

**Ministério da Saúde  
Instituto Nacional do Câncer  
Coordenação de Prevenção e Vigilância**

## **PREVALÊNCIA DE TABAGISMO NO BRASIL**

**Dados dos inquéritos epidemiológicos  
em capitais brasileiras**

**Rio de Janeiro  
Maio de 2004**

O tabagismo, antes visto como um estilo de vida é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WHO, 2003).

O Brasil é um dos principais produtores e exportadores de tabaco no mundo. A dependência econômica do setor fumageiro torna mais complexa qualquer estratégia de intervenção. Por outro lado, o controle do tabagismo exige um eficiente e sistemático mecanismo de vigilância para monitorar as tendências de consumo de tabaco.

O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA) desenvolve papel importante como Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Programa "Tabaco ou Saúde" na América Latina, cujo objetivo é estimular e implementar políticas e atividades anti-tabagismo nessa região, e no apoio à elaboração da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, idealizada pela OMS para estabelecer padrões de controle do tabagismo em todo o mundo.

Entre as estratégias preconizadas para o controle do tabagismo temos o monitoramento do padrão de consumo na população que é realizado através da organização e disseminação de um sistema de vigilância do tabagismo, calcado em estudos populacionais periódicos de natureza quantitativa e qualitativa.

Os dados levantados em estudos populacionais recentemente conduzidos pelo INCA, no Brasil, permitem avaliar a situação atual do tabagismo em 16 capitais brasileiras. Estes estudos foram coordenados pela Divisão de Epidemiologia da Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) do INCA, em parceria com a Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, Secretarias de Estado de Saúde e a Secretaria Municipal de Curitiba. As informações obtidas têm como objetivo subsidiar as políticas e ações legislativas, econômicas assim como as demais ações educativas, já em curso no País.

O **Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis**, que foi realizado nos anos de 2002 e 2003 em 16 capitais brasileiras e financiado pelo VIGISUS/CENEPI/Ministério da Saúde faz parte da estratégia da Secretaria de Vigilância à Saúde, de desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. O inquérito teve como objetivo estimar as prevalências de tabagismo, sobrepeso/obesidade, sedentarismo e uso abusivo de bebidas alcoólicas, bem como a prevalência de morbidades referidas como hipertensão arterial, diabetes, doenças respiratórias, entre outras. O estudo ainda abrangeu o acesso a serviços diagnósticos para detecção precoce de câncer de mama e colo de útero, hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia.

Outra estratégia que vem sendo utilizada em diversos países, entre os quais o Brasil, é a implantação do **Sistema de Vigilância de Tabagismo em Escolares (VIGESCOLA)**. Desenvolvido, inicialmente, pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) do governo dos Estados Unidos da América, o VIGESCOLA se tornou um sistema de vigilância mundial promovido pela OMS e, na América Latina, pela Organização Pan-americana de Saúde – (OPAS). Seu principal objetivo é monitorar a prevalência, o consumo do uso de tabaco, a influência da mídia e exibição de propaganda, a exposição ao fumo passivo, o acesso e disponibilidade de produtos de tabaco, e a cessação, no grupo alvo: estudantes de 13 a 15 anos.

No inquérito domiciliar de comportamentos de risco e morbidade referida, os dados foram coletados em entrevistas com todos os moradores maiores de 14 anos residentes em domicílios selecionados pelo plano amostral, utilizando questionários padronizados. Já o inquérito escolar foi realizado em horário de aulas, com estudantes de escolas escolhidas de forma aleatória entre aquelas que oferecem vagas para a sétima e oitava série do ensino fundamental e primeira série do ensino médio. O preenchimento dos cartões de respostas não identificado foi feito pelos próprios alunos e as informações foram enviadas para o CDC/USA onde se deu a preparação do banco de dados o qual foi devolvido para análise no Brasil ([http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/GYTS\\_intro.htm#Methodology](http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/GYTS_intro.htm#Methodology)).

Os resultados referentes ao tabagismo em ambos os estudos são apresentados a seguir.

### ***Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidades referidas de doenças e agravos não-transmissíveis – módulo: tabagismo***

Os dados foram coletados em dezesseis capitais: Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Florianópolis, João Pessoa, Natal, Fortaleza, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Vitória e Distrito Federal e incluem dados de prevalência do uso de cigarros e outros produtos do tabaco. Ressalte-se, que o tabaco pode ser utilizado de diversas maneiras, conforme sua forma de apresentação: inalado (cigarro, cachimbo, charuto e cigarrilha); aspirado (rapé) e mascado (fumo de rolo). Todavia, nesta pesquisa, somente foram investigados aspectos do tabaco inalado que, de todas as formas, é aquela que vem se tornando um grave problema de saúde pública, afetando os fumantes e os não fumantes, que se tornaram vítimas passivas da poluição ambiental causada pelos fumantes.

Foram entrevistados 23.457 indivíduos, sendo 10.175 do sexo masculino e 13.282 do sexo feminino. Deste total, 23.447 pessoas responderam a perguntas referentes ao uso de tabaco.

