

Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Smoking Trends among Brazilian population – National Household Survey, 2008 and the National Health Survey, 2013

Deborah Carvalho Malta^{II}, Maria Lucia Vieira^{III}, Celia Landman Szwarcwald^{IV}, Roberta Caixeta^V, Sonia Maria Feitosa Brito^{VI}, Ademar Arthur Chioro dos Reis^{VII}

RESUMO: *Objetivo:* Comparar a prevalência de fumantes atuais de tabaco na população brasileira e nas unidades federativas, em adultos (≥ 18 anos), considerando dois inquéritos populacionais realizados em 2008 e 2013. *Métodos:* São comparadas as prevalências de fumantes atuais de tabaco no Brasil e nas unidades federativas analisando dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, de 2008, e da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013. Foram calculados a variação percentual no período e o valor de p. *Resultados:* A prevalência de fumantes atual de tabaco reduziu -19% no período, saindo de 18,2% (2008) para 14,7% (2013). O declínio ocorreu em todas as regiões, área urbana e rural e na maioria dos estados. A redução foi de -17,5% para os homens e -20,7% para as mulheres, reduziu em todas as faixas de idade, sendo a maior redução entre 25 e 39 anos; também reduziu para todas as categorias de raça/cor, sendo as prevalências mais altas entre pretos e pardos. Declinou também em todas as faixas de escolaridade, sendo maior a redução nas faixas de menor escolaridade. Em 2013, as prevalências para população com menor escolaridade foram de 19,7% e de 8,7% para quem tem nível superior completo. *Conclusão:* Ocorreu uma redução média de cerca de 19% no consumo do tabaco no Brasil e nos estados brasileiros, em ambos os sexos, todas faixas de idade e raça/cor. O consumo do tabaco no país é um dos mais baixos do mundo e declinou de forma significativa, o que pode ser atribuído a políticas de controle, regulação e prevenção.

Palavras-chave: Hábito de fumar. Tabaco. Doença crônica. Inquéritos epidemiológicos. Promoção da saúde. Regulamentação governamental.

^IDepartamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{II}Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{III}Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{IV}Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^VPan American Health Organization/World Health Organization – PAHO/WHO – Washington (DC), USA.

^{VI}Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{VII}Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Deborah Carvalho Malta. Departamento de Vigilância Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. SAF Sul, Trecho 02, Lotes 05/06, Bloco “F”, Torre 1, Edifício Premium, térreo, sala 15, CEP: 70070-600, Brasília, DF, Brasil. E-mail: dcmalta@uol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Objective: To compare current tobacco smoking prevalence in the Brazilian population and the federal states in adults (aged ≥ 18 years), using the National Household Survey 2008 and National Health Survey, 2013. **Methods:** Using data from two national surveys conducted in 2008 and 2013, the paper examines the current tobacco smoking prevalence in Brazil at the national level and at the federal state level. We calculated the percentage change for the period. **Results:** Overall, results show -19% reduction in current tobacco smoking prevalence from 18.5% (2008) to 14.7% (2013). Results also show a significant percentage decline in smoking prevalence across geographic regions and demographic characteristics including gender, race, age and education levels. The decline occurred in all regions, urban and rural areas, and in most states. The reduction was -17.5% for men and -20.7% for women, having occurred in all age groups, with the greatest reduction in the group from 25 to 39 years of age; in all categories of race/color, a higher prevalence was found among the blacks and browns. It also declined in all the levels of schooling, with a higher reduction in lower education levels. In 2013, the prevalence for people with less education was 19.7% and 8.7% for those with college degrees. **Conclusion:** There was an average reduction of about 19% in tobacco consumption in Brazil and the Brazilian states in both sexes, all ages, and race color. Tobacco consumption in the country is one of the lowest in the world and has declined significantly, which can be attributed to the control policies, regulation, and prevention.

Keywords: Smoking. Tobacco. Chronic disease. Health Surveys. Health Promotion. Government Regulation.

INTRODUÇÃO

O fumo é um dos fatores de risco mais importantes na ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis, em especial para as doenças circulatórias (hipertensão, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio), câncer (pulmão, cavidade oral, esôfago, estômago, cólon, bexiga, rins, colo do útero), doenças respiratórias crônicas (doença pulmonar obstrutiva crônica)¹. Também predispõe ao crescimento uterino retardado e constitui um importante fator de risco para as doenças transmissíveis, como a tuberculose^{2,3}. Estima-se que o fumo cause cerca de 71% das mortes por câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e quase 10% das doenças cardiovasculares¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima cerca de 1 bilhão de fumantes no mundo e cerca de 6 milhões de mortes anuais em função do uso do tabaco⁴. O fumo pode elevar a mortalidade em 20 a 30 vezes, e também inúmeras pesquisas apontam os malefícios do fumo passivo aumentando o risco de morte em 30 a 50%¹⁻⁵.

Em função disto, a OMS incluiu a meta de reduzir a prevalência do tabagismo em 30% entre 2015 e 2025, o que gerará um compromisso dos governos e da sociedade em termos de reduzir a exposição e avançar nas medidas de proteção⁶.

