

Tendências do tabagismo na população adulta das capitais brasileiras: uma análise dos dados de inquéritos telefônicos de 2006 a 2009

Trends in smoking among the adult population in Brazilian capitals: a data analysis of telephone surveys from 2006 to 2009

Gulnar Azevedo e Silva^I

Joaquim Gonçalves Valente^{II}

Deborah Carvalho Malta^{III}

^I Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

^{II} Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

^{III} Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil

Trabalho realizado no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Fonte de financiamento: Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Correspondência: Gulnar Azevedo e Silva – Instituto de Medicina Social – UERJ – Rua São Francisco Xavier 524 – 7º andar – Bloco D – CEP: 20550-900 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: gulnar@ims.uerj.br.

Conflito de interesse: nada a declarar.

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a tendência do tabagismo, da cessação e da intensidade de cigarros diários, entre 2006 a 2009, nas capitais brasileiras. Foram analisados os dados de indivíduos com 18 anos e mais, entrevistados pelo Sistema de Vigilância e Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal em 2006, 2007, 2008 e 2009. Para cada ano e grandes regiões, foram calculadas as prevalências de tabagismo ajustadas por idade e por grupos etários (18 a 29, 30 a 59 e 60 ou mais anos) estratificados por sexo. Foi calculado ainda o índice de cessação do tabagismo e, para os fumantes atuais, estimou-se a proporção dos que referem fumar 20 ou mais cigarros segundo sexo e grupo etário (18 a 39 e 40 anos e mais). Os resultados mostram leve tendência à queda do tabagismo entre homens e estabilidade para mulheres, com exceção daquelas residentes nas regiões Norte e Nordeste. Em geral, as maiores prevalências entre homens aparecem nos grupos mais jovens; enquanto que, entre as mulheres, são entre as de idade intermediária (30 a 59 anos). A cessação sugere estar ligeiramente aumentando entre os homens; há forte relação inversa entre a prevalência de tabagismo e anos de escolaridade, e a proporção de fumantes de 20 ou mais cigarros diários é maior entre os mais idosos e apresenta padrão diferenciado entre as regiões brasileiras. Os resultados indicam a necessidade da priorização de estratégias de controle do tabagismo que alcancem jovens e mulheres de baixa escolaridade.

Palavras-chave: tabagismo; entrevista por telefone; escolaridade; inquéritos de saúde; cessação de tabagismo; consumo diário de cigarro; Brasil.

Abstract

The objective of this study was to analyze the trend of tobacco use and smoking cessation, and the intensity of cigarettes per day from 2006 to 2009 in the Brazilian state capitals. Data were analyzed for 18-year-old individuals or older who were interviewed by the Telephone-based Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases (VIGITEL), which was performed in the Brazilian State capitals and the Federal District in 2006, 2007, 2008, and 2009. For each year and large areas, age-adjusted prevalence and prevalence according to age groups (18 to 29, 30 to 59 and 60 and older) stratified by sex were calculated. Smoking cessation index was assessed and, for current smokers, the proportion of those who reported smoking 20 or more cigarettes a day was estimated according to gender and age group (18 to 39 and 40 and over). The results show a slight tendency to the reduction of tobacco use among men and stability for women, except for residents from the North and Northeast Regions. In general, the greatest prevalence among men is in younger groups; while amongst women, it is in the intermediary age group (30 to 59 years old). Smoking cessation seems to be slightly higher among men; there is a strong reverse relation between tobacco use and schooling. The proportion of 20 or more cigarettes per day is higher among older people and varies in Brazilian Regions. Results point out the need to prioritize strategies for tobacco control that can reach young individuals and women at low-education level.

Keywords: smoking; telephone interview; educational status; health surveys; tobacco cessation; daily cigarette consumption; Brazil.

Introdução

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) são responsáveis por mais de 60% das mortes ocorridas no mundo ou cerca de 35 milhões de mortes em 2005¹. De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e pela fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se tabagismo, alcoolismo, obesidade, alimentação inadequada e inatividade física^{1,2}.

O tabaco é líder nas causas preveníveis de morte e, segundo a OMS, morrem anualmente cerca de 5,4 milhões de pessoas por câncer de pulmão, doenças cardiovasculares e outras doenças³.

Os efeitos adversos do tabagismo à saúde têm sido demonstrados há muitas décadas, e os primeiros estudo que confirmaram a associação entre fumo e câncer foram os de Doll e Hill, na década de 1950⁴.

A literatura aponta ainda que a redução do uso diário de tabaco diminui o risco de problemas cardiovasculares, de sintomas respiratórios e da incidência de câncer, especialmente o de pulmão⁵.

Grande esforço tem sido feito por vários países, sobretudo, os desenvolvidos, no sentido de controlar o tabagismo, o que vem levando a uma queda importante na prevalência de fumantes nas últimas décadas. Diversos países têm mostrado declínios nos últimos anos, tais como: Japão, Estados Unidos e Reino Unido⁶.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição, a prevalência do tabagismo em adultos acima de 18 anos era de 34,8% (1989) e reduziu-se para 22,4% (2003), segundo a pesquisa de Mundial de Saúde. Estes dados mostram um declínio de 35 ou 2,5% ao ano, nos indivíduos de 18 anos ou mais entre 1989 e 2003⁶. Esta importante redução no país foi o resultado de ações de prevenção e controle do tabagismo, em função de medidas educativas, preventivas e regulatórias⁷.

O controle do tabagismo no Brasil teve início na década de 1980 e teve como estratégias principais: medidas legislativas, educacionais e regulamentação de produtos do tabaco⁸.

Em 2006 o Governo Brasileiro ratificou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da OMS e, dentre as medidas adotadas pelo país, estão incluídos o monitoramento e a vigilância da prevalência do tabagismo⁹.