A maior prevalência de uso regular de cigarros foi encontrada em Porto Alegre (25,2%), seguida de Curitiba (21,5%), Belo Horizonte (20,4%) e São Paulo (19,9%). As menores prevalências são observadas em Aracaju (12,9%) e Campo Grande (14,5%) e Natal (14,7%). De uma forma geral, as cidades mais urbanizadas apresentam maiores prevalências com exceção do Rio de Janeiro, onde o número de fumantes regulares vem se reduzindo rapidamente. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, – (PNSN) realizada pelo IBGE em 1989, a prevalência na cidade do Rio de Janeiro foi estimada em cerca de 30%. Já em 2001, um inquérito realizado na mesma cidade pelo INCA (CONPREV/INCA/2001) mostrou uma prevalência de 21% e, neste estudo atual, foi observado em proporção de 17,5% fumantes (Tabela 1).

**Tabela 1: Proporção de fumantes regulares em 16 capitais do Brasil, 2002-2003**

Capital	Total de Entrevistados	Fumantes	
		n	% (IC 95%)
Manaus	1.703	298	17,5 (15,5 - 19,5)
Belém	1.410	225	16,0 (13,4 - 18,6)
Fortaleza	2.266	418	18,4 (16,6 - 20,3)
Natal	810	119	14,7 (12,1 - 17,3)
João Pessoa	1.205	201	16,7 (14,0 - 19,3)
Recife	1.010	176	17,4 (14,8 - 20,1)
Aracaju	843	109	12,9 (10,4 - 15,4)
Campo Grande	697	101	14,5 (11,4 - 17,6)
Distrito Federal	1.995	345	17,3 (15,4 - 19,2)
Belo Horizonte	2.255	459	20,4 (18,4 - 22,3)
Vitória	768	137	17,8 (14,6 - 21,1)
Rio de Janeiro	2.692	470	17,5 (15,8 - 19,1)
São Paulo	1.210	241	19,9 (17,5 - 22,3)
Curitiba	2.337	502	21,5 (19,5 - 23,4)
Florianópolis	851	182	21,4 (17,9 - 24,9)
Porto Alegre	1.395	352	25,2 (22,4 - 28,1)

Fonte: Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis CONPREV/ INCA / MS

Em todas as capitais, a prevalência de consumo de cigarros foi maior entre os homens do que entre mulheres (Tabela 2). Em média, a razão de prevalência entre homens/mulheres nas regiões Norte e Nordeste foi de 2. Essa diferença cai significativamente nas regiões Sudeste e Sul, onde essa razão se aproxima de 1.

**Tabela 2: Proporção de fumantes regulares por sexo em 16 capitais do Brasil, 2002-2003**

Capital	Homem			Mulher		
	Total	N	% (IC 95%)	Total	n	% (IC 95%)
Manaus	765	185	24,2 (21,1 - 27,3)	938	113	12,0 (10,1 - 14,0)
Belém	599	133	22,2 (18,6 - 25,8)	811	92	11,3 (8,7 - 14,0)
Fortaleza	1.001	239	23,9 (20,9 - 26,8)	1.265	179	14,2 (12,3 - 16,0)
Natal	352	63	17,9 (14,1 - 21,7)	458	56	12,2 (9,2 - 15,2)
João Pessoa	490	115	23,5 (19,3 - 27,6)	715	86	12,0 (9,4 - 14,6)
Recife	434	95	21,9 (18,0 - 25,7)	576	81	14,1 (11,2 - 16,9)
Aracaju	354	60	16,9 (13,0 - 20,9)	489	49	10,0 (7,3 - 12,8)
Campo Grande	308	60	19,5 (14,4 - 24,6)	389	41	10,5 (7,2 - 13,8)
Distrito Federal	866	180	20,8 (17,1 - 24,4)	1.129	165	14,6 (12,6 - 16,7)
Belo Horizonte	985	257	26,1 (23,0 - 29,1)	1.270	202	15,9 (13,8 - 18,0)
Vitória	354	74	20,9 (16,0 - 25,8)	414	63	15,2 (11,6 - 18,8)
Rio de Janeiro	1.096	217	19,8 (17,3 - 22,3)	1.596	253	15,9 (13,9 - 17,9)
São Paulo	524	121	23,1 (19,3 - 26,8)	686	120	17,5 (14,1 - 20,8)
Curitiba	1.045	253	24,2 (21,3 - 27,2)	1.292	249	19,3 (17,0 - 21,5)
Florianópolis	379	93	24,5 (19,7 - 29,3)	472	89	18,9 (14,6 - 23,2)
Porto Alegre	618	174	28,2 (24,1 - 32,2)	777	178	22,9 (19,7 - 26,1)

Fonte: Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis CONPREV/INCA/MS

O consumo de cigarros foi maior entre indivíduos adultos (com 25 o mais anos de idade) quandoo comparado aos de 15 a 24 anos. Entretanto, esta diferença tende a diminuir nas cidades mais urbanizadas, indicando uma maior participação do grupo jovem nas prevalências globais (Tabela 3).

