



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

MIQUÉIAS DE ANDRADE SOUSA PEREIRA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NO
BRASIL, NO PERÍODO DE 2003 A 2023.**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR - BA

09/2025

MIQUÉIAS DE ANDRADE SOUSA PEREIRA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NO
BRASIL, NO PERÍODO DE 2003 A 2023.**

Anteprojeto de pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no componente Introdução à Metodologia da Pesquisa (IMP).

Orientador: Professor Jamocyr Moura Marinho

SALVADOR

09/2025

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiro a Deus, por me sustentar a cada amanhecer.

Aos meus pais, por serem meus melhores amigos, maiores incentivadores e apoiadores incondicionais.

Aos meus irmãos, por me darem ânimo e alegria todos os dias.

Ao meu orientador, prof. Jamocyr Moura Marinho, minha referência acadêmica neste trabalho, pelo apoio desde a gênese do projeto.

A minha professora, Alessandra Caldas, pela parceria e incentivo semanal na produção deste trabalho.

Aos meus amigos, por todos os dias me lembrarem de tornar a trajetória acadêmica leve e proveitosa.

A minha namorada, por sempre me apoiar em todas as circunstâncias.

A EBMSP, por possibilitar a realização deste trabalho.

RESUMO

O tabagismo permanece como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo responsável por elevada morbimortalidade e impactos econômicos significativos. Este estudo descritivo, ecológico, utilizou dados secundários do Vigitel, INCA, PNAD e IBGE para analisar a prevalência do tabagismo no Brasil entre 2003 e 2023, considerando variáveis sociodemográficas como sexo, macrorregião, idade e escolaridade. Os resultados evidenciaram expressiva redução na prevalência de fumantes no país, passando de 22,4% em 2003 para 9,3% em 2023. Entretanto, verificou-se desaceleração da queda nos últimos anos, além de aumento recente da prevalência feminina (6,7% em 2021 para 7,2% em 2023). Persistem desigualdades regionais, com maior prevalência no Sul e Sudeste, e sociais, especialmente em indivíduos com menor escolaridade. Conclui-se que, embora as políticas públicas brasileiras tenham obtido avanços significativos no controle do tabagismo, ainda são necessários esforços adicionais voltados a grupos vulneráveis e ao monitoramento de novas formas de consumo, como os dispositivos eletrônicos.

Palavras-chave: Tabagismo; Epidemiologia; Prevalência; Saúde Pública; Brasil.

ABSTRACT

Tobacco use remains one of the leading public health problems in Brazil and worldwide, accounting for high morbidity, mortality, and significant economic burden. This descriptive, ecological study analyzed secondary data from Vigitel, INCA, PNAD, and IBGE to assess smoking prevalence in Brazil from 2003 to 2023, considering sociodemographic variables such as sex, macroregion, age, and education level. Results showed a marked reduction in smoking prevalence, from 22.4% in 2003 to 9.3% in 2023. However, the downward trend has slowed in recent years, with a recent increase in female prevalence (6.7% in 2021 to 7.2% in 2023). Regional disparities persist, with higher prevalence in the South and Southeast, as well as social inequalities, particularly among individuals with lower education levels. In conclusion, although Brazilian public policies have achieved significant progress in tobacco control, additional efforts are required to address vulnerable groups and monitor emerging forms of consumption, such as electronic cigarettes.

Keywords: Smoking; Epidemiology; Prevalence; Public Health; Brazil.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 9 |
| 3 OBJETIVOS | 10 |
| Geral: | 10 |
| Específicos: | 10 |
| 5 MATERIAL E MÉTODOS | 15 |
| 5.1 Desenho do estudo | 15 |
| 5.2 Local e período do estudo | 16 |
| 5.3 População do estudo | 16 |
| 5.4 Metodologia da coleta de dados | 16 |
| 5.5 Critério de inclusão e exclusão do estudo primário | 17 |
| 5.5.1 Critérios de inclusão | 17 |
| 5.5.2 Critérios de exclusão..... | 17 |
| 5.6 Variáveis de interesse | 17 |
| 5.7 Análise estatística | 18 |
| 5.8 Considerações éticas | 18 |
| 6 RESULTADOS | 18 |
| 6.1 Análise da variável sexo | 18 |
| 6.2 Análise da variável macrorregião | 21 |
| 6.3 Análise da variável idade | 25 |
| 6.4 Análise da variável escolaridade | 26 |
| 7 DISCUSSÃO | 28 |
| 8 CONCLUSÃO | 31 |
| REFERÊNCIAS: | 32 |

1 INTRODUÇÃO

Há séculos o tabaco está presente na história, tendo sua origem no continente americano, onde descobriram um importante efeito estimulante na planta que o origina. Nesse contexto, a substância foi amplamente utilizada de várias maneiras, passando mascar a folha, cigarros de palha, cachimbos até a sua utilização no cigarro tradicional, forma que foi amplamente difundida mundialmente principalmente com a Revolução Industrial, em meados do século XIX. Nesse contexto, assim como no resto do mundo, o Brasil passou a ser um voraz consumidor de cigarros, o que mais tarde veio a refletir em uma epidemia do tabagismo. Apesar do surgimento de diversos estudos que comprovavam a relação direta do hábito de fumar com o surgimento de diversas doenças, como câncer de pulmão e de boca, durante muitas décadas os números ainda subiam a níveis alarmantes.¹