Visando ao monitoramento do tabagismo e de outros fatores de risco e proteção para doenças ou problemas crônicos, implantou-se o Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) nas 26 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Entre os indicadores monitorados, encontram-se informações sobre tabagismo, morbidade referida, padrão de atividade física, alimentação, dentre outros¹⁰. Estas informações são oportunas para orientar políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de DCNT.

A análise dos dados do VIGITEL, relativos ao tabagismo para 2006, confirmou haver maior concentração de fumantes entre indivíduos de menor escolaridade, assim como evidenciou que a prevalência de fumantes com consumo intenso de cigarros foi maior para aqueles com menos anos de estudo nos dois sexos, com exceção de homens da região Sul¹¹.

No sentido de melhor compreender a evolução da epidemiologia de tabagismo no Brasil e fornecer subsídios para a política de controle, este estudo tem por objetivo analisar a tendência da prevalência de fumantes por faixa etária e anos de escolaridade, o índice de cessação e o uso diário de cigarros entre fumantes, entre 2006 a 2009, nas capitais brasileiras.

Métodos

A partir dos dados do VIGITEL – Inquérito Telefônico para Monitoramento de Fatores de Risco para DCNT – para 2006 a 2009 – realizou-se um estudo de tendência

para prevalência de fumantes e ex-fumantes, assim como o consumo de cigarros na vida entre os fumantes. O VIGITEL foi implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde e, desde então, fornece dados anuais representativos para a população adulta (≥ 18 anos) residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, coberta por telefonia fixa. Foram coletadas, anualmente, cerca de 2.000 entrevistas telefônicas em cada 1 dos 27 entes federados, perfazendo um total de 54.000 indivíduos avaliados por ano¹⁰.

Amostras probabilísticas da população com 18 anos ou mais, residente em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa, foram obtidas em dois estágios: sorteio sistemático de 5.000 linhas telefônicas em cada cidade, seguido por ressorteio e organização de 25 réplicas (subamostras) de 200 linhas; sorteio de um morador adulto do domicílio para responder a entrevista¹⁰.

As estimativas dos fatores de risco e proteção foram ponderadas levando-se em conta as diferenças na composição sociodemográfica da amostra do VIGITEL, em relação à composição da população adulta total de cada cidade, segundo a distribuição censitária de 2000. Maiores detalhes sobre o desenho amostral e os procedimentos metodológicos encontram-se publicados¹².

O questionário utilizado no VIGITEL levou em conta vários modelos utilizados por sistemas de monitoramento dos fatores de risco para doenças crônicas¹³. As perguntas que compõem o questionário contemplam os seguintes temas: características demográficas e socioeconômicas, características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de DCNT; peso e altura gravados; frequência do consumo de cigarros e bebidas alcoólicas; autoavaliação do estado de saúde do entrevistado e referência ao diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial, diabetes e colesterol elevado¹⁰.

Para classificação de fumantes, considerou-se como fumantes os indivíduos

que relataram “fumar atualmente”, independente da frequência e intensidade de cigarros. Efetuou-se, assim, a soma dos fumantes diários com os ocasionais (aqueles que referem fumar menos do que um cigarro por dia). Como ex-fumantes foram classificados aqueles que relataram ter fumado em alguma época da vida pelo menos um mês diariamente ou três meses, ocasionalmente.

Para estimativa das prevalências de fumantes e ex-fumantes, foram calculadas as proporções de fumantes e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Foram calculadas as prevalências anuais de fumantes ajustadas por idade (18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 anos ou mais de idade), segundo sexo para as capitais, totalizando o Brasil, e dividindo-as entre as grandes regiões para 2006 a 2009. Foram calculadas ainda as prevalências para três faixas etárias distintas: 18 a 29, 30 a 59 e 60 e mais anos, segundo sexo, seguindo com dados das capitais para o Brasil e grandes regiões.

Em seguida, estimou-se o índice de cessação com base na proporção do número de ex-fumantes dividido pela soma do número dos fumantes atuais mais o número dos ex-fumantes também ajustadas por idade, segundo sexo também para o Brasil e grandes regiões, segundo para cada ano do período estudado.

Para melhor compreender o efeito de cada ano de estudo sobre o tabagismo, foram construídos gráficos com as prevalências e respectivos IC 95% por ano de escolaridade ajustadas por idade, segundo sexo para as capitais, considerando todo o país e as grandes regiões para 2006 e 2009.

Para os que referiram serem fumantes atuais, foi calculada a proporção ajustada por idade dos que referiram fumar 20 ou mais cigarros por dia. Considerou-se, assim, a resposta da pergunta do questionário do VIGITEL “Quantos cigarros o senhor fuma por dia?”. Esta análise foi feita agrupando-se os dados das capitais no Brasil e regiões do país segundo sexo.

Para o processamento dos dados e análises estatísticas, utilizou-se o aplicativo “STATA”, versão 9¹⁴. Foram empregados os comandos indicados para proporções, levando em conta os fatores de ponderação^{4,6} atribuídos a cada indivíduo dos inquiridos do VIGITEL.

Este estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CONEP). O termo de consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a prevalência de fumantes atuais ajustada por idade para o total das capitais brasileiras e para as capitais por grandes regiões. Observa-se que, entre 2006 e 2009, os dados quando agregados para todas as capitais mostram ligeira tendência à queda entre homens. A diminuição da prevalência de tabagismo foi bem marcada entre homens da região Norte, passando de 21,2%, em 2006, para 17,6%, em 2009, o que indica um decréscimo de 17%. Já para as demais regiões, embora as estimativas de 2009 tenham sido levemente inferiores às de 2006, os intervalos de confiança para estes dois anos se sobrepuseram.

