,95–1,22)
	3.	8,6	7,5–9,6	10,2	9,6–10,9	13,8	13,1–14,5	10,8	10,1–11,5	1,19 (1,04–1,37)	1,61 (1,41–1,84)	1,26 (1,10–1,45)
	4.	9,6	8,5–10,7	11,6	10,9–12,3	14,6	13,9–15,3	11,1	10,4–11,8	1,20 (1,06–1,35)	1,50 (1,33–1,70)	1,15 (1,01–1,31)
	5.	7,6	6,7–8,6	9,9	9,2–10,6	13,5	12,9–14,2	10,4	9,7–11,1	1,29 (1,12–1,49)	1,76 (1,53–2,02)	1,35 (1,17–1,56)
Cessação	6.	18,6	17,0–20,2	18,7	17,8–19,6	26,8	25,9–27,7	42,2	41,1–43,3	1,00 (0,91–1,10)	1,44 (1,31–1,57)	2,27 (2,07–2,48)
	7.	51,5	45,8–57,2	48,0	45,0–51,1	44,9	42,4–47,5	45,1	42,1–48,1	0,93 (0,82–1,06)	0,87 (0,77–0,98)	0,88 (0,77–0,99)
Fumo passivo	8.	15,7	14,0–17,3	8,2	7,5–8,9	7,8	7,2–8,4	8,4	7,7–9,1	0,52 (0,46–0,60)	0,50 (0,44–0,57)	0,54 (0,47–0,61)
	9.	9,5	7,4–11,7	8,0	7,1–8,9	8,5	7,7–9,3	7,8	6,3–9,4	0,84 (0,65–1,08)	0,90 (0,70–1,15)	0,82 (0,61–1,11)
Mídia	10.	20,2	18,5–21,9	21,1	20,0–22,2	19,0	17,8–20,2	12,6	11,7–13,4	1,04 (0,95–1,15)	0,94 (0,85–1,04)	0,62 (0,56–0,69)
	11.	37,7	35,7–39,7	38,6	37,4–39,8	40,5	39,3–41,8	38,7	37,5–39,9	1,02 (0,97–1,08)	1,07 (1,01–1,14)	1,03 (0,97–1,09)
	12.	84,4	80,5–88,4	84,2	82,1–86,3	85,9	84,3–87,5	75,3	72,7–77,8	1,00 (0,95–1,05)	1,02 (0,97–1,07)	0,89 (0,84–0,94)
	13.	35,7	30,1–41,4	46,8	43,8–49,8	47,5	44,8–50,2	39,8	36,7–43,0	1,31 (1,11–1,54)	1,33 (1,12–1,58)	1,11 (0,93–1,33)

Nota: a descrição dos indicadores (1 a 13) está disposta nos métodos. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.



1,44 IC95% 1,31–1,57 e RP 2,27 IC95% 2,07–2,48, respectivamente). O fumo passivo em casa foi elevado em 18–24 anos (15,7%; IC95% 14,0–17,3) e reduziu com o aumento da idade. A exposição à advertência do maço foi menos percebida pelos idosos (RP 0,89; IC95% 0,84–0,94). A exposição à mídia antitabaco foi maior entre os adultos de 40 a 59 anos. A proporção de fumantes que pensaram em parar de fumar por causa das advertências foi maior entre 25 e 39 anos (RP 1,31; IC95% 1,11–1,54) e entre 40 e 59 anos (RP 1,33; IC95% 1,12–1,58).

Na Tabela 4 estão descritos os indicadores segundo o nível de instrução. A população sem instrução e com fundamental incompleto possui as prevalências mais elevadas da maioria dos indicadores: o uso de tabaco atual (17,6%; IC95% 16,8–18,4), quase três vezes em relação à população com nível superior; o fumo passivo no trabalho (14,1%; IC95% 12,6–15,7), cerca de três vezes mais elevado. A prevalência de todos os indicadores de uso do tabaco, de ex-fumantes e de fumantes passivos no trabalho foi menor com o aumento da escolaridade. A população com ensino superior completo ou mais foi a que menos tentou parar de fumar, a que teve menor exposição à mídia antitabaco e a que menos pensou em parar de fumar por causa das advertências do maço. A prevalência de exposição à mídia pró-tabaco e a percepção de advertências no maço foi maior nos mais escolarizados (Tabela 4).