No Brasil, a primeira pesquisa que monitorou o tabaco foi em 1989, e apontou prevalência de tabagismo em adultos no país de 34,8%⁷. Pesquisas subsequentes mostraram a redução nos anos subsequentes, com destaque para a Pesquisa Mundial de Saúde, em 2003, que apontou prevalência de 22,4%^{7,8}.

Em 2005, o Brasil assinou o Tratado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que estabeleceu o compromisso do monitoramento contínuo do consumo do tabaco no país⁹. Em 2006 o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, o Vigitel, que tem realizado monitoramento anual da prevalência do tabaco em capitais, apontando declínio nas capitais brasileiras^{10,11}.

Monitorar dados nacionais de fatores de risco de doenças crônicas constitui ação de grande relevância, ainda mais considerando os compromissos globais assumidos pelo Brasil, junto à OMS e Organização das Nações Unidas (ONU), na redução da prevalência do tabagismo até 2025⁶.

Este trabalho busca comparar a prevalência de fumantes atuais de tabaco na população brasileira e nas unidades federativas, em adultos (≥ 18 anos), considerando dois inquéritos populacionais: a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), realizado em 2008, e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013.

MÉTODOS

O estudo atual compara os resultados de duas pesquisas domiciliares realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A primeira realizada em 2008 no suplemento saúde da PNAD, que consiste em módulo específico sobre o tabagismo, o *Global Tobacco Adult Survey* (GATS)^{12,13}. O questionário aplicado em 2008 contém diversas perguntas sobre o tabaco, permitindo comparação internacional. A aplicação do GATS envolveu ampla parceria nacional e internacional, incluindo IBGE, Ministério da Saúde (MS), OMS, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), *Institute for Global Tobacco Control*, *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, *Bloomberg Filantropie* e *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)^{14,15}. Em 2013, essa parceria se repetiu na realização da Pesquisa Nacional de Saúde, possibilitando a continuidade do monitoramento dos produtos do tabaco em todo o país. Foi incluído um questionário padronizado, em formato reduzido, o *Tobacco Questionary Survey* (TQS), que possibilitou a comparação de um conjunto de indicadores considerados centrais no monitoramento e na comparação internacional. Pela sua simplificação, este pode ser introduzido em pesquisas de saúde, como módulo adicional.

Os questionários do GATS e TQS abrangem perguntas sobre o uso de produtos de tabaco fumado (cigarros industrializados, cigarros de palha ou enrolados à mão, cigarros indianos ou bidis, cigarros de cravo ou Bali, cachimbos, charutos ou cigarrilhas, narguillê) e não fumado (tabaco mascado como fumo de mascar, ou tabaco aspirado, como rapé). Outros blocos temáticos do questionário se referem à cessação do uso do tabaco, exposição à fumaça emitida por produtos de tabaco, exposição à mídia pró e contra o tabaco e gastos com cigarros industrializados.

O GATS no Brasil foi realizado em 2008 no suplemento saúde da PNAD em uma amostra nacional de pessoas com 15 anos e acima. A amostra foi estratificada em diversos

estágios, e foram entrevistados 51.011 domicílios, em subamostra de cerca de um terço de domicílios incluídos na PNAD. Um indivíduo foi escolhido aleatoriamente a partir de cada família selecionada¹². Foram realizadas 39.425 entrevistas completas com uma taxa de resposta de 94,0%. No Brasil, essa pesquisa foi chamada de Pesquisa Especial do Tabagismo (PETAB)¹².

A PNS 2013 faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares. A PNS produz estimativas nacionais representativas das condições de saúde e estilos de vida entre a população adulta brasileira com 18 anos e acima. Da mesma forma foi incluído um questionário padronizado sobre o tabaco, o TQS¹³.

O plano amostral empregado na PNS foi amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias. Os setores censitários ou conjunto de setores formaram as unidades primárias de amostragem (UPAs), os domicílios foram as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade definiram as unidades de terceiro estágio. A PNS sorteou um total de 81.187 domicílios, e foram entrevistados indivíduos com idades de 18 anos e acima, sendo selecionado um indivíduo por domicílio. Após o encerramento da coleta, foram realizadas entrevistas em 64.348 domicílios, o que resultou em uma taxa de não resposta de 8,1%¹³.

COLETA DE DADOS

As duas pesquisas, em 2008 e 2013, foram feitas com a utilização de computadores de mão (*personal digital assistance* – PDA), programados para processos de crítica das variáveis. Inicialmente, foi feito contato com a pessoa responsável ou com algum dos moradores do domicílio selecionado. O agente de coleta descreveu o estudo ao morador, seus objetivos, procedimentos e a importância de participação na pesquisa, e elaborou uma lista de todos os moradores adultos do domicílio, sendo sorteado de forma aleatória o respondente da entrevista individual. As entrevistas foram agendadas nas datas e horários mais convenientes para os informantes, prevendo-se duas ou mais visitas em cada domicílio^{12,13}.