Entre as mulheres, apesar de serem verificados índices inferiores aos achados entre homens, para o total das capitais, o perfil é de estabilidade, a qual reflete uma variação heterogênea entre as regiões. Enquanto que, nas capitais das regiões Sudeste e Sul, verificou-se tendência ao aumento, porém não atingindo significado estatístico, nas capitais das regiões Norte e Nordeste houve tendência à queda e na região Centro-Oeste, estabilidade. A queda mais expressiva, chegando a 26%, foi observada nas mulheres da região Norte, onde a prevalência era de 11,7%, em 2006, chegando a 8,7%, em 2009.

Analisando-se a prevalência por faixa etária (Tabela 2), é interessante notar que,

Tabela 1. Prevalência de fumantes atuais ajustada por idade nas capitais brasileiras por grandes regiões, segundo sexo, 2006 a 2009

Table 1. Age-adjusted prevalence of current smokers in Brazilian capitals by great region, according to gender, from 2006 to 2009

		Masculino							
		2006		2007		2008		2009	
		Prev	IC95%	Prev	IC95%	Prev	IC95%	Prev	IC95%
Masculino	Brasil	19,7	(18,9–20,5)	20,3	(18,9–21,6)	19,7	(18,0–21,5)	18,4	(16,9–19,8)
	Norte	21,2	(19,6–22,8)	19,7	(17,7–21,8)	17,9	(15,9–19,8)	17,6	(15,4–19,8)
	Nordeste	17,7	(16,4–19,0)	17,4	(15,8–18,9)	14,7	(13,3–16,1)	17,0	(15,3–18,7)
	Sudeste	19,7	(17,8–21,6)	21,9	(19,3–24,5)	23,2	(19,8–26,7)	18,6	(15,6–21,6)
	Sul	22,1	(19,6–24,5)	20,8	(18,3–23,2)	21,2	(18,8–23,6)	21,8	(19,5–24,1)
	Centro-Oeste	19,2	(17,1–21,4)	20,2	(17,7–22,6)	17,4	(15,3–19,6)	18,2	(14,5–21,8)
Feminino	Brasil	11,7	(11,3–12,2)	12,4	(11,5–13,2)	12,4	(11,5–13,2)	12,4	(11,4–13,4)
	Norte	11,7	(10,6–12,8)	10,5	(9,2–11,9)	8,6	(7,4–9,9)	8,7	(7,5–9,8)
	Nordeste	10,3	(9,5–11,1)	9,6	(8,6–10,5)	8,4	(7,6–9,2)	9,0	(8,0–10,0)
	Sudeste	12,7	(11,6–13,9)	14,2	(12,4–15,9)	14,9	(13,2–16,6)	14,4	(12,3–16,5)
	Sul	15,5	(14,0–17,0)	17,0	(15,2–18,8)	15,6	(13,7–17,4)	18,0	(16,1–19,9)
	Centro-Oeste	11,5	(10,2–12,8)	9,9	(8,7–11,1)	12,3	(10,6–14,1)	11,2	(9,3–13,2)

entre os homens, os maiores percentuais, tanto para as capitais agregadas em todo o país quanto, de forma geral, para os dados desagregados por regiões, foram os da faixa etária mais jovem (18 a 29 anos). Já entre as mulheres, as maiores prevalências foram vistas na faixa etária intermediária (de 30 a 59 anos) tanto com dados somados para o Brasil como para os distribuídos entre capitais das grandes regiões; sendo este efeito mais marcante para a região Norte, na qual a diferença entre a faixa intermediária foi quase duas vezes maior do que a mais jovem (11,4 *versus* 6,0%).

A tendência verificada entre os quatro anos estudados foi ligeiramente declinante entre os homens de 18 a 39 anos e estável, entre os de 30 a 59 e de 60 anos e mais, com exceção para a região Norte, que indicou queda em todas as idades, e para aqueles de 30 e 59 anos nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, nas quais também verificou-se queda (Tabela 2).

Entre as mulheres, a prevalência de fumantes manteve-se estável para os três grupos etários estudados, com exceção da região Norte, que tendeu a decrescer em todas as faixas etárias e, entre as mais idosas das regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste. Atenção deve ser dada ao aumento observado no percentual de fumantes do

sexo feminino no grupo etário mais jovem na região Sul (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta o índice de cessação de fumar para as capitais no total e separadas por regiões brasileiras, segundo sexo. Entre os quatro anos analisados, este percentual foi levemente positivo entre os homens (+3%), mas, entre mulheres, no entanto, foi negativo (-5,5%) para o somatório das capitais. O maior aumento verificado foi entre homens da região Norte (+11,7%). Ao contrário da tendência total para as mulheres, na região Norte houve aumento estatisticamente significativo da cessação (+6,3%) e, em menor grau, as regiões Nordeste e Centro-Oeste tiveram ligeira tendência ao aumento de mulheres que referiram ter parado de fumar.

A Figura 1 apresenta a prevalência de tabagismo, variando segundo o ano de escolaridade. A prevalência de tabagismo varia em função de cada ano de escolaridade, assumindo, em regra geral, uma diminuição na medida em que aumentam os anos de estudo. Isto se verifica em todos os anos estudados tanto em homens quanto em mulheres. No entanto, parece haver uma tendência a aumentar no ponto em que corresponde a quatro/cinco anos de estudo, o que corresponderia a ter

Tabela 2. Prevalência de fumantes atuais nas capitais brasileiras por grandes regiões, segundo sexo e grupos etários (18 a 29, 30 a 59 e 60 e mais), de 2006 a 2009

Table 2. Prevalence of current smokers in Brazilian capitals by great region, according to gender and age groups (from 18 to 29, from 30 to 59 and 60 and over), from 2006 to 2009