A Tabela 5 mostra as análises segundo raça/cor. As pessoas de raça/cor preta e parda apresentaram maior prevalência de todos os indicadores de uso do tabaco, fumo passivo no domicílio e no trabalho, tentativa de parar de fumar e exposição à mídia antitabaco e menor exposição a advertências no maço. O percentual de ex-fumantes foi maior na população de raça/cor preta (28,8%; IC95% 27,2–30,5). A exposição à mídia pró-tabaco foi menor nas pessoas de raça/cor parda.

No material suplementar, estão apresentadas as análises segundo as regiões do Brasil e a renda domiciliar. Os piores indicadores relacionados a uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia do tabaco foram observados nas regiões Norte e Nordeste (Tabela 1 suplementar). Em relação à renda domiciliar, em geral, os piores indicadores foram encontrados entre aqueles com até um salário mínimo (Tabela 2 suplementar).

## DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que entre 2013 e 2019: houve melhora na maioria dos indicadores de uso do tabaco; ocorreu redução de fumo passivo no trabalho e no domicílio; houve aumento na prevalência de ex-fumantes, porém redução da tentativa de parar de fumar; e os indicadores de mídia apontam redução da exposição à mídia pró e antitabaco, bem como às advertências. Ao considerar as variáveis sociodemográficas, em 2019, o uso do tabaco foi maior nos homens, na faixa etária de 40–59 anos, nos menos escolarizados, de baixa renda, nos pretos e pardos, das regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste.

Em 2019 eram usuários de tabaco 20,4 milhões (12,8%) de adultos, e o tabaco fumado corresponde à quase totalidade desse consumo — cerca de 20 milhões, ou seja, 12,6% de usuários. Assim, apenas 0,2% refere uso do tabaco mascado ou outras formas de consumo do

Tabela 4. Percentual de uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia em adultos ≥ 18 anos segundo nível de instrução. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

		Sem instrução e fundamental incompleto (A)		Fundamental completo e médio incompleto (B)		Médio completo e superior incompleto (C)		Superior completo (D)		RP (IC 95%) B/A	RP (IC 95%) C/A	RP (IC 95%) D/A
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%			
Uso do tabaco	1.	17,6	16,8–18,4	15,5	14,3–16,6	9,6	8,9–10,2	7,1	6,3–7,8	0,88 (0,81–0,96)	0,54 (0,50–0,58)	0,40 (0,36–0,45)
	2.	17,2	16,4–18,0	15,3	14,2–16,5	9,4	8,8–10,0	7,0	6,3–7,7	0,89 (0,82–0,97)	0,55 (0,51–0,59)	0,41 (0,36–0,45)
	3.	16,0	15,3–16,8	14,1	12,9–15,2	8,1	7,6–8,7	5,9	5,3–6,6	0,88 (0,80–0,96)	0,51 (0,47–0,55)	0,37 (0,33–0,41)
	4.	9,6	8,5–10,7	11,6	10,9–12,3	14,6	13,9–15,3	11,1	10,4–11,8	0,87 (0,80–0,95)	0,53 (0,50–0,58)	0,39 (0,35–0,43)
	5.	15,5	14,8–16,3	13,5	12,4–14,6	7,8	7,3–8,4	5,7	5,0–6,3	0,87 (0,80–0,95)	0,50 (0,46–0,54)	0,36 (0,32–0,41)
Cessação	6.	33,9	33,0–34,8	26,1	24,7–27,5	22,3	21,4–23,3	20,7	19,6–21,8	0,77 (0,73–0,82)	0,66 (0,63–0,69)	0,61 (0,58–0,65)
	7.	47,4	45,1–49,6	51,1	47,0–55,1	44,5	41,3–47,8	40,5	35,3–45,7	1,08 (0,98–1,18)	0,94 (0,86–1,02)	0,85 (0,75–0,98)
Fumo passivo	8.	11,1	10,4–11,8	11,0	9,7–12,2	8,6	7,8–9,3	5,1	4,4–5,9	0,98 (0,87–1,12)	0,77 (0,69–0,86)	0,46 (0,40–0,54)
	9.	14,1	12,6–15,7	10,6	9,0–12,3	8,2	7,3–9,1	4,2	3,5–4,8	0,75 (0,63–0,90)	0,58 (0,50–0,68)	0,30 (0,24–0,36)
Mídia	10.	14,9	13,9–15,8	19,8	18,4–21,2	20,7	19,6–21,8	19,7	18,3–21,2	1,33 (1,23–1,44)	1,39 (1,31–1,48)	1,33 (1,21–1,46)
	11.	39,7	38,6–40,9	40,7	39,0–42,4	39,9	38,7–41,2	34,9	33,4–36,3	1,02 (0,98–1,07)	1,00 (0,97–1,04)	0,88 (0,83–0,92)
	12.	77,6	75,7–79,4	86,8	84,1–89,5	88,0	86,0–90,0	92,0	89,0–94,9	1,12 (1,08–1,16)	1,13 (1,10–1,17)	1,19 (1,14–1,23)
	13.	45,1	42,8–47,4	47,2	43,0–51,5	43,3	40,0–46,6	38,1	33,2–43,1	1,05 (0,94–1,16)	0,96 (0,88–1,05)	0,85 (0,74–0,97)