Nesse fito, iniciaram-se estudos mais trabalhados para entender a relação fisiopatológica do cigarro no ser humano. Assim, foram notificadas cerca de 7.357 substâncias em um único cigarro, sendo mais de 69 substâncias com alto potencial cancerígeno. A Nicotina é a substância encontrada no cigarro que gera maior efeito de dependência sobre o usuário, já que, além possuir um importante efeito estimulante, essa substância acaba modificando a bioquímica cerebral, repercutindo em alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) que podem provocar inicialmente a tolerância, cursando com dependência. Entretanto, existem diversas substâncias que têm efeitos importantes, como é o caso do Alcatrão. A sua ação principal no cigarro é ser uma substância flavorizante (realce de sabor), porém, está relacionada com a irritação da mucosa respiratória no momento que a fumaça é inalada. Assim, com a irritação da mucosa, o Alcatrão é um dos principais vilões no desencadeamento de bronquites e enfisemas pulmonares em tabagistas.^{1 2}

Além do entendimento das ações fisiopatológicas do tabagismo, é fundamental entender o impacto desse hábito na população mundial e brasileira. Em 2023 a Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que o número de fumantes no mundo está na casa dos 1,3 bilhão de pessoas, sendo o tabagismo responsável por cerca de 8 milhões de mortes por ano.^{1 2}

Logo, é fundamental o impacto epidemiológico do tabagismo no Brasil, a fim de comparar com a tendência mundial e monitorar o tabagismo no Brasil para melhor guiar as intervenções políticas e econômicas.³⁴

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, já que afeta milhões de pessoas todos os anos, diminuindo as suas expectativas de vida, onerando o sistema de saúde nacional e afetando também pessoas que não fumam, já que estão sujeitas aos seus efeitos de forma passiva. Nesse contexto, é fundamental um monitoramento da prevalência do tabagismo no Brasil nos períodos atuais, com o objetivo de disponibilizar mais dados para melhorar a análise de tendência dessa prática em todo o território nacional. Além disso, a análise do tabagismo pode facilitar o estudo dos profissionais da epidemiologia e demografia, que através dos dados, poderão ajudar a guiar medidas políticas e econômicas no cenário brasileiro, a fim de diminuir ativamente o impacto nas áreas da saúde e economia.

3 OBJETIVOS

Geral:

Descrever a prevalência do tabagismo no Brasil no período de 2003 a 2023.

Específicos:

Analisar o perfil epidemiológico de tabagistas segundo sexo, macrorregião e idade, que prevalece no Brasil no período de 2003 a 2023.

4 REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, assim como na maioria dos países ao redor do mundo, o tabagismo tem uma história longínqua, estando presente nas civilizações há muitos anos. De origem no continente americano, o tabaco é uma plantada na qual se obtém um efeito estimulante, através de uma substância chamada nicotina. Nesse contexto, sabe-se que o tabaco foi utilizado nas civilizações ocidentais de várias maneiras antes da implementação do cigarro tradicional, como: mascar a folha do tabaco, cheirar rapé e fumar em cachimbos. Entretanto, ao longo dos anos, devido ao surgimento da revolução industrial em meados do século XIX, o cigarro industrializado tornou-se popular rapidamente, o que facilitou a sua disseminação mundial. ¹

No contexto brasileiro, com a vinda da indústria para o país no ano de 1875, o tabaco, no consumo em formato de cigarro de palha e rapé, foi rapidamente substituído pelo cigarro industrializado. Entretanto, somente no ano de 1890, com o barateamento da produção, começou-se o aumento efetivo da sua comercialização. Apesar disso, no ano de 1939 o maior nome da oncologia brasileira, então diretor do serviço nacional de oncologia e fundador do serviço médico que viria a se tornar o INCA (instituto nacional do câncer), o Dr. Mário Kroeff começou a realizar exposições educativas sobre fatores de risco para a gênese de neoplasias malignas. Nesse contexto, ele traz o câncer de pele como o de maior incidência, seguido de bocas e vias respiratórias. Assim, nasceu o no Brasil o combate ao tabagismo, que se intensificou na década de 60 com a divulgação de pesquisas inglesas e francesas sobre a associação do tabagismo com câncer de pulmão. ¹

Entretanto, apesar do combate contra o tabagismo, os números cresceram a níveis alarmantes em décadas seguintes. Entre 1970 e 1986 a venda de cigarros cresceu 132%, passando de 780 unidade/habitante para mais de 1200 unidade/habitante. O número de fumantes, passou de 25 milhões para 33 milhões em dez anos. ¹²

Nesse contexto, os primeiros estudos nacionais demonstravam um aumento importante de doenças relacionadas ao tabagismo. O Ministério da Saúde, em 1987, estimou entre 80 mil e 100 mil mortes prematuras pelo tabagismo. ¹³

Assim, o Ministério da Saúde partiu para intervir no crescimento exponencial do tabagismo através de campanhas contra o fumo e legislações criadas para o combate ao tabagismo. Um forte exemplo foi a lei federal número 9294/96, que proíbe fumar em ambientes fechados de uso coletivo, que visa combater o fumo passivo. Ademais,

em 2014 surge o decreto nº 8.262/2014, que visa fortalecer a lei vigente citada anteriormente através da proibição não apenas do cigarro, mas qualquer dispositivo derivado do tabaco (charutos, narguilés e outros dispositivos) em ambientes coletivos fechados. ¹⁴

Nos últimos anos as próprias embalagens de cigarro tornaram-se veículos de combate ao fumo, as quais são anexadas imagens fortes de possíveis consequências e malefícios inerentes ao hábito de fumar. Exemplos:



Fonte: [Anvisa divulga novas advertências para embalagens...](#)



Fonte: [Após determinação da Anvisa, embalagens de cigarro estão mais impactantes](#)

Ainda no contexto de medidas que visam o controle do tabaco, tem-se o surgimento da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e a Comissão Nacional para sua implementação. A CQCT é o primeiro tratado internacional de saúde pública

da história e visa conter a epidemia do tabagismo pelo mundo. O Brasil coordenou seu processo de elaboração em 1999 e 2003.