Sexo	Área Geográfica	Faixa etária	2006	2007	2008	2009	
Masculino	Brasil	18-29	21,0 (19,2-22,8)	22,8 (19,7-25,9)	22,3 (16,8-27,7)	19,7 (15,5-23,8)	
		30-59	21,6 (20,6-22,7)	21,9 (20,2-23,6)	20,6 (18,9-22,3)	19,4 (17,7-21,2)	
		60+	14,5 (13,0-16,1)	13,9 (11,2-16,5)	14,5 (11,8-17,1)	14,8 (12,0-17,5)	
	Norte	18-29	24,7 (21,3-28,1)	24,2 (19,8-28,5)	22,0 (17,1-26,8)	20,4 (15,1-25,7)	
		30-59	22,6 (20,4-24,8)	21,1 (18,4-23,9)	21,4 (18,5-24,4)	17,9 (14,7-21,0)	
		60+	15,9 (12,4-19,4)	15,9 (10,7-21,2)	7,8 (4,9-10,8)	13,4 (9,2-17,6)	
	Nordeste	18-29	17,9 (15,0-20,8)	18,7 (14,8-22,6)	12,5 (9,5-15,4)	21,2 (16,9-25,6)	
		30-59	19,9 (18,1-21,7)	19,7 (17,5-21,9)	17,5 (15,3-19,8)	16,8 (14,3-19,4)	
		60+	13,1 (10,5-15,6)	10,8 (8,3-13,4)	11,5 (8,9-14,1)	13,1 (9,8-16,5)	
	Sudeste	18-29	19,3 (14,6-24,0)	24,4 (17,9-31,0)	30,2 (18,6-41,8)	17,2 (8,2-26,3)	
		30-59	21,7 (19,3-24,0)	23,6 (20,3-26,8)	22,5 (19,3-25,8)	20,7 (17,5-24,0)	
		60+	15,3 (11,7-19,0)	14,6 (9,9-19,3)	15,7 (11,0-20,4)	15,8 (11,1-20,6)	
	Sul	18-29	22,8 (16,5-29,2)	23,7 (17,6-29,8)	21,6 (15,9-27,2)	20,4 (15,1-25,7)	
		30-59	25,8 (22,8-28,8)	22,0 (19,1-24,9)	21,6 (18,6-24,5)	25,7 (22,4-29,1)	
		60+	13,7 (9,6-17,9)	16,2 (11,4-21,1)	19,6 (14,2-25,0)	14,6 (10,4-18,7)	
	Centro-Oeste	18-29	20,8 (15,9-25,7)	24,8 (18,3-31,3)	18,8 (13,0-24,5)	23,5 (14,4-32,6)	
		30-59	20,3 (17,4-23,2)	20,5 (17,7-23,3)	18,1 (15,5-20,7)	16,8 (12,4-21,2)	
		60+	15,6 (11,2-20,0)	13,3 (9,1-17,4)	15,5 (11,2-19,9)	14,1 (6,1-22,1)	
	Feminino	Brasil	18-29	10,1 (8,9-11,2)	10,4 (8,2-12,5)	10,4 (8,4-12,4)	11,7 (8,9-14,4)
			30-59	14,2 (13,5-14,8)	15,3 (14,3-16,4)	14,7 (13,6-15,8)	14,4 (13,1-15,7)
			60+	7,8 (7,0-8,7)	6,5 (5,3-7,8)	8,1 (6,7-9,6)	7,4 (6,3-8,6)
		Norte	18-29	9,0 (6,6-11,4)	9,3 (6,3-12,3)	7,2 (4,2-10,2)	6,0 (3,6-8,5)
			30-59	13,6 (12,2-15,1)	11,2 (9,7-12,8)	10,5 (8,7-12,4)	11,4 (9,5-13,3)
			60+	9,4 (7,2-11,6)	8,3 (5,5-11,2)	6,1 (3,9-8,3)	5,6 (3,8-7,5)
Nordeste		18-29	9,2 (7,2-11,3)	7,8 (5,4-10,3)	5,5 (3,8-7,2)	8,1 (5,3-11,0)	
		30-59	12,3 (11,2-13,4)	11,5 (10,2-12,8)	9,2 (8,1-10,3)	9,7 (8,4-11,1)	
		60+	6,2 (4,9-7,4)	6,0 (4,6-7,4)	7,9 (6,3-9,6)	7,3 (5,7-8,8)	
Sudeste		18-29	12,0 (9,4-14,7)	12,2 (7,5-17,0)	12,8 (8,6-17,1)	14,7 (8,7-20,7)	
		30-59	15,4 (13,8-17,0)	18,0 (15,9-20,1)	18,2 (16,0-20,4)	16,7 (14,1-19,3)	
		60+	7,9 (5,9-9,8)	6,0 (3,9-8,2)	8,9 (6,4-11,4)	7,3 (5,4-9,3)	
Sul		18-29	12,3 (9,2-15,4)	18,4 (13,9-22,8)	14,6 (9,6-19,6)	19,3 (14,1-24,5)	
		30-59	20,0 (17,7-22,2)	19,9 (17,3-22,4)	20,1 (17,6-22,6)	21,7 (19,0-24,5)	
		60+	10,1 (7,8-12,5)	9,3 (6,7-11,9)	5,8 (3,9-7,8)	8,8 (6,3-11,3)	
Centro-Oeste		18-29	11,0 (7,6-14,3)	5,9 (3,7-8,2)	14,8 (9,3-20,3)	11,3 (6,0-16,5)	
		30-59	13,5 (11,7-15,3)	13,3 (11,4-15,3)	13,1 (11,3-15,0)	12,7 (10,1-15,4)	
		60+	7,8 (5,6-10,1)	6,8 (4,7-8,9)	8,0 (5,8-10,2)	8,5 (5,3-11,7)	

realizado o Ensino Fundamental, tornando a cair novamente em seguida. Este efeito se repete em todas as regiões do país e fica bem claro nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, tanto em homens quanto em mulheres (dados não-apresentados).