Nota: a descrição dos indicadores (1–13) está disposta nos métodos. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 5. Percentual de uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia em adultos ≥ 18 anos segundo a raça/cor. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

		Raça/Cor							
		Branca (A)		Preta (B)		Parda (C)		RP (IC95%) B/A	RP (IC95%) C/A
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%		
Uso do tabaco	1.	11,8	11,2–12,4	13,7	12,5–15,0	13,5	12,9–14,2	1,16 (1,05–1,28)	1,14 (1,07–1,22)
	2.	11,6	11,0–12,2	13,5	12,3–14,7	13,3	12,7–13,9	1,16 (1,05–1,28)	1,14 (1,07–1,22)
	3.	10,6	10,0–11,2	12,4	11,2–13,5	11,9	11,3–12,5	1,17 (1,05–1,30)	1,12 (1,05–1,21)
	4.	11,2	10,6–11,8	13,3	12,1–14,5	13,0	12,4–13,6	1,18 (1,07–1,31)	1,15 (1,08–1,24)
	5.	10,2	9,7–10,8	11,8	10,7–12,9	11,5	10,9–12,0	1,15 (1,04–1,28)	1,12 (1,04–1,21)
Cessação	6.	26,4	25,5–27,3	28,8	27,2–30,5	26,2	25,5–27,0	1,09 (1,02–1,17)	0,99 (0,95–1,04)
	7.	42,8	40,1–45,4	54,1	49,9–58,2	48,2	45,9–50,5	1,26 (1,15–1,39)	1,13 (1,05–1,21)
Fumo passivo	8.	7,9	7,3–8,5	10,4	9,1–11,7	10,1	9,5–10,6	1,32 (1,14–1,53)	1,27 (1,16–1,40)
	9.	6,8	6,0–7,5	10,7	9,0–12,3	9,8	8,8–10,7	1,58 (1,30–1,92)	1,45 (1,25–1,68)
Mídia	10.	19,2	18,2–20,2	19,1	17,6–20,6	17,3	16,4–18,2	0,99 (0,91–1,08)	0,90 (0,85–0,96)
	11.	38,1	37,0–39,2	41,8	40,0–43,7	39,7	38,7–40,7	1,10 (1,04–1,15)	1,04 (1,01–1,08)
	12.	87,0	85,2–88,8	82,2	79,1–85,2	80,2	78,4–81,9	0,94 (0,91–0,98)	0,92 (0,89–0,95)
	13.	42,8	40,1–45,6	45,4	40,9–49,9	45,7	43,2–48,3	1,06 (0,94–1,19)	1,07 (0,98–1,16)

Nota: a descrição dos indicadores (1–13) está disposta nos métodos. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

produto. Esses resultados diferem dos de outros países da Ásia, como Bangladesh e Índia, onde o tabaco mascado ou sem fumaça, por questões culturais, possui prevalências mais elevadas<sup>14</sup>.