**Tabela 3: Proporção de fumantes regulares por faixa etária em 16 capitais do Brasil, 2002-2003**

Capital	Fumantes					
	15 a 24 anos			+ 25 anos		
	n	% (IC 95%)		n	% (IC 95%)	
Manaus	68	12,7	(9,7 - 15,7)	230	19,7	(17,5 - 21,9)
Belém	44	10,2	(6,8 - 13,6)	181	18,5	(15,3 - 21,7)
Fortaleza	79	12,2	(9,3 - 15,2)	339	20,9	(18,7 - 23,1)
Natal	24	10,0	(6,1 - 13,9)	95	16,7	(13,6 - 19,7)
João Pessoa	33	10,3	(6,3 - 14,4)	168	19,0	(15,9 - 22,0)
Recife	20	8,1	(3,7 - 12,4)	156	20,5	(17,2 - 23,7)
Aracaju	17	6,8	(3,1 - 10,5)	92	15,5	(12,3 - 18,6)
Campo Grande	32	15,5	(10,2 - 20,8)	69	14,1	(10,9 - 17,2)
Distrito Federal	75	12,6	(10,2 - 14,9)	270	19,3	(17,0 - 21,6)
Belo Horizonte	66	11,7	(8,5 - 14,9)	393	23,2	(20,9 - 25,5)
Vitória	33	16,6	(10,1 - 23,0)	104	18,3	(14,8 - 21,7)
Rio de Janeiro	38	7,1	(4,8 - 9,3)	432	20,0	(18,1 - 22,0)
São Paulo	47	14,4	(10,3 - 18,6)	194	21,9	(19,1 - 24,8)
Curitiba	107	19,0	(15,4 - 22,7)	395	22,3	(20,1 - 24,4)
Florianópolis	30	15,5	(10,2 - 20,7)	152	23,1	(19,1 - 27,2)
Porto Alegre	77	24,1	(18,4 - 29,7)	275	25,6	(22,5 - 28,6)

Fonte: Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis CONPREV/INCA/MS

É possível ainda observar que o tabagismo foi maior entre os grupos com menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo), quando comparado com os de maior escolaridade (8 anos ou mais de estudo) em todas as cidades estudadas. Novamente aqui, o razão de prevalências entre indivíduos com menor e maior escolaridade é da ordem de 2, ou seja, temos dois fumantes com baixa escolaridade para um fumante com maior escolaridade. Se considerarmos que a escolaridade é uma forma indireta para avaliarmos a renda/classe social dos indivíduos, temos mais fumantes no grupo de baixa renda do que no grupo com rendas mais altas.

**Tabela 4: Proporção de fumantes regulares por escolaridade em 16 capitais do Brasil, 2002-2003**

Capital	≤ 7 anos de estudo				> 7 anos de estudo			
	Total	n	%	(IC 95%)	Total	n	%	(IC 95%)
Manaus	731	166	22,7	(20,0 - 25,4)	959	126	13,1	(10,9 - 15,4)
Belém	566	130	23,0	(18,8 - 27,1)	839	94	11,2	(8,8 - 13,6)
Fortaleza	981	245	25,0	(21,8 - 28,2)	1.258	172	13,7	(11,9 - 15,4)
Natal	383	80	20,9	(16,9 - 24,8)	400	37	9,3	(6,5 - 12,0)
João Pessoa	555	125	22,5	(18,8 - 26,2)	642	75	11,7	(9,0 - 14,4)
Recife	427	110	25,8	(22,0 - 29,5)	541	62	11,5	(8,8 - 14,1)
Aracaju	361	71	19,7	(14,9 - 24,4)	467	37	7,9	(5,4 - 10,4)
Campo Grande	256	43	16,8	(12,2 - 21,4)	409	48	11,7	(8,6 - 14,9)
Distrito Federal	707	163	23,1	(19,9 - 26,2)	1.259	177	14,1	(12,2 - 15,9)
Belo Horizonte	915	222	24,3	(20,9 - 27,7)	1.297	230	17,7	(15,4 - 20,0)
Vitória	196	47	24,0	(18,7 - 29,2)	556	89	16,0	(12,1 - 19,9)
Rio de Janeiro	789	152	19,3	(16,5 - 22,0)	1.844	312	16,9	(15,0 - 18,8)
São Paulo	452	101	22,3	(18,2 - 26,5)	722	133	18,4	(15,5 - 21,3)
Curitiba	737	202	27,4	(23,9 - 30,9)	1.496	283	18,9	(16,6 - 21,3)
Florianópolis	264	70	26,5	(19,6 - 33,4)	559	105	18,8	(15,2 - 22,3)
Porto Alegre	426	141	33,1	(28,3 - 37,9)	952	207	21,7	(19,0 - 24,5)

Fonte: Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis CONPREV/INCA/MS

O índice de cessação de fumar (número de ex-fumantes dividido pelo número de fumantes atuais mais os ex-fumantes) variou nas cidades estudadas de 44,0% (em João Pessoa) a 58,3% (em Campo Grande) (Tabela 5). Não se observa, aqui, um padrão específico entre as regiões do país. Verifica-se que este índice de cessação é mais elevado no grupo com maior escolaridade com exceção das cidades de Manaus e São Paulo (Tabela 6).