A proporção de fumantes, que referiu fumar 20 ou mais cigarros diariamente,

não chega a 30% em homens e mulheres entre 18 a 39 anos nas capitais brasileiras (Figura 2). Entre as pessoas com 40 anos ou mais, esta proporção fica em torno de 40% entre os homens nos inquiridos de 2006 a 2009 e varia entre 30 a 41% entre mulheres. Nitidamente, estas proporções são maiores na região Sul, principalmente

Tabela 3. Índice de cessação ajustado por idade de tabagismo nas capitais brasileiras por grandes regiões, segundo sexo, 2006 a 2009

Table 3. Age-adjusted smoking cessation index in Brazilian capitals by great region, according to gender, from 2006 to 2009

		Masculino							
		2006		2007		2008		2009	
		Prev	IC95%	Prev	IC95%	Prev	IC95%	Prev	IC95%
Masculino	Brasil	59,3	(58,0–60,6)	57,6	(55,5–59,7)	57,8	(55,3–60,3)	61,1	(57,1–65,1)
	Norte	60,0	(57,6–62,4)	62,0	(58,7–65,3)	64,4	(61,2–67,6)	67,0	(63,3–70,7)
	Nordeste	60,5	(58,1–62,9)	60,0	(56,9–63,1)	64,7	(61,6–67,8)	60,2	(57,0–63,4)
	Sudeste	59,2	(55,8–62,6)	55,0	(51,0–59,0)	52,9	(48,9–56,9)	61,3	(53,6–69,1)
	Sul	55,6	(51,9–59,3)	57,3	(53,1–61,5)	57,4	(53,1–61,6)	58,1	(53,5–62,6)
	Centro-Oeste	59,1	(55,2–62,9)	59,2	(55,4–63,1)	61,0	(57,1–64,9)	59,1	(53,8–64,5)
Feminino	Brasil	63,8	(62,3–65,2)	62,1	(59,8–64,4)	61,4	(59,0–63,8)	60,3	(57,7–62,9)
	Norte	68,6	(65,8–71,4)	68,6	(64,9–72,4)	72,2	(68,4–75,9)	72,9	(69,2–76,7)
	Nordeste	65,8	(63,2–68,4)	67,7	(64,3–71,0)	71,6	(68,4–74,7)	66,6	(62,7–70,4)
	Sudeste	58,7	(55,4–62,0)	58,2	(54,1–62,3)	54,4	(50,0–58,8)	55,2	(50,8–59,6)
	Sul	56,3	(52,7–59,9)	54,3	(50,3–58,3)	59,2	(54,9–63,6)	53,3	(49,1–57,5)
	Centro-Oeste	61,4	(57,7–65,2)	67,7	(63,6–71,9)	62,3	(57,8–66,8)	64,1	(58,7–69,4)

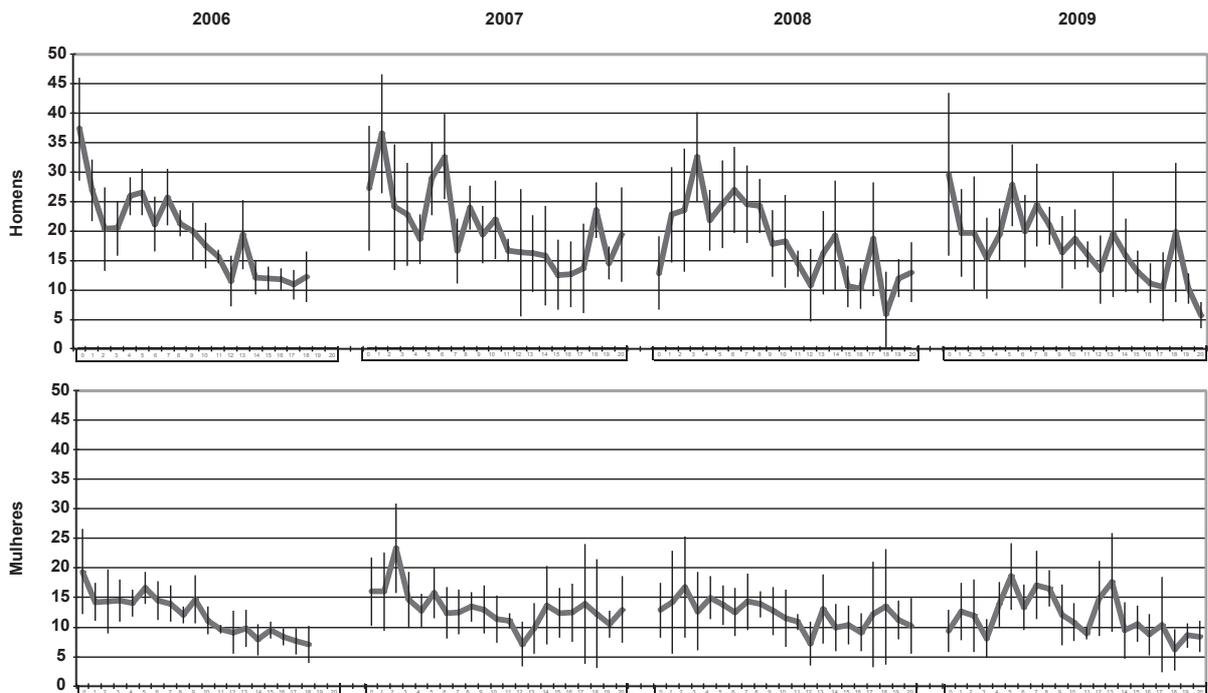


Figura 1. Prevalência de fumantes atuais por anos de escolaridade nas capitais brasileiras, segundo sexo, 2006 a 2009
Figure 1. Prevalence of current smokers by years of schooling in Brazilian capitals, according to gender, from 2006 to 2009

entre as pessoas com 40 anos ou mais, chegando a ultrapassar 60% em alguns anos do período.