Verificou-se que a prevalência de uso do tabaco foi mais elevada entre homens, o que tem sido descrito na maioria dos países<sup>14-16</sup>. Estudo com dados do *Global Burden Disease* (GBD) destaca que 933,1 milhões de pessoas fumam diariamente no mundo, das quais mais de 80% são homens<sup>15</sup>. No Brasil, no início do século XX, o uso do tabaco era uma prática masculina, e a iniciação entre mulheres ocorreu por volta dos anos 1960 e 1970, associada à imagem de emancipação feminina e igualdade de gêneros<sup>17-19</sup>, o que explica tais diferenças. Entretanto, nas últimas décadas o uso do tabaco tem declinado em ambos os sexos<sup>20,21</sup>.

A faixa etária que mais fuma é a de 40–59 anos, todavia estudos têm mostrado declínio em todas as faixas etárias<sup>20</sup>. Entre jovens as menores prevalências refletem o papel das medidas regulatórias adotadas e o menor uso entre adolescentes<sup>4,22</sup>. Para os idosos, as prevalências também têm reduzido, o que pode ser atribuído às orientações médicas e dos demais profissionais da saúde para o abandono do tabaco<sup>23</sup>.

Evidenciaram-se, ainda, prevalências de uso de tabaco mais elevadas na população com baixa renda e escolaridade, o que já foi descrito em estudos realizados no Brasil<sup>20,21</sup> e em outros países<sup>14</sup> e atribuído ao menor acesso às práticas de promoção da saúde e da cessação.

Indivíduos de cor preta e parda apresentaram maior prevalência de uso do tabaco e de exposição a sua fumaça no presente estudo, o que pode ser explicado por sua menor condição socioeconômica, seu menor acesso às práticas de promoção da saúde e sua maior exposição ao fumo no trabalho. Entretanto, em outros países, como nos Estados Unidos da América, foram descritos resultados opostos, com menor prevalência entre negros<sup>24</sup>.

Os indicadores de cessação do tabaco apontaram aumento de ex-fumantes para a população total, com elevação após 60 anos e na população sem instrução. Ex-fumantes no Brasil são duas vezes mais numerosos (42,3 milhões) do que fumantes (20 milhões). Esse êxito pode ser creditado às políticas antitabaco dos últimos anos, como a proibição das propagandas, o aumento na taxação dos produtos e as advertências<sup>7,20,22,25</sup>. O apoio à cessação do tabagismo é um dos marcos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco<sup>26,27</sup>.

Ademais, ampliou-se acesso ao tratamento, por meio da capacitação de equipes, bem como do aumento na aquisição e distribuição de medicamentos para a cessação. Tem-se, ainda, que o tratamento para a cessação de fumar (ou tratamento da dependência de nicotina) é oferecido de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2004<sup>28</sup>, com atualização em 2013, por meio da Portaria nº 571<sup>29</sup>.

Entre os fumantes, quase a metade, ou 46,6% (10 milhões), tentou parar de fumar. Contudo, essa redução foi menor se comparada à de 2013, que foi de 51%. O Brasil é um dos 23 países que adotaram o pacote de políticas “MPOWER”, parte do Plano de Ação da OMS para a prevenção e o controle das DCNT<sup>1</sup>. O MPOWER incentiva os países a monitorar o uso de tabaco e as políticas de prevenção, proteção contra o fumo passivo, apoio para a cessação e medidas regulatórias<sup>1,30</sup>.