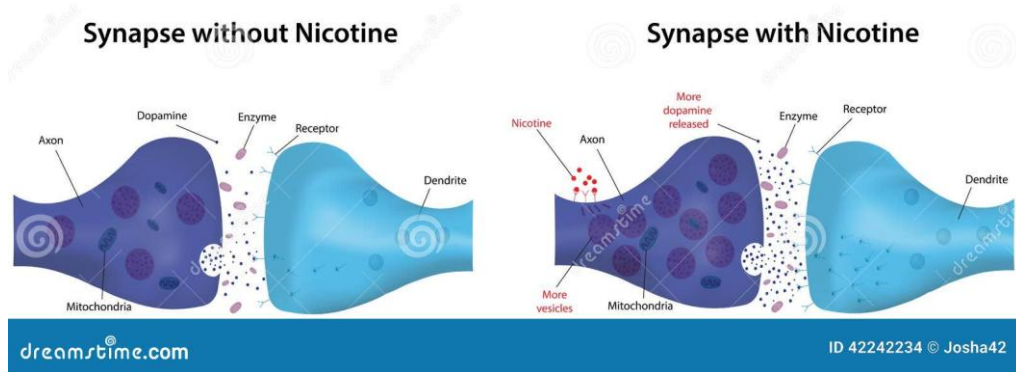
Além disso, com o advento da reforma tributária de 2011, surgiu uma política de preço mínimo e a implementação de novas alíquotas sobre o cigarro. Nesse contexto, a reforma do imposto sobre produtos industrializados (IPI-Cigarro) reverberou com um aumento do preço do cigarro e, portanto, diminuição da sua acessibilidade.⁵⁶

Essas ações do controle do tabaco refletiram em taxas cada vez menores relativas ao uso do tabaco no Brasil.¹⁷⁸

O tabaco tem na sua composição cerca de 7.357 substâncias químicas, sendo 69 substâncias potencialmente causadoras de câncer, denominadas de carcinogênicas. Uma das importantes substâncias que compõe o cigarro e têm efeitos carcinogênicos e tóxicos é o alcatrão. Essa substância é incorporada ao cigarro como uma substância flavorizante. Ao entrar nas vias aéreas do indivíduo, o alcatrão é um dos responsáveis por irritar os órgãos do sistema respiratório, sendo um dos precursores da bronquite e enfisema pulmonar nos tabagistas. Assim, entende-se que os efeitos patológicos do tabagismo começam com a tragada, a qual permite a absorção da nicotina pelo organismo, que rapidamente entra na corrente sanguínea e atinge o cérebro em cerca de 10 segundos. Essa ação no sistema nervoso central (SNC), principalmente em uso crônico, é pautada inicialmente na geração de uma tolerância aos efeitos da nicotina (não obtenção dos seus efeitos nas doses habituais, necessitando aumentá-las). Esse efeito é gerado através da ligação da nicotina aos receptores colinérgicos nicotínicos (nAChR) presentes nos gânglios autonômicos, junção neuromuscular e sistema nervoso central.^{6 9 10} Esses receptores formam canais iônicos nas membranas neuronais (membranas celulares dos neurônios), que quando ativados promovem uma mudança conformacional, gerando influxo dos cátions sódio e cálcio (Na^+ e Ca^{2+} respectivamente). No SNC, a nicotina irá atuar principalmente nos neurônios pré-sinápticos, que quando ativados irão promover a liberação de vários neurotransmissores na fenda sináptica.^{6 11} A nicotina induz uma constante liberação de neurotransmissores, como dopamina e noradrenalina, e as suas propriedades euforizantes e ansiolíticas são a razão neurofisiológica para a dependência dessa substância.^{16 17} Nesse contexto, atualmente sabe-se que o principal sistema acometido, e que resulta no maior efeito de dependência é o sistema dopaminérgico

meso-corticolímbico, onde as alterações moleculares desse sistema são responsáveis pela sensibilização comportamental dos fumantes. ^{16 18}

The Action of Nicotine



Fonte: [Ação da nicotina ilustração do vetor. Ilustração de axônio - 42242234](#)

Esse efeito de tolerância viabiliza o abuso do cigarro, o que culmina geralmente na dependência do indivíduo. Além disso, a nicotina acaba modificando a neurobiologia do cérebro humano, fazendo com que indivíduos tabagistas tenham um funcionamento cerebral diferente dos indivíduos não tabagistas. Para além do SNC, sabe-se que o tabaco está intimamente relacionado com ação sistêmica, podendo servir de catalizador ou gerador de neoplasias malignas em diversos órgãos, como: leucemia mieloide aguda, câncer de bexiga, câncer de pâncreas, câncer de fígado, câncer do colo do útero, câncer de esôfago, câncer de rim e ureter, câncer de laringe (cordas vocais), câncer na cavidade oral (boca), câncer de faringe (pescoço), câncer de estômago, câncer de cólon e reto, câncer de traqueia, brônquios e pulmão. Ademais, o uso de tabaco também atua aumentando o risco para doenças cardiovasculares e até osteoporose. ^{2 6 12 18}

Nesse íterim, sabe-se que o tabaco, logo o tabagismo, está diretamente relacionado com 56 tipos de doenças, causando mais de 8 milhões de mortes por ano para tabagistas ativos, além de atingir outras pessoas devido ao tabagismo passivo, causando morte de 1,2 milhão de pessoas por tabagismo passivo no mundo. Esses dados justificam a classificação do tabagismo como um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS). ^{3 18}

O tabagismo, apesar de ser um hábito de vida, atualmente também se enquadra na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da OMS como uma doença do grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas, já que a nicotina tem a dependência como um dos seus efeitos adversos.