O estudo atual compara os resultados do indicador “proporção de fumantes atuais de tabaco”, (%) de indivíduos fumantes correntes de tabaco sobre o número de indivíduos entrevistados, segundo duas pesquisas, GATS (PNAD 2008) e PNS 2013. Visando a comparação das pesquisas, os dados referem-se aos adultos com 18 anos e mais.

A análise estatística foi realizada com o Stata versão 11.0. Foram calculadas as prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) segundo sexo, para Brasil, regiões, unidades federativas, urbano e rural. Foram calculadas as diferenças entre as prevalências entre 2008 e 2013, e calculado o valor de p.

Foram ainda calculadas para Brasil as prevalências segundo idade, escolaridade e raça/cor, comparando-se os aspectos sociodemográficos entre as duas pesquisas.

A Pesquisa Nacional de Saúde foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CONEP), parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013.

RESULTADOS

A prevalência dos fumantes atuais do tabaco em 2008 foi de 18,2% (IC95% 17,7 – 18,7), sendo para o sexo masculino e feminino, respectivamente, 22,9% (IC95% 22,1 – 23,7) e 13,9% (IC95% 13,3 – 14,5), conforme as Tabelas 1 a 3.

Em 2013, na PNS, a prevalência dos fumantes atuais do tabaco foi de 14,7% (IC95% 14,2 – 15,2), sendo para o sexo masculino e feminino, respectivamente, 18,9% (IC95% 18,0 – 19,7) e 11% (IC95% 10,5 – 11,6). Assim, ocorreu uma redução total de -19% ($p < 0,001$), sendo -17,5% entre homens ($p < 0,001$) e -20,7% entre mulheres ($p < 0,001$), conforme as Tabelas 1 a 3.

Essa redução ocorreu também na região urbana, -17,8% ($p < 0,001$) e rural -23,8% ($p < 0,001$), conforme a Tabela 1. Ocorreu em todas as regiões, e entre as unidades federativas a maior queda foi na Paraíba, de -42,2%, e a redução ocorreu na maioria das unidades federativas, exceto em Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Amazonas, Amapá e Acre, nas quais a redução não foi estatisticamente significativa (Tabela 1). Entre homens não houve redução nos estados de Rondônia, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal (Tabela 2). Entre mulheres só não ocorreu redução nos estados do Amazonas, Acre, Alagoas, Sergipe, Mato Grosso, Goiás e Mato Grosso do Sul.

Na análise dos dados por faixa etária para o Brasil, ocorreu redução para todas as faixas, sendo os maiores declínios na população de 25 a 39 anos (-24,3%) e 18 a 24 anos (-22,4%). Ocorreu declínio em todos os níveis de escolaridade, sendo maior entre a população menos escolarizada (-19,9%), mas que ainda mantém prevalências mais elevadas, cerca do dobro da população com nível superior completo. Ocorreu também declínio para população de todas as raças/cores e pessoas de raça cor branca fumaram menos (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os dados das duas pesquisas apontam uma redução da prevalência do tabaco em 19% entre 2008 e 2013, o que se caracteriza em um declínio expressivo ocorrido em todo o Brasil, em todas as regiões, tanto na zona urbana quanto na rural, na maioria dos Estados, em todas as faixas de idade, escolaridade e raça/cor.

Estudos anteriores já haviam apontado a tendência de redução, tanto em pesquisas domiciliares^{7,8} quanto por telefone¹⁰. Dados das capitais brasileiras (Vigitel) apontam que os fumantes eram 15,7% em 2006 e reduziram para 11,3% em 2013^{10,11}. O Brasil é um exemplo para o mundo no enfrentamento do tabagismo e apresenta uma das menores prevalências de tabagismo no mundo, conforme apontado pelo estudo comparativo do GATS, entre 16 países¹⁴ (China, Rússia, Tailândia, Bangladesh, Egito, Índia, México, Filipinas, Polônia, Turquia, Ucrânia, Vietnã, entre outros), que somavam cerca de 3 bilhões de habitantes. A comparação entre esses países foi possível pelo uso do mesmo questionário e metodologia, possibilitando a comparação dos resultados entre os países que realizaram a pesquisa do *Global Tobacco Surveillance System* (GTSS)¹⁴.

Tabela 1. Comparação da prevalência de fumantes atuais de tabaco na população de adultos (≥ 18 anos), segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013, mudança relativa e valor de p. Brasil, regiões, unidades federativas, urbano e rural.