O fumo passivo, ou seja, a inalação da fumaça de tabaco e seus derivados, aumenta os riscos de desenvolvimento das mesmas doenças que o tabagismo ativo engendra, embora em menor proporção<sup>31</sup>. Em 2019, no Brasil, 27 mil mortes (1,9% do total de óbitos) e 771 mil

DALYs (1,1% do total de DALYs) foram atribuídos ao fumo passivo<sup>3</sup>. Os fumantes passivos no trabalho são, na maioria, homens, jovens, negros de baixa escolaridade e baixa renda<sup>32</sup>. Essa caracterização possivelmente é resultado da exposição a postos de trabalhos com menor regulamentação<sup>32,33</sup>. Em 2011 a Lei nº 12.546 e, em 2014, o Decreto Presidencial nº 8.262 proibiram a prática de fumar em ambientes coletivos<sup>34,35</sup>. Houve, ainda, maior redução na prevalência do fumo passivo no trabalho do que no domicílio entre 2013 e 2019, efeito desse marco regulatório<sup>34-36</sup>. A prevalência de fumantes passivos em casa, além de ser mais elevada que no trabalho, abrange 12,7 milhões de adultos não fumantes, na maioria mulheres, mais jovens, com baixa escolaridade e renda, de cor preta e parda. Esses resultados evidenciam que os fumantes passivos no domicílio representam uma população mais vulnerável e com menor proteção da legislação, que se refere a ambientes coletivos públicos<sup>34-36</sup>.

Observou-se redução nos fumantes expostos à mídia antitabaco, que em 2013 eram aproximadamente metade da população, enquanto em 2019 somavam cerca de 40%. A OMS recomenda investir na comunicação de riscos, nas campanhas de comunicação antitabaco e nos demais fatores de risco para as DCNT<sup>37</sup>. A percepção de redução pode ser decorrente do menor investimento em ações de comunicação social do governo na área da saúde<sup>4</sup>. Por outro lado, ressalta-se que houve redução na exposição à mídia pró-tabaco, o que é positivo, e que o marco regulatório de proibição da propaganda<sup>34-36</sup> tem funcionado<sup>4,7</sup>.

A OMS também recomenda a implantação das imagens de advertências nas embalagens dos cigarros com a finalidade de aumentar o conhecimento sobre os malefícios causados pelo seu uso<sup>30,38</sup>. Esse indicador foi medido entre os fumantes e mostrou que eles foram menos expostos às advertências entre 2013 e 2019; as imagens causaram menor impacto entre eles, afetando 52% deles em 2013 e 44% em 2019, ou seja, menos da metade dos fumantes pensou em parar de fumar por causa das advertências na última pesquisa.

Embora tenha havido melhora da maioria dos indicadores relacionados ao consumo do tabaco no país, os avanços foram menos expressivos no período analisado. Esse resultado tem sido confirmado pelos inquéritos por telefone realizado em capitais, que mostraram que entre 2015 e 2019 houve menor redução na prevalência de fumantes, o que pode indicar falhas nas políticas de regulação e de preços<sup>4,21</sup>. Outro estudo, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Adolescente (PeNSE), mostrou aumento do consumo de outros produtos do tabaco, em particular o narguilé, evidenciando mudanças recentes no comportamento do tabaco no país entre a população jovem<sup>22</sup>. O Brasil, desde 2015, vem passando por uma crise política e econômica e tem implementado medidas de austeridade fiscal, cortes orçamentários, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95<sup>39</sup>, além do que houve menor investimento em políticas públicas e na regulação<sup>21</sup>. Essas medidas têm contribuído para a deterioração da saúde da população, resultando também no aumento da pobreza<sup>21,40-43</sup>. Houve menor investimento no papel regulatório do governo brasileiro, menor fiscalização dos produtos do tabaco e aumento do comércio ilegal<sup>44,45</sup>. Nesse sentido, tem-se a possibilidade de um platô das prevalências ou, pior, de uma tendência de aumento. A manutenção e o avanço no enfretamento da epidemia do tabaco dependem da ampliação do marco regulatório, como por exemplo a adoção de embalagens genéricas, além de apoio aos pequenos

agricultores na diversificação de suas culturas visando ao alcance das metas da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável<sup>5</sup>.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o delineamento transversal, que impossibilita estabelecer relação de causalidade entre os achados. No entanto, a PNS é padrão ouro em inquéritos de base populacional e é utilizada como base para outras estimativas provenientes de outros inquéritos. Outra questão refere-se ao fato de as informações serem autorreferidas pelos participantes, podendo estar sujeitas ao viés de informação. No entanto, estudos que comparam dados autorreferidos com os aferidos mostram que os primeiros possuem boa fidedignidade<sup>46</sup>.