3 18

No que tange a vigilância ao tabagismo, desde 1997 o INCA é o centro colaborador da OMS para o controle do tabaco no Brasil, o qual realiza estudos populacionais cujos resultados contribuem para o monitoramento mundial do tabaco. Além disso, desde 2003 o Ministério da Saúde passou a estruturar um sistema de vigilância para doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, o que engloba o tabagismo.

Visando a vigilância e o monitoramento do consumo dos produtos de tabaco, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Center for Disease Control and Prevention (CDC) e Canadian Public Health Association (CPHA) desenvolveram o Global Tobacco Surveillance System (GTSS). O GTSS vem sendo adotado pela maioria dos Estados Membros da OMS. O sistema foi iniciado no Brasil em 2002, com os objetivos de subsidiar as políticas nacionais referentes ao tema e integrar-se ao projeto GTSS visando à comparabilidade internacional de resultados.

12 18

O impacto do tabagismo no mundo é algo assustador. Em julho de 2023 a OMS colocou a epidemia do tabagismo entre as maiores ameaças à saúde pública que a humanidade já enfrentou. No mundo, atualmente são 1,3 bilhão de fumantes. Além dos cigarros, atualmente difunde-se os alertas sobre os cigarros eletrônicos, que tornam a situação ainda mais alarmante. ¹⁸

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico, com base em dados secundários da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

(VIGITEL), do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e através da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD), os quais são disponibilizados através do Ministério da Saúde, disponíveis nos endereços eletrônicos: [Instituto Nacional de Câncer - INCA - Portal Gov.br.](#), acessando o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco e buscando “Dados e números do tabagismo”, acessando diretamente o [Vigitel — Ministério da Saúde - Portal Gov.br.](#)

Além disso, através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pode-se acessar a PNAD através do endereço eletrônico: [PNAD \(Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios\) - IBGE.](#)

5.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em todo o Brasil, alcançando as macrorregiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, onde os dados foram colhidos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, onde as amostras foram estudadas nos anos de 2003, através da Pesquisa Mundial de Saúde, em 2004 através da Pesquisa Nacional de por Amostra de Domicílios (PNAD), e realizada anualmente, de 2006 a 2023, através da VIGITEL.

5.3 População do estudo

O presente estudo dispôs de uma amostra probabilística da população de adultos (maior ou igual a 18 anos de idade) que residem em domicílios servidos por, ao menos, uma linha telefônica fixa.

5.4 Metodologia da coleta de dados

A primeira etapa da amostragem do VIGITEL consiste no sorteio de um subconjunto de linhas telefônicas do universo de linhas de cada cidade. O sorteio foi realizado a partir do cadastro das linhas residenciais fixas das empresas telefônicas no período de 2006 a 2020, posteriormente passando a ser realizada pela Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) de 2021 a 2023.

Foram sorteadas cerca de 64 mil linhas telefônicas (44mil linhas de telefones fixos e 20 mil linhas de telefones móveis). As linhas sorteadas para cada cidade foram ressorteadas em réplicas de 200 linhas para fixos e 500 linhas para móveis. A

divisão amostral integral é realizada com o objetivo de estimar previamente a proporção de linhas de cadastro elegíveis para o sistema.

Em uma segunda etapa foi realizada uma seleção de usuários dentre os endereços cadastrados. Nesse quesito, foi realizado um sorteio desses indivíduos, dos quais foram selecionados apenas indivíduos adultos (18 anos ou mais).

O instrumento da coleta de dados foi uma série de entrevistas feitas com os indivíduos elegíveis para a pesquisa, onde foi estabelecido uma amostra final de 400 entrevistas com telefone fixo e 400 entrevistas com telefone móvel para cada localidade.

Os números de linhas telefônicas/pacientes elegíveis para os estudos, nos períodos de 2006 a 2023, foi de 1.188.753 de pessoas, sendo que o total de entrevistados foi de 806.169 indivíduos, dos quais 304.897 foram homens e 498.119 mil foram mulheres.

5.5 Critério de inclusão e exclusão do estudo primário

5.5.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para seleção da população do estudo primário foram pautados na presença de cadastro em alguma das linhas telefônicas selecionadas nos municípios e ser da população adulta.

5.5.2 Critérios de exclusão

Não foram selecionadas linhas telefônicas correspondentes as empresas ou linhas telefônicas desativadas, fora de serviço, além de linhas que não responderam às chamadas em mais de seis tentativas (chamadas realizadas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos).

5.6 Variáveis de interesse

A variáveis do estudo são epidemiológicas e sociodemográficas. A priori, as variáveis categóricas dicotômicas utilizadas foram: sexo (masculino/feminino) e tabagismo (sim/não).

Além das categóricas dicotômicas, foi avaliada umavariável categórica politômica: macrorregião (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

Além das variáveis categóricas dicotômicas, foram avaliadas as variáveis politômicas: idade (18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 anos e mais) e anos de escolaridade (0 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais anos).