	PNAD 2008 % (IC95%)	PNS 2013 % (IC95%)	Mudança relativa (%)	Valor p
Brasil (total)	18,2 (17,7 – 18,7)	14,7 (14,2 – 15,2)	-19,0	< 0,001*
Urbano	17,5 (17,0 – 18,0)	14,4 (13,9 – 14,9)	-17,8	< 0,001*
Rural	21,9 (20,5 – 23,3)	16,7 (15,4 – 18,1)	-23,8	< 0,001*
Norte	17,7 (15,9 – 19,7)	13,2 (11,9 – 14,7)	-25,3	< 0,001*
Rondônia	16,2 (12,9 – 20,1)	11,9 (10,0 – 14,0)	-26,8	0,007*
Acre	23,5 (17,1 – 31,3)	18,8 (16,7 – 21,1)	-20,0	0,063
Amazonas	14,5 (10,7 – 19,3)	13,1 (11,6 – 14,8)	-9,4	0,162
Roraima	19,0 (13,2 – 26,4)	14,1 (12,0 – 16,5)	-25,5	0,042*
Pará	18,8 (16,1 – 21,8)	12,9 (10,5 – 15,9)	-31,0	0,001*
Amapá	14,7 (10,4 – 20,4)	13,3 (11,1 – 16,0)	-9,1	0,175
Tocantins	20,2 (17,2 – 23,7)	13,9 (11,8 – 16,4)	-31,2	< 0,001*
Nordeste	18,4 (17,6 – 19,3)	14,2 (13,4 – 15,1)	-22,8	< 0,001*
Maranhão	17,6 (14,6 – 21,1)	15,3 (12,2 – 19,0)	-13,2	0,117
Piauí	21,1 (17,1 – 25,9)	16,8 (14,5 – 19,3)	-20,7	0,025*
Ceará	20,7 (18,6 – 23,0)	16,3 (14,3 – 18,6)	-20,9	0,002*
Rio Grande do Norte	18,8 (15,9 – 22,1)	13,2 (11,2 – 15,4)	-30,0	< 0,001*
Paraíba	21,7 (18,5 – 25,3)	12,5 (10,6 – 14,8)	-42,2	< 0,001*
Pernambuco	18,5 (16,6 – 20,6)	15,0 (13,4 – 16,9)	-18,8	0,003*
Alagoas	17,0 (13,4 – 21,3)	13,1 (11,2 – 15,2)	-23,0	0,023*
Sergipe	14,1 (11,0 – 18,0)	12,0 (10,1 – 14,3)	-14,9	0,105
Bahia	16,8 (15,2 – 18,6)	12,8 (11,0 – 14,8)	-23,9	0,001*
Sudeste	17,6 (16,7 – 18,4)	15,0 (14,2 – 15,9)	-14,6	< 0,001*
Minas Gerais	18,6 (17,0 – 20,2)	17,8 (15,8 – 19,9)	-4,3	0,166
Espírito Santo	18,9 (15,2 – 23,3)	13,1 (10,9 – 15,8)	-30,7	0,002*
Rio de Janeiro	16,0 (14,5 – 17,6)	12,7 (11,3 – 14,1)	-20,9	< 0,001*
São Paulo	17,6 (16,4 – 18,9)	14,8 (13,6 – 16,1)	-15,9	0,001*
Sul	20,0 (18,8 – 21,3)	16,1 (14,7 – 17,5)	-19,9	< 0,001*
Paraná	19,5 (17,5 – 21,7)	18,1 (15,6 – 20,8)	-7,5	0,134
Santa Catarina	17,8 (15,4 – 20,5)	16,0 (13,3 – 19,2)	-10,2	0,127
Rio Grande do Sul	21,8 (19,9 – 23,8)	14,2 (12,6 – 16,0)	-34,8	< 0,001*
Centro-Oeste	17,3 (16,0 – 18,7)	13,4 (12,5 – 14,5)	-22,2	< 0,001*
Mato Grosso do Sul	19,6 (16,5 – 23,1)	17,8 (15,7 – 20,2)	-9,0	0,131
Mato Grosso	18,3 (14,9 – 22,3)	12,5 (10,3 – 15,1)	-31,8	0,001*
Goiás	17,5 (15,6 – 19,6)	13,4 (11,9 – 15,1)	-23,5	< 0,001*
Distrito Federal	13,5 (11,3 – 16,0)	10,8 (9,2 – 12,6)	-20,2	0,022*

PNAD: Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; *valores estatisticamente significantes.

Tabela 2. Comparação da prevalência de fumantes atuais de tabaco na população de homens adultos (≥ 18 anos), segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios e a Pesquisa Nacional de Saúde. Mudança relativa e valor de p. Brasil, eegiões, unidades federativas, urbano e rural.