Entre os mais jovens (de 18 a 39 anos), esboça-se uma tendência ao aumento do número de fumantes de 20 ou mais cigarros diários nas capitais das regiões Sudeste,

tanto em homens quanto em mulheres. Nas demais regiões, o padrão de intensidade de 20 ou mais cigarros diários não segue um padrão típico, com exceção das mulheres da região Sul, as quais nitidamente mostram uma tendência linear e contínua de queda.

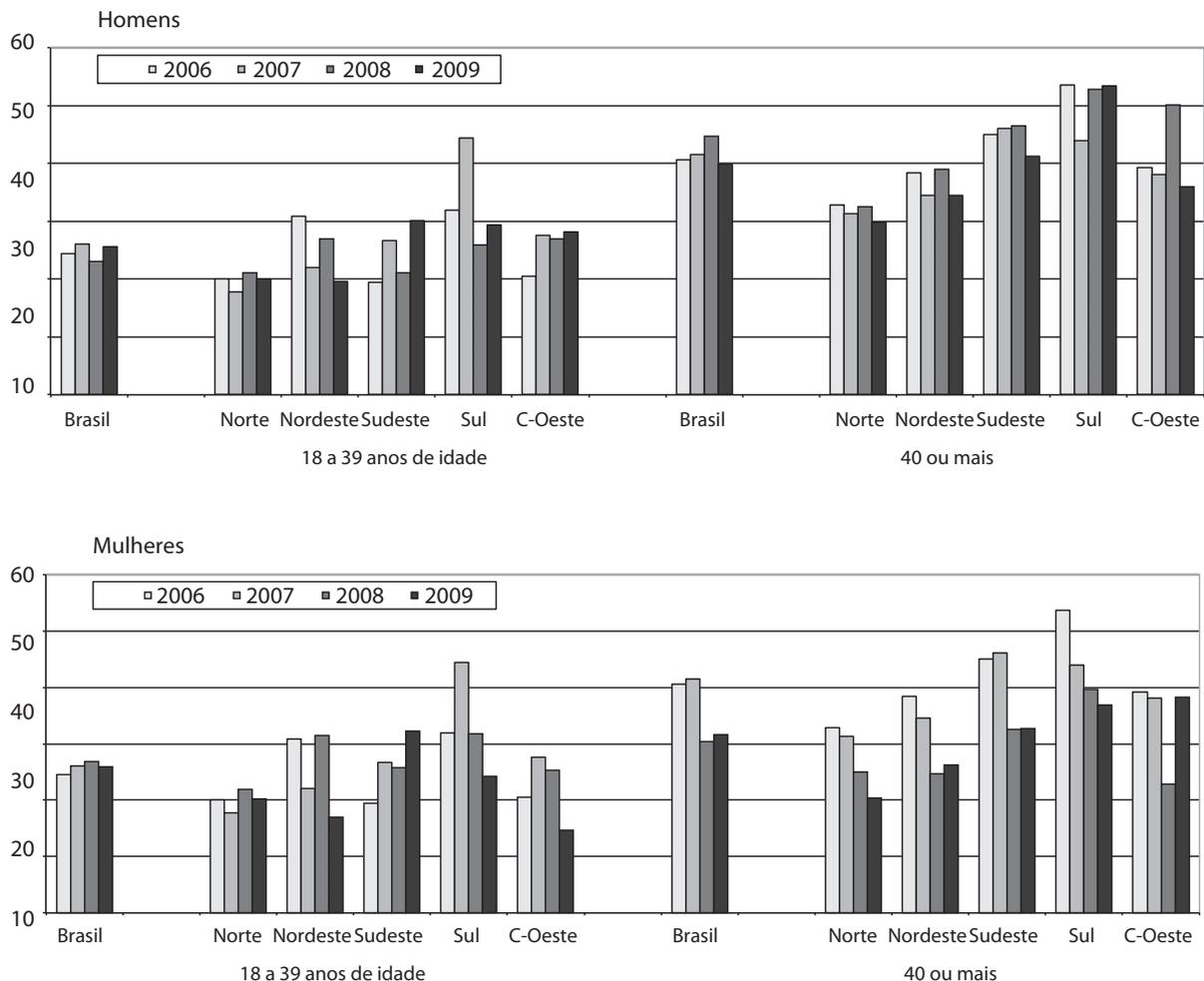


Figura 2. Proporção de fumantes que fumam 20 cigarros ou mais por dia, segundo sexo, grupo etário (18 a 39 e 40 anos e mais) nas capitais brasileiras, de 2006 a 2009

Figure 2. Proportion of smokers that smoke 20 or more cigarettes a day by gender and age group (from 18 to 39 and 40 years and over) in Brazilian capitals, from 2006 to 2009

Discussão

A realização de quatro inquéritos telefônicos anuais e consecutivos nas capitais brasileiras, entre 2006 e 2009, trouxe a possibilidade de investigar as tendências dos fatores de risco para doença crônica e, assim, poder monitorá-los. Os dados do atual trabalho referentes ao tabagismo comparados em quatro anos exibem padrões distintos entre homens e mulheres. Confirmam a tendência continuada de queda para homens, com exceção dos residentes na região Sul, mas entre as mulheres, as quais apesar de terem

percentuais inferiores aos masculinos, apenas nas regiões Norte e Nordeste houve queda. Na região Sul, houve importante aumento da prevalência dos fumantes na população feminina, o qual foi decorrente do aumento entre as mais jovens (18 a 29 anos). O estudo mostrou ainda índices elevados na cessação do tabagismo em homens e mulheres.

O Brasil vem passando por uma importante queda no tabagismo nas últimas décadas. Entre 1989 e 2003 esta queda foi estimada em 33,1 a 43,3% nos homens e 27%, nas mulheres⁶. É bom lembrar, porém, que os inquéritos que forneceram informações

para esta estimativa foram feitos com entrevistas domiciliares.

A Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em todo o território nacional, em 2008, estimou a prevalência de fumantes na população de 15 anos e mais em 17,2% (21,6% em homens e 13,1%, em mulheres), variando de 16,7% na região Sudeste a 19,0%, na região Sul¹⁵. Os dados apresentados mostraram uma prevalência para a população de 18 anos para 2009 de 18,4%, entre homens, e 12,4%, entre mulheres. A comparação com o inquérito citado deve considerar que estes dados foram levantados por meio de entrevista telefônica e apenas nas capitais.

Esta diminuição entre os homens se concentrou entre os mais jovens (18 a 29 anos), que são exatamente os que apresentam maiores prevalências, mas não entre aqueles com 60 anos e mais. Já entre as mulheres, as maiores prevalências são observadas consistentemente nas idades intermediárias (30 a 59 anos) e é preocupante o aumento da prevalência nas mais jovens das capitais da região Sul.

Da mesma forma, parece se esboçar entre os homens um número crescente de indivíduos que pararam de fumar. O que já não acontece entre as mulheres, com exceção da região Norte, a qual se destaca por ter exibido um alto índice de cessação entre os homens (>11%) e as mulheres.

Estes achados devem ser vistos com cautela, e algumas questões merecem ser discutidas no sentido de melhor compreender a direção que estes resultados, mesmo de forma insipiente, apontam. Existem limitações impostas pela utilização dos dados de inquéritos populacionais para medir tendências de eventos em saúde. Diferentes metodologias e tecnologias empregadas na coleta de informação podem levar a prejuízos e à falta de comparabilidade entre os inquéritos. Um estudo recente, que investigou os dados da “*New Jersey Adult Tobacco Surveys*”, entre 2005 e 2006, concluiu que o declínio estimado na prevalência de tabagismo pode ter sido, em

grande parte, atribuído a modificações na ordem da pergunta e, em menor grau, ao uso de equipamentos eletrônicos¹⁶.

Mesmo assim, as tendências levantadas, apesar de não terem alcançado significado estatístico em todas as comparações, parecem ter alguma similaridade com estudos realizados em outros países com o mesmo objetivo. Um estudo, que teve como objetivo analisar a tendência da prevalência do tabagismo em três áreas da França, mostrou que entre homens verificou-se um declínio de 40 para 24,3%, entre 1985 a 1987 e 2005 a 2007, entre mulheres houve um aumento de 18,9 para 20% no mesmo período¹⁷.

A relação inversa entre anos de estudo e prevalência de tabagismo, já descrita no primeiro ano do inquérito VIGITEL¹¹ e confirmada no presente estudo para 2006 a 2009, em todas as regiões do país, também vem sendo descrita em outros países. Na Itália, Sardu et al.¹⁸, com os dados de inquéritos realizados em 2004 e 2005 analisados por coorte de nascimento, gênero e educação, concluíram que homens com baixa escolaridade tinham maior probabilidade de começar a fumar e menor probabilidade de parar.

Em Alberta, no Canadá, a partir de três inquéritos nacionais realizados entre 2000 e 2005, evidenciou-se que o número e a prevalência de fumantes eram altos entre homens e mulheres de 20 a 39 e 40 a 59 anos e que, entre os jovens (12 a 19 anos) ou maiores que 60 anos, a prevalência tendia a aumentar na zona rural e a ser inversamente proporcional ao nível educacional¹⁹.

Na África do Sul, os padrões do uso de tabaco analisados nas “*Demographic and Health Surveys*”, de 1998 e 2003, mostraram que alta renda e educação se associaram à baixa prevalência de fumar, enquanto que morar em área urbana se associou ao fumo. No entanto, homens e mulheres negras fumavam menos do que outros grupos populacionais²⁰.

Além de monitorar a prevalência de fumantes, monitorar a cessação do tabagismo é fundamental para avaliar as

ações de controle em uma população. O índice de cessação medido por meio de um inquérito domiciliar²¹, realizado entre 2003 e 2005, em 17 capitais brasileiras mais o Distrito Federal, variou entre 41 e 58% para homens e 42 e 59% para mulheres entre as 18 capitais brasileiras. Os dados do VIGITEL apresentados, relativos aos anos de 2006 a 2009, mostram índices mais elevados (59 a 61%, em homens, e 60 a 64%, em mulheres). São ainda bem mais elevados do que foi relatado (41%) em inquérito populacional realizado na região Metropolitana de Belo Horizonte, em 2003, o qual incluiu indivíduos com 20 anos ou mais²². Mesmo com as limitações já expostas, as quais não permitem comparação direta com os dados levantados em pesquisas com entrevistas domiciliares, os índices maiores obtidos neste inquérito telefônico devem ser analisados com mais detalhes sobre as faixas etárias e escolaridade, de forma a explorar melhor as características das pessoas que pararam de fumar e o acesso aos serviços de tratamento do tabagismo. Dados da PETA²³ mostram que, entre os fumantes e ex-fumantes com 15 anos ou mais, 43,0% dos homens e 49,5% das mulheres tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses¹⁵. Isto mostra que a demanda por atendimento para cessação do tabagismo deve ser alta e a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar preparada para ampliar a oferta de serviços com este objetivo.

Dentre os limites do estudo, pode-se apontar a utilização da entrevista telefônica entre moradores em domicílios com telefone fixo, o que exclui parcela da população sem acesso a este bem. Esta limitação é parcialmente corrigida com a ponderação pós-estratificação dos dados, tomando-se como base a distribuição socioeconômica do Censo 2000. A correção adotada no VIGITEL "aproxima" as estimativas geradas pelo sistema daquelas que seriam observadas caso a cobertura da rede telefônica fosse universal ou não apresentasse qualquer diferença entre estratos populacionais¹².