5.7 Análise estatística

Com os dados coletados foi construído um Banco de dados no Programa Excel® do Microsoft Office for MacOS Bigsur versão sequoia15.4. Utilizando-se para as variáveis contínuas a média, mediana, desvio padrão, variabilidade, distribuição percentual e interquartilica. Para o cálculo da prevalência de tabagismo foi utilizado como numerador o número de tabagistasadultos com idade superior a 18 anos, e como denominador a população geral, sendo avaliados nos numeradores e denominadores as variáveis evidenciadas na metodologia. Os Resultados serão apresentados sobre a forma de Tabelas, Quadros e Gráficos em setores, barras paralelas e barras justapostas no Programa Excel® do Microsoft Office for MacOS Bigsurversão sequoia15.4.

5.8 Considerações éticas

A pesquisa não ofereceu risco ao entrevistado, sendo de consentimento livre e esclarecido, sendo obtido oralmente o consentimento no momento da coleta. O projeto Vigitel foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa para Seres Humanos (Conep), do Ministério da Saúde.

6 RESULTADOS

6.1 Análise da variável sexo

O número de linhas telefônicas e pacientes presentes no estudo (n = número de pacientes estudados) foram um total de mais de 300.000 indivíduos avaliados na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS – 2003), cerca de 806.169 entrevistados (VIGITEL – 2006 a 2023). Não foram coletados dados sobre a prevalência de tabagismo nos anos de 2005 e 2022.

No contexto epidemiológico brasileiro, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, o Brasil registou a prevalência de fumantes em 34,8% da população total, sendo desses 43,3% homens e 27% mulheres, evidenciando a alta frequência de pessoas fumantes em território nacional há poucas décadas.

Durante o período estudado a prevalência do tabagismo geral e por sexo, no Brasil. A análise dos dados revela que o ano de 2003 representou o ano de maior prevalência geral e por sexo, com valores de: 22,4% da população geral, 27,1% dos homens e 18,4% das mulheres. Os anos seguintes representaram diminuição da prevalência em ambos os sexos. Nesse contexto, o ano de 2021 representa o de menor prevalência geral e entre o sexo feminino, com valores de 9,1% da população geral e 6,7% das mulheres, porém, os homens tiveram o acréscimo de 0,1% se comparado ao ano anterior (2020), passando de 11,7% para 11,8%. A estatística mais recente do período estudado, o ano de 2023, evidenciou um aumento da prevalência, saindo de 9,1% em 2021 para 9,3% em 2023, principalmente às custas da prevalência do tabagismo no sexo feminino, que saiu de 6,7% em 2021 para 7,2% em 2023.

Tabela 1 - Prevalência do tabagismo, em percentual (%), de adultos fumantes, segundo o sexo, nas principais capitais brasileiras entre os períodos de 2003, 2004 e 2006-2023.

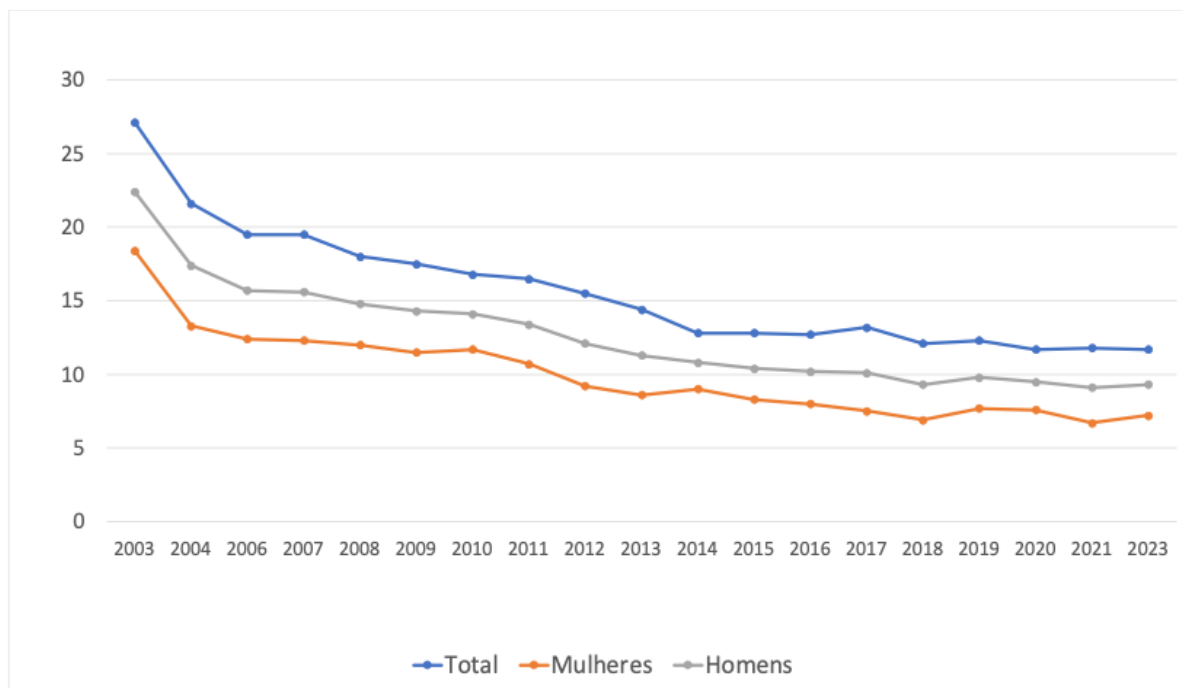
| ANO | HOMEM | MULHER | TOTAL |
|------|-------|--------|-------|
| 2003 | 27,1 | 18,4 | 22,4 |