**Tabela 5: Índice de cessação (ex-fumantes/fumantes+ex-fumantes) em 16 capitais do Brasil, 2002-2003**

<b>Capital</b>	<b>Total de entrevistados</b>	<b>n</b>	<b>% (IC 95%)</b>
Manaus	549	251	45,7 (41,5 - 50,0)
Belém	449	224	49,9 (44,0 - 55,8)
Fortaleza	810	391	48,3 (44,3 - 52,3)
Natal	240	121	50,4 (42,7 - 58,1)
João Pessoa	359	158	44,0 (37,3 - 50,7)
Recife	344	168	48,8 (42,8 - 54,8)
Aracaju	222	113	50,9 (43,4 - 58,4)
Campo Grande	242	141	58,3 (52,1 - 64,4)
Distrito Federal	696	351	50,4 (46,5 - 54,4)
Belo Horizonte	928	469	50,5 (46,8 - 54,3)
Vitória	285	148	51,9 (44,9 - 59,0)
Rio de Janeiro	1.020	551	54,0 (50,4 - 57,6)
São Paulo	480	239	49,8 (44,4 - 55,2)
Curitiba	925	423	45,7 (42,4 - 49,0)
Florianópolis	341	159	46,6 (40,2 - 53,0)
Porto Alegre	658	306	46,5 (42,4 - 50,6)

Fonte: Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis CONPREV/INCA/MS



**Tabela 6: Índice de cessação (ex-fumantes/fumantes+ex-fumantes) por escolaridade em 16 capitais do Brasil, 2002-2003**

Capital	≤ 7 anos de estudo				> 7 anos de estudo			
	Total	n	%	(IC 95%)	Total	n	%	(IC 95%)
Manaus	315	149	47,3	(41,4 - 53,3)	224	98	43,8	(37,2 - 50,3)
Belém	236	106	44,9	(38,4 - 51,4)	212	118	55,7	(47,5 - 63,8)
Fortaleza	439	194	44,2	(38,5 - 49,9)	367	195	53,1	(48,4 - 57,8)
Natal	147	67	45,6	(36,3 - 54,8)	85	48	56,5	(46,6 - 66,4)
João Pessoa	209	84	40,2	(33,2 - 47,2)	148	73	49,3	(39,3 - 59,3)
Recife	181	71	39,2	(32,5 - 45,9)	150	88	58,7	(50,0 - 67,3)
Aracaju	130	59	45,4	(35,5 - 55,2)	88	51	58,0	(48,2 - 67,7)
Campo Grande	104	61	58,7	(49,8 - 67,5)	123	75	61,0	(52,6 - 69,4)
Distrito Federal	307	144	46,9	(40,7 - 53,1)	379	202	53,3	(48,8 - 57,8)
Belo Horizonte	437	215	49,2	(44,1 - 54,3)	475	245	51,6	(46,4 - 56,7)
Vitória	92	45	48,9	(37,6 - 60,2)	186	97	52,2	(43,4 - 60,9)
Rio de Janeiro	319	167	52,4	(46,7 - 58,0)	680	368	54,1	(49,9 - 58,3)
São Paulo	208	107	51,4	(44,2 - 58,7)	254	121	47,6	(40,4 - 54,9)
Curitiba	347	145	41,8	(36,3 - 47,3)	539	256	47,5	(43,0 - 52,0)
Florianópolis	119	49	41,2	(30,1 - 52,2)	212	107	50,5	(42,9 - 58,0)
Porto Alegre	230	89	38,7	(33,6 - 43,8)	415	208	50,1	(45,3 - 55,0)