Em síntese, os achados mostram melhora nos indicadores de uso do tabaco, cessação, fumo passivo e exposição à mídia entre 2013 e 2019, porém a redução foi menor que em outros períodos analisados. Consequentemente, torna-se imperativo o maior investimento em políticas públicas de enfrentamento e controle do uso do tabaco e seus derivados no Brasil.

## AGRADECIMENTOS

Malta DC e Alves FTA agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) a bolsa de produtividade. EJS Prates agradece ao Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde a bolsa de pesquisa. FMD Andrade agradece à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) a bolsa de doutorado.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use. Genebra: World Health Organization; 2019.
2. World Health Organization. Tobacco: key facts [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2020. [acessado em 16 mai. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare, Viz Hub [Internet]. University of Washington; 2019. [acessado em 16 maio 2021]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
4. Malta DC, Flor LS, Machado IE, Felisbino-Mendes MS, Brant LCC, Ribeiro ALP, et al. Trends in prevalence and mortality burden attributable to smoking, Brazil and federated units, 1990 and 2017. *Popul Health Metr* 2020; 18 (Suppl 1): 24. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00215-2>
5. World Health Organization. Tobacco control and the sustainable development goals. Genebra: World Health Organization; 2017.
6. Portes LH, Machado CV, Turci SRB, Figueiredo VC, Cavalcante TM, Silva VLDCE. Tobacco control policies in brazil: a 30-year assessment. *Cien Saude Colet* 2018; 23 (6): 1837-48. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05202018>
7. Szklo AS, de Almeida LM, Figueiredo VC, Autran M, Malta D, Caixeta R, Szklo M. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. *Prev Med* 2012; 54 (2): 162-7. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.12.005>
8. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* 2011; 20 (4): 425-38. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>
9. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Genebra: World Health Organization; 2013.
10. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira ML, Conde WL, Souza Júnior PR, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cien Saude Colet* 2014; 19 (2): 333-42. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>

11. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29 (5): e2020315. <http://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500004>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.
14. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhalan N, et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet* 2012; 380 (9842): 668-79. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61085-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61085-X)
15. GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 389 (10082): 1885-906. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30819-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X)
16. Flor LS, Reitsma MB, Gupta V, Ng M, Gakidou E. The effects of tobacco control policies on global smoking prevalence. *Nat Med* 2021; 27 (2): 239-43. <http://doi.org/10.1038/s41591-020-01210-8>
17. Apelberg B, Aghi M, Asma S, Donaldson E, Yeong CC, Vaithinathan R. Prevalence of tobacco use and factors influencing initiation and maintenance among women. In: Samet JM, Soon-Young Y, editors. *Gender, women, and the tobacco epidemic*. Genebra: World Health Organization; 2010.
18. Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet* 2011; 378 (9799): 1297-305. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60781-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60781-2)
19. Vollset SE, Tverdal A, Gjessing HK. Smoking and deaths between 40 and 70 years of age in women and men. *Ann Intern Med* 2006; 144 (6): 381-9. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-144-6-200603210-00004>
20. Malta DC, Silva AG, Machado IE, Sá ACMGN, Santos FMD, Prates EJS, Cristo EB. Trends in smoking prevalence in all Brazilian capitals between 2006 and 2017. *J Bras Pneumol* 2019; 45 (5): e20180384. <http://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180384>
21. Silva AG, Teixeira RA, Prates EJS, Malta DC. Monitoring and projection of targets for risk and protection factors for coping with noncommunicable diseases in Brazilian capitals. *Cien Saude Colet* 2021; 26 (4): 1193-206. <http://doi.org/10.1590/1413-81232021264.42322020>
22. Malta DC, Hallal ALC, Machado IE, Prado RRD, Oliveira PPV, Campos MO, et al. Factors associated with the use of waterpipe and other tobacco products among students, Brazil, 2015. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21 (Suppl 1): e180006. <http://doi.org/10.1590/1980-549720180006.supl.1>
23. Malta DC, Oliveira TP, Vieira ML, Almeida L, Szwarcwald CL. Use of tobacco and exposure to tobacco smoke in Brazil: results from the National Health Survey 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24 (2): 239-48. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200006>
24. Centers for Disease Control and Prevention. Burden of Cigarette Use in the U.S [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2019. [acessado em 16 mai. 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/resources/data/cigarette-smoking-in-united-states.html>
25. Figueiredo VC, Turci SRB, Camacho LAB. Tobacco control in Brazil: the achievements and challenges of a successful policy. *Cad Saude Publica* 2017; 33 (Suppl 3): e00104917. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00104917>
26. World Health Organization. WHO framework convention on tobacco control. World Health Organization: Genebra; 2003.
27. Borges LC, Menezes HZ, Souza IML. Dilemmas in the implementation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. *Cad Saude Publica* 2020; 36 (2): e00136919. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00136919>
28. Brasil. Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasil; 2004.
29. Brasil. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasil; 2013.
30. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Genebra: World Health Organization; 2008.
31. Tilloy E, Cottel D, Ruidavets JB, Arveiler D, Ducimetière P, Bongard V, et al. Characteristics of current smokers, former smokers, and second-hand exposure and evolution between 1985 and 2007. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17 (6): 730-6. <http://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32833a9a0c>