| | | | |
|-------------|------|------|------|
| 2004 | 21,6 | 13,3 | 17,4 |
| 2006 | 19,5 | 12,4 | 15,7 |
| 2007 | 19,5 | 12,3 | 15,6 |
| 2008 | 18 | 12 | 14,8 |
| 2009 | 17,5 | 11,5 | 14,3 |
| 2010 | 16,8 | 11,7 | 14,1 |
| 2011 | 16,5 | 10,7 | 13,4 |
| 2012 | 15,5 | 9,2 | 12,1 |
| 2013 | 14,4 | 8,6 | 11,3 |
| 2014 | 12,8 | 9 | 10,8 |
| 2015 | 12,8 | 8,3 | 10,4 |
| 2016 | 12,7 | 8 | 10,2 |
| 2017 | 13,2 | 7,5 | 10,1 |
| 2018 | 12,1 | 6,9 | 9,3 |
| 2019 | 12,3 | 7,7 | 9,8 |
| 2020 | 11,7 | 7,6 | 9,5 |
| 2021 | 11,8 | 6,7 | 9,1 |
| 2023 | 11,7 | 7,2 | 9,3 |

Fontes dados: PNS (2003), PNAD (2004) e Vigitel (2006-2023).

A representação gráfica da tabela 1, evidencia a queda dos valores percentuais no período de estudo, apesar das leves alterações de platô na curva de prevalência geral que ocorre às custas da manutenção ou aumento da prevalência de algum dos sexos, como evidenciado no ano de 2007, o qual houve um platô de decréscimo no sexo masculino e feminino, representando uma diferença de apenas 0,1% na prevalência geral. Além disso, no ano de 2019 houve um aumento nítido da prevalência no sexo feminino e uma curva quase constante no sexo masculino, evidenciando que o aumento da prevalência geral saiu de 9,3% em 2018 para 9,8% em 2019 principalmente às custas do aumento da prevalência no sexo feminino, saindo de 6,9% em 2018 para 7,7% em 2019.

Gráfico 1 – Prevalência do tabagismo segundo percentual (%) de adultos fumantes nas principais capitais brasileiras entre os períodos de 2003, 2004 e 2006-2023.



Fonte: PNS, PNAD e Vigitel.

6.2 Análise da variável macrorregião

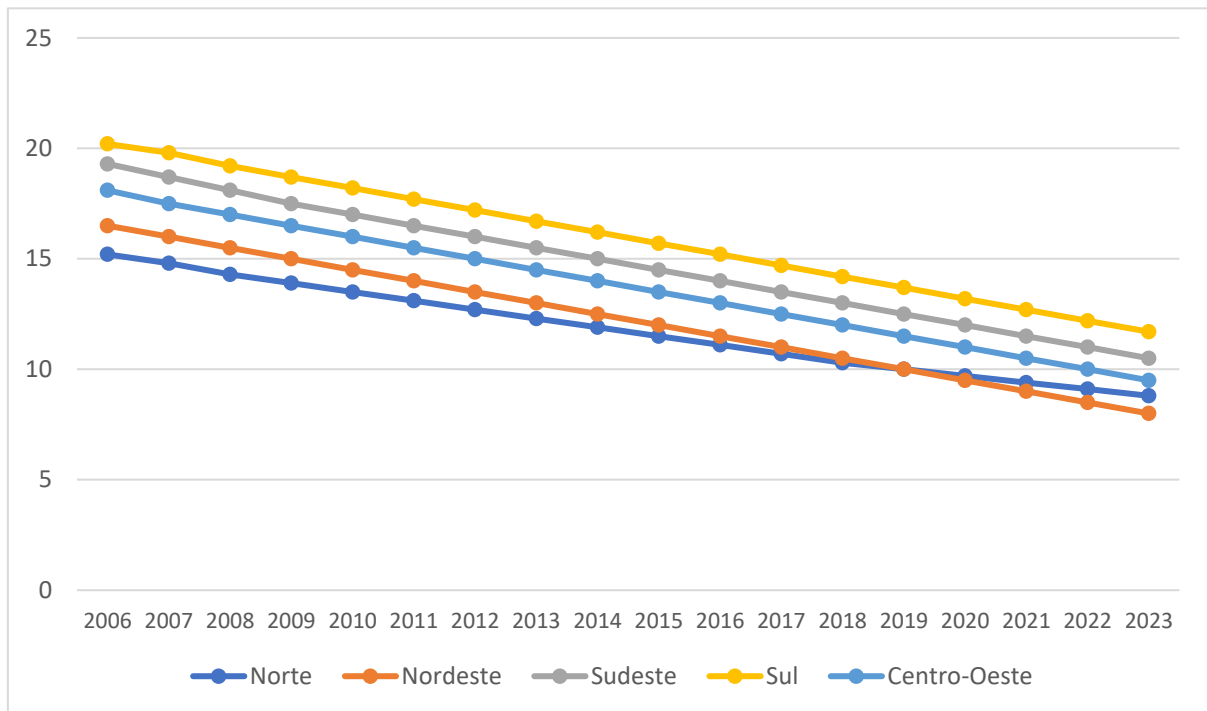
Os dados coletados da análise por macrorregiões do Brasil evidenciam uma prevalência de certas regiões do país, como as regiões Sul e Sudeste. Em 2006, o primeiro ano de análise de dados, revelou que a região Sul liderava a prevalência no país, com 20,2% da população sulista com o hábito de fumar. Ademais, seguindo a região Sul, o Sudeste do território nacional apresentou prevalência de tabagistas de 19,3% da população regional. Ambas as regiões seguiram a tendência de liderança durante o período estudado, seguidas da região Centro-Oeste, presente como terceira região de maior prevalência de fumantes durante os anos de 2006 a 2023. Além disso, as regiões Norte e Nordeste do país representam as de menos quantidade de tabagistas, com incidências 15,2% na região Norte e 16,5% na região Nordeste no ano de 2006. Entretanto, no ano de 2019 a região Norte veio aumentando a sua taxa de tabagistas, alcançando a região Nordeste, ambas agora com prevalência de 10% dos seus habitantes. Nesse contexto, os anos seguintes foram marcados pela ascensão da região Nortes, ultrapassando o Nordeste no ano de 2020, quando, apesar da queda percentual, obteve uma diminuição menos expressiva do que a região Nordeste, atingindo prevalência de 9,7%, enquanto o Nordeste atingiu 9,5%.