Fonte: Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis CONPREV/INCA/MS

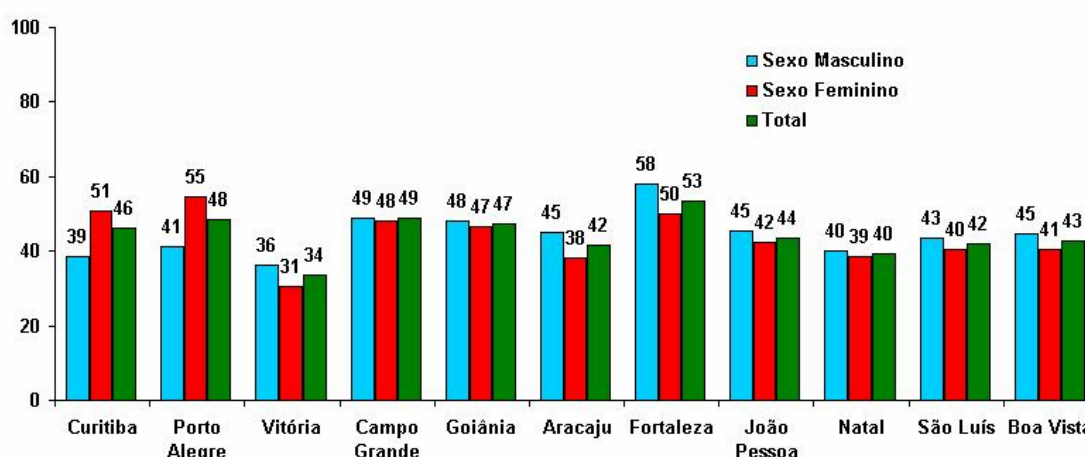
## Inquérito de Tabagismo em Escolares

Este estudo analisou dados de prevalência de uso do tabaco na população de 13 a 15 anos em 11 capitais brasileiras: Aracaju, Boa Vista, Campo Grande, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Natal, Porto Alegre, São Luis e Vitória.

### Prevalência de experimentação e tabagismo atual

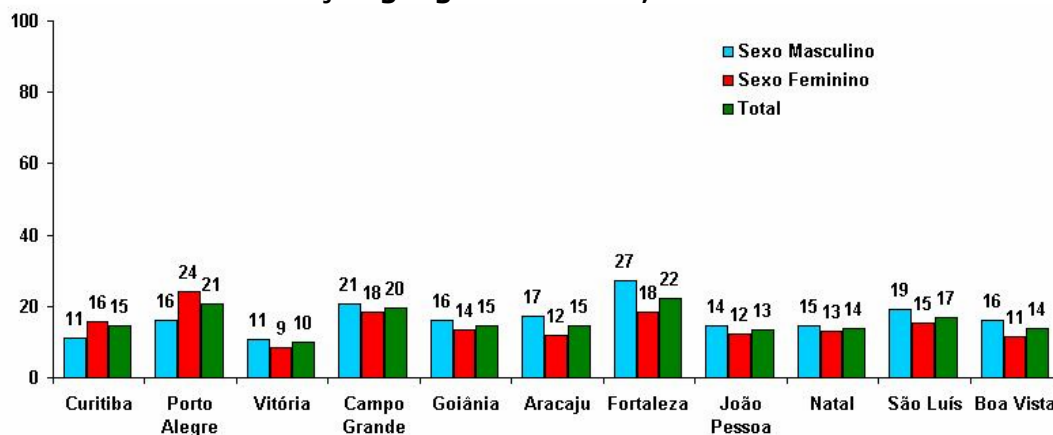
Nas 11 capitais do Brasil analisadas, observa-se uma proporção elevada de jovens que experimentaram fumar cigarros. A proporção de quem experimentou pelo menos um cigarro na vida variou de 33,7% em Vitória, a 53,3% em Fortaleza. Em seguida, as maiores proporções foram observadas em Porto Alegre (48,3%) e Curitiba (46,3%) (Gráfico 1).

**Gráfico 1. Percentagem de escolares que já experimentaram fumar, por sexo segundo localização geográfica. Brasil, 2002 e 2003**

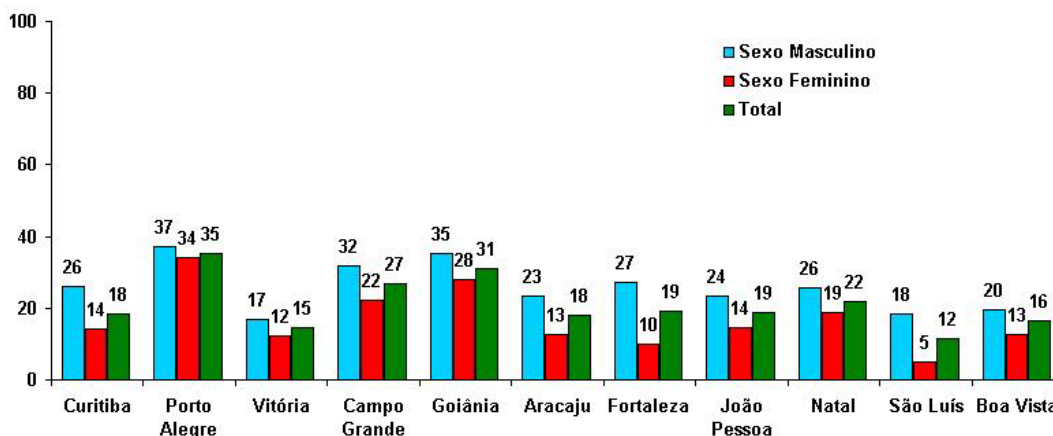


Para os jovens, considera-se fumante atual aquele que fumou pelo menos um dia nos últimos trinta dias. Esta é a definição adotada pelo *Center for Disease Prevention and Control* (CDC) dos EUA e pela OMS. Dentro desta classificação, a prevalência de fumantes seria de 10 a 22% (Gráfico 2). Entre estes, 11,5 a 35,3% (Gráfico 3) seriam classificados como fumantes regulares segundo definição da OMS, ou seja que passaram da experimentação a um estado de possível dependência (ter fumado 100 ou mais cigarros na vida e ainda continuar fumando). Enquanto os jovens que experimentam devem ser alvo de medidas preventivas, os fumantes regulares, devem ser objeto de medidas direcionadas à cessação.