32. Passos VM, Giatti L, Barreto SM. Tabagismo passivo no Brasil: resultados da Pesquisa Especial Do Tabagismo, 2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16 (9): 3671-8. <http://doi.org/10.1590/s1413-81232011001000004>
33. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32 (5): 283-300. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832005000500006>
34. Brasil. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis nº 11.774, de 17 de setembro de 2008, nº 11.033, de 21 de dezembro de 2004, nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, nº 10.865, de 30 de abril de 2004, nº 11.508, de 20 de julho de 2007, nº 7.291, de 19 de dezembro de 1984, nº 11.491, de 20 de junho de 2007, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e nº 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória nº 2.199-14, de 24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da Lei nº 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. Brasil; 2011.
35. Brasil. Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a lei n.º 9.294, de 15 de julho de 1996. Brasília; Distrito Federal, 2014.
36. Brasil. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Brasil; 1996.
37. World Health Organization. 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2011.
38. D'Ornellas MCGDS, Brust-Renck PG. Plain packaging of tobacco products in Brazil: the contribution of science to the decision to safeguard the human right to health. *Cad Saude Publica* 2017; 33 (7): e00210216. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00210216>
39. Brasil. Presidência da República. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasil; 2016.
40. Paes-Sousa R, Schramm JMA, Mendes LVP. Fiscal austerity and the health sector: the cost of adjustments. *Cien Saude Colet* 2019; 24 (12): 4375-84. <http://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23232019>
41. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Teixeira R, Ribeiro ALP, Felisbino-Mendes MS, et al. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. *Popul Health Metr* 2020; 18 (Suppl 1): 16. <http://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1>
42. Souza LE, Rasella D, Barros R, Lisboa E, Malta D, Mckee M. Smoking prevalence and economic crisis in Brazil. *Rev Saude Publica* 2021; 55: 3. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002768>
43. Vieira FS. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. *Rev Saude Publica* 2020; 54: 127. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>
44. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, Katikireddi SV, Souza FM, Silva AG, et al. Fiscal austerity measures hamper noncommunicable disease control goals in Brazil. *Cien Saude Colet* 2018; 23 (10): 3115-22. <http://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>
45. Instituto Nacional de Câncer. Mercado ilegal de produtos de tabaco [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2021. [acessado em 16 mai 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/mercado-ilegal>
46. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO, Uchoa E. Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. *Rev Saude Publica* 2007; 41 (6): 947-53. <http://doi.org/10.1590/s0034-89102007000600009>

Recebido em: 31/05/2021

Revisado em: 08/07/2021

Aceito em: 26/07/2021

Preprint em: 24/09/2021

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2933>

**Contribuição dos autores:** DCM: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. CSG: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. FMDA: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. EJSJ: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. FTAA: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. PPVO: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. PCF: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. CAP: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. RBC: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição.

© 2021 Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.