Tabela 2 - Prevalência do tabagismo, em percentual (%), em adultos segundo macrorregiões do Brasil, entre os períodos de 2006 a 2023

| ANO | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
|-------------|-------|----------|---------|------|--------------|
| 2006 | 15,2 | 16,5 | 19,3 | 20,2 | 18,1 |
| 2007 | 14,8 | 16 | 18,7 | 19,8 | 17,5 |
| 2008 | 14,3 | 15,5 | 18,1 | 19,2 | 17 |
| 2009 | 13,9 | 15 | 17,5 | 18,7 | 16,5 |
| 2010 | 13,5 | 14,5 | 17 | 18,2 | 16 |
| 2011 | 13,1 | 14 | 16,5 | 17,7 | 15,5 |
| 2012 | 12,7 | 13,5 | 16 | 17,2 | 15 |
| 2013 | 12,3 | 13 | 15,5 | 16,7 | 14,5 |
| 2014 | 11,9 | 12,5 | 15 | 16,2 | 14 |
| 2015 | 11,5 | 12 | 14,5 | 15,7 | 13,5 |
| 2016 | 11,1 | 11,5 | 14 | 15,2 | 13 |
| 2017 | 10,7 | 11 | 13,5 | 14,7 | 12,5 |
| 2018 | 10,3 | 10,5 | 13 | 14,2 | 12 |
| 2019 | 10 | 10 | 12,5 | 13,7 | 11,5 |
| 2020 | 9,7 | 9,5 | 12 | 13,2 | 11 |
| 2021 | 9,4 | 9 | 11,5 | 12,7 | 10,5 |
| 2022 | 9,1 | 8,5 | 11 | 12,2 | 10 |
| 2023 | 8,8 | 8 | 10,5 | 11,7 | 9,5 |

A representação gráfica da tabela 2 evidencia a curvas de diminuição da prevalência do tabagismo em todas as macrorregiões do país, destacando a diferença de do primeiro ano de análise (2006), em ordem prevalência: Sul – 20,2%, Sudeste – 19,3%, Centro-Oeste 18,1%, Nordeste 16,5% e Norte 15,2%. Nesse fito, pode-se comparar com o último ano de análise dos dados (2023), em ordem de prevalência: Sul - 11,7%, Sudeste – 10,5%, Centro-Oeste – 9,5%, Norte – 8,8% e Nordeste – 8,0%.

Gráfico 2 - Prevalência do tabagismo, em percentual (%), em adultos segundo macrorregiões do Brasil, entre os períodos de 2006 a 2023.



6.3 Análise da variável idade

A análise da variável da idade revelou uma maior prevalência do tabagismo no grupo de 45 a 54 anos até o ano de 2014, onde o grupo manteve uma prevalência de 13,2%, enquanto o segundo grupo de maior prevalência (55 a 64 anos) apresentou um valor de 12,5%. Porém, no ano de 2015 o grupo de 35 a 44 anos ultrapassou todas os grupos etários, atingindo 11,7% nesse ano, sendo o grupo de maior prevalência. O grupo de entrevistados de 55 a 64 anos atingiu 12,8%, enquanto o grupo de 45 a 54 anos evidenciou prevalência de 12,7%.

Tabela 3 - Prevalência do tabagismo, em percentual (%), segundo grupos etários, entre os períodos de 2006 a 2023.

| ANO | 18 a 24 | 25 a 34 | 35 a 44 | 45 a 54 | 55 a 64 | 65+ |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|-----|
| 2006 | 12,1 | 14 | 18,7 | 22,8 | 15 | 9,6 |
| 2007 | 13,5 | 14,6 | 17,4 | 21,5 | 15,8 | 8,4 |
| 2008 | 11,4 | 13,8 | 16,5 | 19,6 | 17,2 | 9,3 |
| 2009 | 10,9 | 14,5 | 14,8 | 18,9 | 16,7 | 8,4 |
| 2010 | 10,9 | 14,2 | 15,1 | 18 | 16,7 | 8,1 |
| 2011 | 8,8 | 13,2 | 13,9 | 18,6 | 15,9 | 9 |
| 2012 | 8,5 | 11,7 | 12,9 | 16 | 15 | 7,6 |
| 2013 | 7,1 | 12,1 | 11,2 | 15,1 | 13,6 | 6,9 |
| 2014 | 7,8 | 11,9 | 9,9 | 13,2 | 12,5 | 8,1 |
| 2015 | 7,2 | 10,5 | 10,4 | 12,7 | 12,8 | 8,2 |
| 2016 | 7,4 | 9,7 | 10 | 12,6 | 13,5 | 7,7 |
| 2017 | 8,5 | 9,6 | 11,7 | 11,2 | 11,6 | 7,3 |
| 2018 | 6,7 | 9,4 | 9,1 | 11,1 | 12,3 | 6,1 |
| 2019 | 7,9 | 9,2 | 9,7 | 10,9 | 13,6 | 7,8 |
| 2020 | 7,1 | 10,6 | 9,6 | 10 | 12,2 | 5,9 |
| 2021 | 6,4 | 7,3 | 11,6 | 10,1 | 11,5 | 7,4 |
| 2023 | 6,7 | 9,8 | 10,4 | 9,1 | 9,7 | 9,1 |