**Gráfico 2. Prevalência de tabagismo\* entre os escolares, por sexo segundo localização geográfica. Brasil, 2002 e 2003**



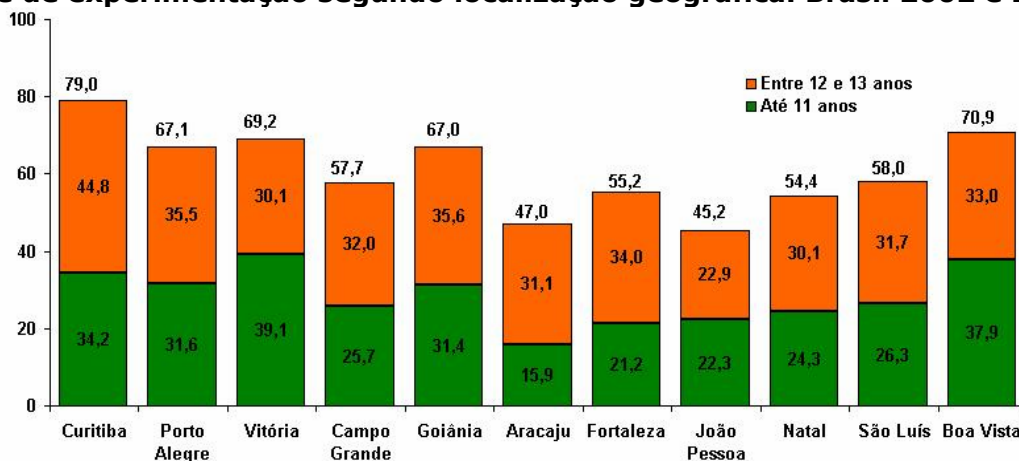
**Gráfico 3. Percentagem de escolares fumantes que fumaram mais de 100 cigarros na vida, por sexo segundo localização geográfica. Brasil, 2002 e 2003**



#### *Idade de iniciação*

Mais de 50% dos jovens experimentaram cigarro ainda muito jovens. Em Porto Alegre, Vitória, Goiânia e Boa Vista, aproximadamente 70% dos jovens experimentam fumar com 13 anos ou menos e em Curitiba a experimentação precoce chega a quase 80% (Gráfico 4).

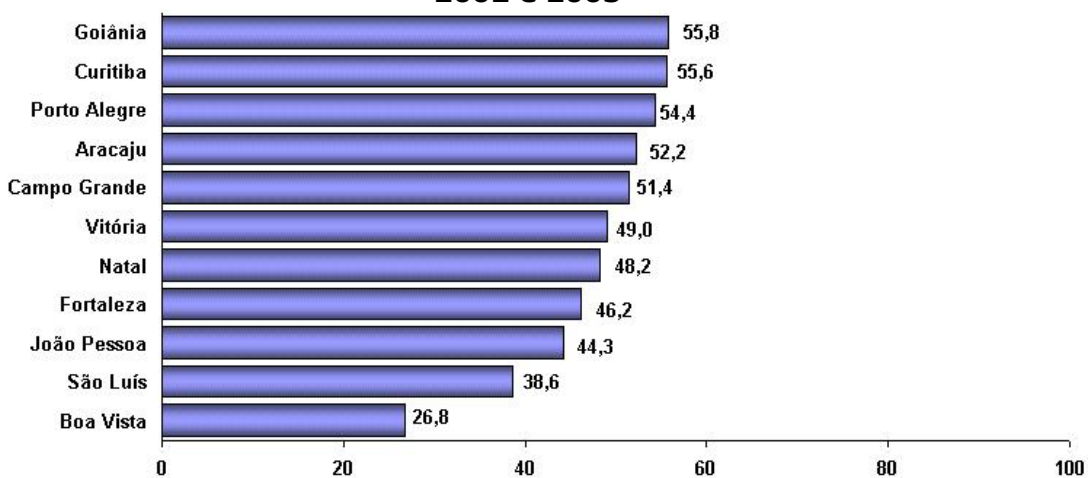
**Gráfico 4. Distribuição de escolares que experimentaram cigarros, total e por idade de experimentação segundo localização geográfica. Brasil 2002 e 2003**