	PNAD 2008 % (IC95%)	PNS 2013 % (IC95%)	Mudança relativa (%)	Valor p
Brasil (total de homens)	22,9 (22,1 – 23,7)	18,9 (18,0 – 19,7)	-17,5	< 0,001*
Urbano	21,8 (20,9 – 22,7)	18,3 (17,3 – 19,2)	-16,2	< 0,001*
Rural	28,4 (26,3 – 30,5)	22,4 (20,5 – 24,4)	-21,1	< 0,001*
Norte	23,1 (20,4 – 26,0)	19,0 (16,9 – 21,3)	-17,7	0,009*
Rondônia	19,3 (14,3 – 25,4)	17,0 (13,9 – 20,6)	-11,9	0,149
Acre	30,4 (20,3 – 42,8)	21,9 (18,9 – 25,3)	-27,8	0,034*
Amazonas	19,1 (14,3 – 25,1)	20,0 (17,5 – 22,8)	4,8	0,191
Roraima	26,3 (17,2 – 38,0)	19,5 (16,1 – 23,5)	-25,8	0,060
Pará	25,0 (20,8 – 29,8)	18,8 (14,9 – 23,5)	-24,7	0,017*
Amapá	17,4 (11,2 – 25,9)	19,3 (15,1 – 24,3)	10,9	0,184
Tocantins	24,8 (19,9 – 30,3)	18,1 (14,8 – 22,0)	-26,9	0,009*
Nordeste	24,8 (23,3 – 26,2)	19,1 (17,8 – 20,6)	-22,8	< 0,001*
Maranhão	25,4 (21,1 – 30,2)	21,8 (16,6 – 28,0)	-14,3	0,117
Piauí	30,3 (23,3 – 38,3)	22,9 (19,3 – 26,8)	-24,6	0,020*
Ceará	25,2 (21,8 – 28,9)	20,2 (17,1 – 23,6)	-19,9	0,014*
Rio Grande do Norte	23,8 (18,7 – 29,8)	17,7 (14,4 – 21,6)	-25,6	0,018*
Paraíba	28,3 (23,1 – 34,3)	15,0 (12,3 – 18,2)	-46,9	< 0,001*
Pernambuco	24,9 (21,8 – 28,3)	18,8 (16,2 – 21,7)	-24,6	0,001*
Alagoas	21,2 (15,4 – 28,5)	15,7 (12,5 – 19,7)	-25,7	0,042*
Sergipe	20,1 (14,7 – 27,0)	16,9 (13,6 – 20,8)	-16,0	0,120
Bahia	23,6 (21,1 – 26,3)	19,2 (16,1 – 22,7)	-18,6	0,018*
Sudeste	21,6 (20,2 – 23,0)	19,0 (17,5 – 20,5)	-12,0	0,007*
Minas Gerais	23,2 (20,7 – 25,9)	23,4 (19,9 – 27,3)	0,8	0,199
Espírito Santo	25,1 (18,8 – 32,7)	17,5 (14,0 – 21,7)	-30,4	0,011*
Rio de Janeiro	20,0 (17,5 – 22,8)	15,2 (13,1 – 17,7)	-23,8	0,002*
São Paulo	21,1 (19,1 – 23,2)	18,4 (16,4 – 20,7)	-12,5	0,037*
Sul	23,6 (21,8 – 25,5)	19,1 (17,0 – 21,4)	-19,1	0,001*
Paraná	23,0 (20,1 – 26,1)	21,6 (17,7 – 25,9)	-6,2	0,171
Santa Catarina	20,4 (16,8 – 24,5)	19,7 (15,3 – 25,0)	-3,2	0,195
Rio Grande do Sul	26,1 (23,2 – 29,1)	16,4 (13,7 – 19,4)	-37,2	< 0,001*
Centro-Oeste	22,2 (20,2 – 24,4)	16,8 (15,1 – 18,6)	-24,4	< 0,001*
Mato Grosso do Sul	26,1 (20,8 – 32,3)	22,3 (18,8 – 26,3)	-14,5	0,097
Mato Grosso	25,0 (20,1 – 30,6)	16,1 (12,7 – 20,2)	-35,6	0,001*
Goiás	22,2 (19,2 – 25,6)	16,5 (13,7 – 19,6)	-25,8	0,002*
Distrito Federal	15,3 (11,7 – 19,6)	13,4 (10,7 – 16,5)	-12,4	0,142

PNAD: Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; *valores estatisticamente significantes.

Tabela 3. Comparação da prevalência de fumantes atuais de tabaco na população de mulheres adultas (≥ 18 anos), segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios e a Pesquisa Nacional de Saúde. Mudança relativa e valor de p. Brasil, regiões, unidades federativas, urbano e rural.