O êxito do Brasil na redução do tabagismo também tem sido descrito entre jovens. A prevalência nos adolescentes em inquérito realizado em 2009 entre escolares das capitais brasileiras^{23,24} foi de 6,3%, valor bem menor do que aquele relatado em estudos anteriores em capitais, os quais mostraram prevalências variando entre 10,7% em Florianópolis, 12,6% em Curitiba e 17,7% em Porto Alegre²⁵. Estas evidências tornam-se muito importantes em termos de políticas públicas, pois adolescentes fumantes possuem alta probabilidade de se tornarem adultos fumantes, aumentando assim o risco de morbimortalidade associada ao tabagismo²⁶.

É possível que o consumo de cigarros venha diminuindo no país em paralelo à diminuição das prevalências de fumantes. No entanto, este estudo não evidencia um padrão de queda definido no percentual de fumantes que relatam fumar 20 ou mais cigarros diários. Como o Brasil já atingiu em anos passados prevalências menores que a maioria dos países do mundo Ocidental²⁷, a continuidade desta redução nos próximos anos dependerá de esforços adicionais, em particular, em regiões, públicos e políticas específicas. Tal constatação fortalece a necessidade de uma intensificação nas ações de cessar o tabagismo no âmbito do SUS, assim como a legislação, que sustenta a proibição do fumo em ambientes fechados públicos ou privados e já está consolidada como legislação em alguns estados do país²⁸, deve avançar em todo o território nacional.

É importante que o aprimoramento da política de controle do tabagismo consiga diminuir as diferenças existentes na exposição ativa e passiva do tabaco entre indivíduos de diferentes estratos populacionais. A redução da prevalência de fumantes para níveis inferiores aos que existem atualmente garantirá, de forma efetiva, a prevenção de grande parte das doenças crônicas que mais acometem a população brasileira.

Referências

1. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO; 2005.
2. World Health Organization. Summary: surveillance of risk factors for noncommunicable diseases. The WHO STEP wise approach. Geneva: WHO; 2001.
3. World Health Organization. Report on the global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf.
4. Doll R, Hill AB. Mortality in relation to smoking: 10 year's observations of british doctors. *Br Med J*. 1964;5395:1399-410.
5. Pisinger C, Godtfredsen NS. Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine. Tob Res*. 2007;9(6):631-46.
6. 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 W Health Org*. 2007;85:527-34.
7. Malta DC, Moura EC, Silva AS, Oliveira PPV, Costa e Silva VJL. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil 2008. *J Bras Pneumol*. 2010;36(1):75-85.
8. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VL, Godinho J. Documento de discussão - saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. *Epidemiol Serv Saude*. 2008;17:301-4.
9. Brasil. Presidência da República / Casa Civil Decreto Nº 5.658, de 2 de Janeiro de 2006. Promulgação da Adesão do Brasil à Convenção Quadro. [cited 2010 nov 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Azevedo e Silva G, Valente JG, Almeida LM, Moura EC, Malta DC. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. *Rev Saúde Pub*. 2009;43:48-56.
12. Moura EC, Morais Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11 Supl 1:20-37.
13. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, et al. Monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pub*. 2005;39:47-57.
14. Stata Corporation. Stata Statistical Software: Release 9.0. Stata Corporation: College Station, TX; 2005.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Especial sobre Tabagismo (PETab), 2009. [cited 2010 nov 19]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?petab/petab.def>.
16. Delnevo CD, Gundersen DA, Hrywna M, Wackowski O, Zuwallack RS. Estimates of cigarette smoking from the NJ adult tobacco survey: real or spurious? *Am J Health Behav*. 2010;34(5):585-92.
17. Tilloy E, Cottel D, Ruidavets JB, Arveiler D, Ducimetière P, Bongard V, et al. Characteristics of current smokers, former smokers, and secondhand exposure and evolution between 1985 and 2007. *J Prev Med Hyg*. 2009;50(3):191-5.
18. Sardu C, Mereu A, Minerba L, Contu P. The Italian national trends in smoking initiation and cessation according to gender and education. *Can J Public Health*. 2009;100(6):453-8.
19. Li FX, Robson PJ, Ashbury FD, Hatcher J, Bryant HE. Smoking frequency, prevalence and trends, and their socio-demographic associations in Alberta, Canada. *S Afr Med J*. 2009;99(10):744-9.
20. Peer N, Bradshaw D, Laubscher R, Steyn K. Trends in adult tobacco use from two South African Demographic and Health Surveys conducted in 1998 and 2003. *Public Health*. 2009;123(10):657-64.
21. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Vigilância à Saúde. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, 2002-2005. Rio de Janeiro: INCA; 2008. [cited 2011 nov 2]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/vigilancia/fatores_de_risco.html.
22. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1319-28.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saude do Escolar. PeNSE 2009. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. [cited 2010 nov 02]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/defaultsh.htm>.
24. Carvalho MD, Vasconcelos SLM, Mendes I, Barreto SM, Giatti L, Ribeiro CIR, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Ciênc. Saude Coletiva* [serial on the Internet]. [cited 2011 jan 4]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800002&lng=en.

25. Hallal ALC, Davidson Gotlieb SL, Almeida LM, Casado L. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5).
26. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev Saúde Pub*. 2003;37(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000100003&tlng=en&lng=en&nrm=isso.
27. World Health Organization. Cross Country Profile. [cited 2011 Jan]. Available at: <http://data.euro.who.int/tobacco/Default.aspx?TabID=2444>.
28. Bialous SA, Martins S. Brazil: São Paulo takes the lead. *Tob Control*. 2009;18:341.

Recebido em: 05/01/2011

Versão final apresentada em: 06/02/2011

Aprovado em: 19/02/2011