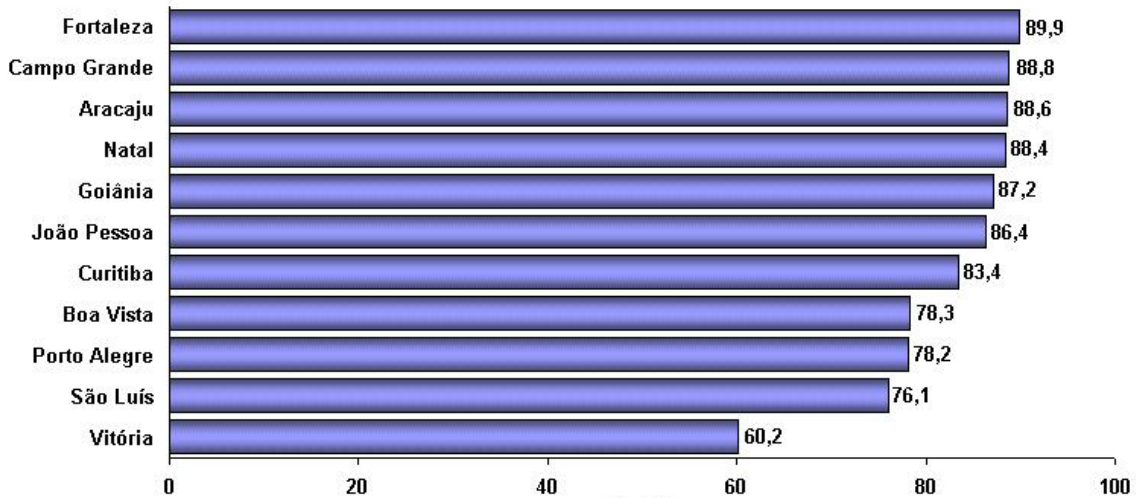
*Acesso aos produtos do tabaco*

Nas capitais estudadas, em geral, de 40 a 50% dos escolares relataram que compram os cigarros em loja, botequim ou vendedores ambulantes indicando que a lei que proíbe a venda de tabaco para menores freqüentemente não é respeitada. Este fato pode ficar mais evidente verificando-se o Gráfico 6. Com exceção de Vitória, que apresentou um valor menor, 76 a 97% dos escolares não foram impedidos de comprar cigarros em lojas por causa da sua idade.

**Gráfico 5. Percentagem de escolares fumantes que compram cigarros em loja, botequim ou vendedores ambulantes segundo localização geográfica. Brasil, 2002 e 2003**



**Gráfico 6. Percentagem de escolares fumantes, com idade entre 12 e 16 anos, que compraram cigarros em lojas e não foram impedidos de comprar por causa de sua idade, segundo localização geográfica. Brasil, 2002 e 2003.**



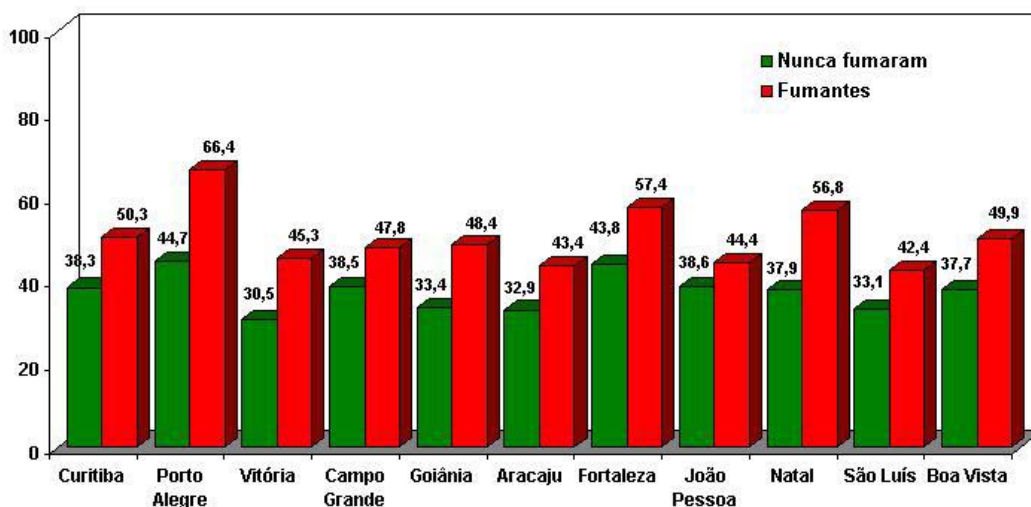
*Impacto da mídia*

Entre 72,8 a 87,3% dos jovens referiram ter visto anúncios pró-tabaco nos últimos 30 dias. Este achado levanta a questão de formas subliminares e indiretas de propaganda que podem estar influenciando jovens, ou relembrando propagandas anteriores.

*Influência dos pais fumantes*

Comparado aos escolares que não fumam, os fumantes relatam uma maior proporção de pais que fumam e esta diferença é significativa. Este achado é consistente com outros estudos semelhantes e mostra como, mesmo que involuntariamente, adultos fumantes podem estimular seus filhos a fumar.