	PNAD 2008 % (IC95%)	PNS 2013 % (IC95%)	Mudança relativa (%)	Valor p
Brasil (total mulheres)	13,9 (13,3 – 14,5)	11,0 (10,5 – 11,6)	-20,7	< 0,001*
Urbano	13,8 (13,1 – 14,4)	11,0 (10,4 – 11,7)	-19,8	< 0,001*
Rural	14,5 (12,9 – 16,3)	10,7 (9,4 – 12,2)	-26,0	< 0,001*
Norte	12,4 (10,4 – 14,7)	7,8 (6,8 – 9,0)	-37,2	< 0,001*
Rondônia	13,3 (9,3 – 18,7)	6,9 (5,2 – 9,2)	-47,8	< 0,001*
Acre	16,7 (11,3 – 24,0)	15,9 (13,3 – 18,9)	-5,1	0,193
Amazonas	9,7 (5,4 – 16,9)	6,5 (4,9 – 8,5)	-33,2	0,062
Roraima	11,7 (6,5 – 20,2)	8,9 (6,8 – 11,5)	-24,1	0,123*
Pará	12,6 (9,7 – 16,1)	7,3 (5,5 – 9,7)	-41,6	< 0,001*
Amapá	12,1 (6,7 – 20,8)	7,9 (5,8 – 10,7)	-34,6	0,054
Tocantins	15,5 (11,3 – 20,9)	10,0 (7,7 – 12,8)	-35,7	0,005*
Nordeste	12,7 (11,7 – 13,8)	9,9 (9,1 – 10,8)	-22,1	< 0,001*
Maranhão	10,0 (6,5 – 15,2)	9,3 (6,7 – 13,0)	-6,8	0,193
Piauí	12,7 (9,0 – 17,8)	11,1 (8,7 – 14,2)	-12,6	0,160
Ceará	16,7 (14,4 – 19,3)	12,9 (10,8 – 15,4)	-22,9	0,008*
Rio Grande do Norte	14,4 (10,7 – 19,0)	9,2 (7,3 – 11,6)	-35,7	0,003*
Paraíba	15,8 (12,2 – 20,1)	10,3 (8,0 – 13,3)	-34,5	0,003*
Pernambuco	12,7 (10,9 – 14,9)	11,8 (9,8 – 14,1)	-7,5	0,160
Alagoas	12,9 (8,9 – 18,3)	10,8 (9,0 – 12,9)	-16,5	0,126
Sergipe	8,9 (6,5 – 12,1)	7,5 (5,7 – 9,9)	-15,2	0,139
Bahia	10,6 (9,0 – 12,5)	7,2 (5,8 – 8,9)	-32,5	< 0,001*
Sudeste	14,0 (13,1 – 15,0)	11,5 (10,6 – 12,5)	-17,8	< 0,001*
Minas Gerais	14,3 (12,7 – 16,2)	12,7 (10,6 – 15,1)	-11,4	0,101
Espírito Santo	13,2 (10,2 – 17,1)	9,2 (6,8 – 12,2)	-30,9	0,016*
Rio de Janeiro	12,7 (11,0 – 14,5)	10,6 (9,0 – 12,3)	-16,6	0,034*
São Paulo	14,5 (13,0 – 16,1)	11,5 (10,2 – 13,1)	-20,1	0,002*
Sul	16,7 (15,3 – 18,3)	13,3 (11,7 – 15,0)	-20,5	0,001*
Paraná	16,3 (13,9 – 19,0)	14,9 (12,1 – 18,3)	-8,6	0,154
Santa Catarina	15,4 (12,4 – 19,1)	12,5 (9,5 – 16,4)	-18,9	0,085
Rio Grande do Sul	17,9 (15,7 – 20,3)	12,3 (10,3 – 14,6)	-31,3	< 0,001*
Centro-Oeste	12,7 (11,2 – 14,4)	10,4 (9,2 – 11,7)	-18,2	0,008*
Mato Grosso do Sul	13,6 (10,0 – 18,3)	13,8 (11,4 – 16,6)	1,0	0,199
Mato Grosso	11,9 (8,6 – 16,1)	9,0 (6,9 – 11,8)	-23,8	0,066
Goiás	13,1 (10,7 – 15,9)	10,6 (8,6 – 13,0)	-19,3	0,053
Distrito Federal	11,9 (9,3 – 15,2)	8,6 (6,8 – 10,8)	-28,0	0,015*

PNAD: Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; *valores estatisticamente significantes.

No mundo, os países europeus têm prevalências mais elevadas, seguidos das Américas². Em países asiáticos, como Índia e Bangladesh, e outros países do Pacífico Ocidental e Sudeste da Ásia, as prevalências entre mulheres são muito baixas, o que pode ser explicado pela influência religiosa e cultural². O Brasil segue a tendência dos países europeus, com prevalências entre mulheres de cerca de metade em relação aos homens. O estudo atual apontou importante redução tanto entre homens quanto em mulheres. Em estudos anteriores essa tendência de declínio entre mulheres ainda não havia sido observada¹⁰.

Diversos estudos no Brasil e no mundo também apontam que os homens fumam mais do que as mulheres^{2,8,10,14,15}. As diferenças segundo sexo podem ser explicadas por aspectos culturais e religiosos. O tabaco foi introduzido primeiro entre homens, associado ao símbolo

Tabela 4. Comparação da prevalência de fumantes atuais de tabaco na população brasileira de adultos (≥ 18 anos) segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, nível de escolaridade e local de residência, Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