**Gráfico 7. Percentagem de escolares fumantes e não fumantes que possuem pelo menos um dos pais fumantes, segundo localização geográfica. Brasil, 2002 e 2003**



## **Conclusões**

1. As prevalências de tabagismo estão maiores nas capitais brasileiras de regiões mais industrializadas, para ambos os sexos. No entanto, elas ainda são menores do que as observadas em países industrializados, como por exemplo, os EUA (CDC,2004).
2. As prevalências encontradas no Inquérito em 2002-2003 em 16 capitais – que variou de 12,9% a 25,2% (em homens: de 16,9% a 28,2%; em mulheres: de 10,0% a 22,9%) – são inferiores as relatadas em inquéritos brasileiros anteriores. Na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - (PNSN), realizada pelo IBGE em 1989, a prevalência de tabagismo em todo Brasil foi de 31,7% (39,3% em homens e 25,2% em mulheres).
3. Os homens ainda apresentam maiores prevalências de tabagismo do que as mulheres em todas as cidades pesquisadas. A razão de prevalências por sexo (homem/mulher), entretanto, é menor nas regiões Sudeste e Sul, possivelmente apontando para um aumento de consumo de tabaco no grupo feminino em regiões mais desenvolvidas.
4. A prevalência de tabagismo entre jovens das regiões Sudeste e Sul é maior do que das regiões Norte e Nordeste, mostrando que, nas regiões mais urbanizadas há um aumento de consumo nas faixas etárias mais jovens.
5. As prevalências são maiores nos grupos populacionais com menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo). Considerando-se a escolaridade como um indicador indireto de renda, se este quadro não se alterar, esta população, já menos assistida, tenderá a apresentar maior gravidade de saúde com incidências elevadas de doenças como câncer de pulmão/laringe/esôfago, infarto do miocárdio, doenças cerebrovasculares e enfisema pulmonar.
6. Um fator promissor em nosso país é o elevado índice de cessação de uso de tabaco, em torno de 50% em todas as capitais pesquisadas; superior ao de outros países (nos EUA por exemplo é 40%). É possível que esse seja o resultado de todas as ações intersetoriais (legislativas, econômicas e educativas) implementadas pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, observamos que esse índice de cessação é menor entre os indivíduos com menor escolaridade, ou de nível social mais baixo. Isso pode indicar que as estratégias de controle do tabagismo estariam atingindo esse grupo com menor intensidade, corroborando com a conclusão do item anterior.
7. O aumento que vem sendo observado na mortalidade por câncer de pulmão nas mulheres, em todas as regiões do país, diferentemente do que vem sendo observado entre os homens, que apresentam tendências estáveis ou mesmo de queda a partir da metade da década de 90, pode estar associado ao aumento da prevalência do tabagismo no sexo feminino há duas décadas ou mais no passado. Considerando que nos últimos 20 anos, a prevalência de tabagismo vem caindo no país, é possível que a redução relativa desta queda seja maior entre os homens, justamente porque a introdução do tabagismo entre mulheres foi posterior ao que aconteceu no sexo masculino.

8. Entre jovens escolares, na maior parte das capitais estudadas, a proporção de experimentação de cigarros foi ligeiramente mais elevada entre meninos do que entre meninas, com exceção de capitais do sul do país – Curitiba e Porto Alegre – onde a situação se inverteu e as meninas experimentaram em maior proporção. Esta é uma tendência que se observa em vários países do mundo, em especial nos países desenvolvidos (OMS 1992).
9. Apesar das meninas estarem experimentando fumar mais do que os meninos em Curitiba e Porto Alegre, a proporção de fumantes regulares ainda é maior para o sexo masculino. É recomendável que sejam promovidas estratégias de redução da experimentação e desestímulo à passagem para tabagismo regular.
10. A facilitação do acesso a cigarros, através de baixos preços, da venda de cigarros em auto-serviços ou em máquinas automáticas fazem com que as crianças e adolescentes se iniciem no caminho da dependência do tabaco. Portanto, este cenário aponta para a necessidade de implementação de um leque de medidas que visam reverter essas tendências tais como:
  - Aumento dos preços dos produtos do tabaco
  - Proibição da venda em auto-serviços e máquinas automáticas
  - Controle de venda a menores
  - Controle do mercado ilegal

## ***Ficha Técnica***

### **Instituto Nacional de Câncer**

*José Gomes Temporão*

### **Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância**

*Gulnar Azevedo e Silva Mendonça*

### **Divisão de Epidemiologia**

*Liz Maria de Almeida*

### **Divisão de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer**

*Tânia Maria Cavalcante*

### **Equipes de pesquisa:**

#### **Divisão de Epidemiologia**

*Ana Lucia Mendonça  
André Szklo  
Elaine Masson Fernandes  
Jaqueline Rodrigues Robaina  
José Lozana  
Letícia Casado  
Liz Maria de Almeida  
Luiz Felipe Martins  
Mirian Carvalho de Souza  
Valeska Carvalho Figueiredo*

#### **Divisão de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer**

*Aline Mesquita  
Andréa Reis Cardoso  
Luisa da Costa e Silva Goldfarb  
Maria Raquel Fernandes Silva  
Tânia Cavalcante*

#### **Elaboração deste documento:**

*Gulnar Azevedo e Silva Mendonça  
Letícia Casado  
Liz Maria de Almeida  
Mirian Carvalho de Souza  
Tânia Cavalcante  
Valeska Carvalho Figueiredo*