	PNAD 2008 % (IC95%)	PNS 2013 % (IC95%)	Mudança relativa (%)	Valor p
Sexo				
Masculino	22,9 (22,1 – 23,7)	18,9 (18,0 – 19,7)	-17,5	< 0,001*
Feminino	13,9 (13,3 – 14,5)	11,0 (10,5 – 11,6)	-20,7	< 0,001*
Idade				
18 – 24	13,6 (12,5 – 14,8)	10,6 (9,4 – 11,9)	-22,4	< 0,001*
25 – 39	17,3 (16,5 – 18,1)	13,1 (12,3 – 13,9)	-24,3	< 0,001*
40 – 59	23,1 (22,1 – 24,0)	19,2 (18,3 – 20,2)	-16,6	< 0,001*
60+	14,5 (13,4 – 15,6)	12,6 (11,6 – 13,8)	-12,5	0,009*
Educação				
Sem escolaridade/ primário incompleto	24,5 (23,5 – 25,6)	19,7 (18,8 – 20,6)	-19,9	< 0,001*
Primário completo/ Fundamental Incompleto	20,5 (19,7 – 21,3)	16,5 (15,1 – 18,1)	-19,3	< 0,001*
Fundamental Compl./ Superior ncompleto	12,3 (11,5 – 13,1)	10,3 (9,5 – 11,1)	-16,4	< 0,001*
Superior Completo	10,6 (9,4 – 12,0)	8,7 (7,6 – 10,0)	-17,8	0,013*
Raça/cor				
Branca	16,0 (15,3 – 16,7)	13,0 (12,3 – 13,7)	-19,0	< 0,001*
Preta	22,6 (20,8 – 24,4)	17,7 (15,8 – 19,7)	-21,8	< 0,001*
Parda	20,0 (19,2 – 20,8)	16,1 (15,3 – 16,9)	-19,5	< 0,001*
Outras	18,0 (14,0 – 22,9)	14,0 (10,7 – 18,1)	-22,4	0,057
Residência				
Urbana	17,5 (17,0 – 18,0)	14,4 (13,9 – 14,9)	-17,8	< 0,001*
Rural	21,9 (20,5 – 23,3)	16,7 (15,4 – 18,1)	-23,8	< 0,001*

PNAD: Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; *valores estatisticamente significantes.

de masculinidade e poder¹⁶. Posteriormente também foi estimulada pela indústria do tabaco a introdução do vício entre mulheres, o que ocorreu no Brasil em meados do século XX. Uma das formas de estimular o consumo entre as mulheres foi associar a ideias de igualdade de gênero, independência e glamour^{16,17}.

Existem diferenças no percentual de indivíduos que consomem produtos de tabaco nas áreas urbana e rural, com maior prevalência na região rural do país¹². Fatores culturais e regiões produtoras de fumo, como no caso do sul e nordeste do país podem justificar em parte o hábito mais frequente na zona rural¹⁵. O declínio ocorreu tanto nas cidades quanto no campo, mostrando que as políticas de controle do tabaco no país têm sido efetivas, também na zona rural⁹.

Embora a prevalência de fumo da população mais escolarizada seja menor nos dois estudos, a queda se deu em todos os níveis de escolaridade, sendo até mais acentuada entre a população com menos anos de estudo. Outros inquéritos também apontam que a escolaridade constitui um fator de proteção, tanto no Brasil^{9,11-13} quanto em outros países^{2,14}.

Todas as regiões apontaram tendência de queda, embora ocorram diferenças de magnitude nas prevalências entre elas, sendo as maiores frequências nas regiões sul, seguida da região sudeste. As prevalências mais elevadas na região sul podem ser atribuídas a aspectos culturais, como a forte influência de populações europeias migrantes, bem como de países próximos como Argentina e Uruguai, que atingem prevalências próximas de 30%². Destacam-se ainda fatores econômicos, por ser a região mais importante do país na produção do fumo. O Brasil é o segundo maior produtor e maior exportador de fumo do mundo, e grande parte da lavoura do fumo está situada no sul do país^{18,19}.

Os estados com prevalência mais elevada em 2008 foram: Acre, Rio Grande do Sul, Paraíba, Piauí. Em 2013 foram: Acre, Paraná, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul. A lei nacional anti-fumo foi aprovada em 2011 e regulamentada por meio de decreto presidencial em 2014²⁰. Antes, apenas os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Mato Grosso, Rondônia, Amazonas, Roraima e Paraíba possuíam leis estaduais específicas²¹. Esse fato pode explicar a redução importante ocorrida na Paraíba no período estudado. Entretanto, as leis estaduais nem sempre foram acompanhadas de mobilização e medidas fiscalizatórias, mostrando desempenho desigual entre os estados, como no Paraná, no qual não se observou mudanças nas prevalências no período. O estado do Acre aparece com prevalências elevadas nas duas edições da pesquisa. Deve-se estar atento a possibilidades de mercado ilegal de cigarros nas fronteiras, já que o estado do Acre faz fronteira com países como Peru e Bolívia.

Em relação à raça/cor, todos apresentaram redução no período. Destacamos que negros e pardos mostraram prevalências maior de uso do fumo. Estudos nos Estados Unidos apontam resultados diferentes, mostrando que negros fumam menos²².

Os bons resultados do país têm sido atribuídos a diversas políticas e ações implementadas, como ações regulatórias, educativas, preventivas e medidas de ampliação do acesso ao tratamento entre os fumantes^{9,11}. A proibição da propaganda parcial de produtos de tabaco data de 1996, e em seguida diversas medidas foram implementadas, como a ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2005, a lei federal em 2011 e o decreto presidencial em 2014²⁰. Esses marcos legais proibiram o uso do tabaco em ambientes coletivos fechados,

estabeleceram normas de proteção para os trabalhadores, ampliaram para 85% a taxaço sobre os produtos do tabaco e definiram o preço mínimo do cigarro, além de proibirem qualquer propaganda dos produtos e a ampliarem o espaço ocupado pelas advertências sanitárias.²⁰

CONCLUSÃO

A redução do tabagismo em 19% em 5 anos pode ser compreendida em função do Brasil ter adotado o conjunto das melhores evidências divulgadas pela OMS^{1,2} como protetoras do tabaco:

- proibir a venda de produtos de tabaco para menores;
- proibir o uso de tabaco fumado em lugares e meios de transporte coletivos fechados;
- incluir advertências sobre os perigos do consumo de tabaco nos maços de cigarros;
- aumentar impostos e preços sobre os produtos do tabaco;
- proibir propaganda do patrocínio e da promoção de tabaco.

Outro êxito do país reconhecido internacionalmente consiste no monitoramento contínuo do tabagismo. O Brasil foi o primeiro país nas Américas a realizar a pesquisa GATS¹⁴ e o segundo país do mundo a realizar o segundo inquérito do tabaco, usando o questionário padronizado (TQS)¹³, além do monitoramento anual pelo Vigitel^{10,11}. Esse esforço foi reconhecido internacionalmente e o Brasil recebeu, em março de 2015, o prêmio da Fundação Bloomberg pela liderança do país no monitoramento do tabaco.

Assim, pela redução já alcançada na prevalência do tabaco, estima-se que o país deverá alcançar, ou superar, a meta de redução de 30% na prevalência do tabagismo, conforme estipulado no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022²³ e no Plano Global de Doenças Crônicas Não Transmissíveis da OMS^{6,23}.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos técnicos do *Centers For Disease Control and Prevention, CDC Global Tobacco Control Branch* (Atlanta, EUA): Lazarous Mbulo, Krishna M. Palipudi e Linda Andes, pelo apoio nas análises, em especial no *Global Tobacco Adult Survey (GATS)/2008*.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: WHO; 2011.
2. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1. (Acessado em 15 de maio de 2015).
3. Zamboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. *J Pneumol* 2002; 28(1): 41-7.
4. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. *Br Med J* 1950; 2(4682): 739-58.

5. Malta DC, Moura L, Souza MFM, Curado MP, Alencar AP, Alencar GP. Tendência da mortalidade por câncer de pulmão, traquéia e brônquios no Brasil, 1980-2003. *J Bras Pneumol* 2007; 33(5): 536-43.
6. World Health Organization (WHO). Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/. (Acessado em 27 de janeiro de 2014).
7. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ* 2007; 85(7): 527-34.
8. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(2): 333-42.
9. Almeida L, Szklo A, Sampaio M, Souza M, Martins LF, Szklo M, et al. Global Adult Tobacco Survey data as a tool to monitor the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) implementation: the Brazilian case. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9(7): 2520-36.
10. Malta DC, Iser BPM, Sá NNB de, Yokota RT de C, Moura L de, Claro RM, et al. Trends in tobacco consumption from 2006 to 2011 in Brazilian capitals according to the VIGITEL survey. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(4): 812-22.
11. Malta DC, Oliveira TP, Luz M, Stopa SR, Silva Junior JB, Reis AAC. Tendências de indicadores de tabagismo nas capitais brasileiras, 2006 a 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20(3): 631-40.
12. Instituto nacional de Câncer. Organização Pan-Americana de Saúde. Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. (Acessado em 15 de dezembro de 2014).
14. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhalra 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.
15. Levy D, Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLoS Med* 2012; 9(11): e1001336.
16. 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*. Geneva: WHO; 2010. p. 29-50.
17. Amos A, Haglund M. From social taboo to “torch of freedom”: the marketing of cigarettes to women. *Tob Control* 2000; 9(1): 3-8.
18. Vargas MA, Oliveira BF. Estratégias de diversificação em áreas de cultivo de tabaco no Vale do Rio Pardo: uma análise comparativa. *Rev Econ Sociol Rural* 2012; 50(1): 157-74.
19. Bartholomay P, Iser BP, de Oliveira PP, dos Santos TE, Malta DC, Sobel J, et al. Epidemiologic investigation of an occupational illness of tobacco harvesters in southern Brazil, a worldwide leader in tobacco production. *Occup Environ Med* 2012; 69(7): 514-518.
20. 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 nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2014.
21. Aguiar I. Lei Antifumo: em apenas 8 dos 26 Estados brasileiros e no DF os fumódromos já eram proibidos. Agora a proibição é nacional. *Brasil Post*. Publicado em 03/12/2014. Disponível em: http://www.brasilpost.com.br/2014/12/03/lei-antifumo-o-que-muda_n_6257904.html. (Acessado em 15 de maio de 2015).
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). PCD Collection: Behavioral Risk Factor Surveillance System – BRFSS. About the BRFSS, 2008. Disponível em: <http://www.cdc.gov/brfss/>. (Acessado em 20 de fevereiro de 2013).
23. Malta DC, Silva Júnior JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 22(1): 151-64.

Recebido em: 14/04/2015

Versão final apresentada em: 06/08/2015

Aceito em: 10/08/2015