Fonte dos dados: Vigitel

6.4 Análise da variável escolaridade

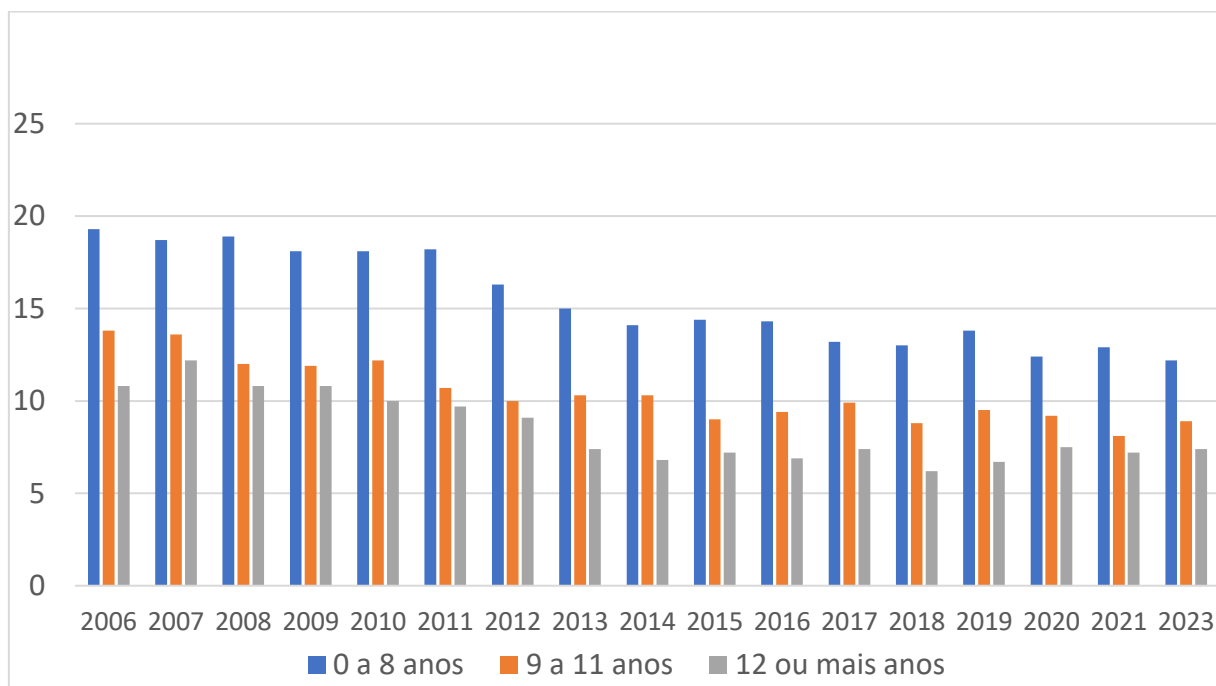
A variável da escolaridade evidenciou uma diminuição geral dos três grupos estudados. Nesse contexto, pode-se destacar o ano de maior prevalência do grupo de “0 a 8 anos” de estudo, que em 2006 evidenciou 19,3%, enquanto no ano de 2023, já no final da série temporal, apresentou um percentual de 12,2%. Ademais, nota-se uma elevação gradual do grupo “12 anos ou mais” desde 2018 até 2023, saindo de 6,2% para 7,4% respectivamente. Além disso, percebe-se que o grupo “9 a 11 anos” teve oscilações menos expressivas, mas ainda assim evidenciando uma queda expressiva da prevalência desse grupo, saindo de 13,8% em 2006 para 8,9% em 2023.

Tabela 3 - Prevalência do tabagismo, em percentual (%), anos de escolaridade, entre os períodos de 2006 a 2023.

| ANO | 0 a 8 | 9 a 11 | 12+ |
|------|-------|--------|------|
| 2006 | 19,3 | 13,8 | 10,8 |
| 2007 | 18,7 | 13,6 | 12,2 |
| 2008 | 18,9 | 12 | 10,8 |
| 2009 | 18,1 | 11,9 | 10,8 |
| 2010 | 18,1 | 12,2 | 10 |
| 2011 | 18,2 | 10,7 | 9,7 |
| 2012 | 16,3 | 10 | 9,1 |
| 2013 | 15 | 10,3 | 7,4 |
| 2014 | 14,1 | 10,3 | 6,8 |
| 2015 | 14,4 | 9 | 7,2 |
| 2016 | 14,3 | 9,4 | 6,9 |
| 2017 | 13,2 | 9,9 | 7,4 |
| 2018 | 13 | 8,8 | 6,2 |
| 2019 | 13,8 | 9,5 | 6,7 |
| 2020 | 12,4 | 9,2 | 7,5 |
| 2021 | 12,9 | 8,1 | 7,2 |
| 2023 | 12,2 | 8,9 | 7,4 |

Fonte de dados: Vigilatel.

Gráfico 3 - Prevalência do tabagismo em percentual (%), segundo anos de escolaridade no Brasil, entre os períodos de 2006 a 2023.



Fonte dados: Vigilant.

7 DISCUSSÃO

A análise epidemiológica da prevalência do tabagismo no Brasil, entre os anos de 2003 e 2023, revela uma trajetória marcada por avanços importantes no controle do tabaco, mas também por desafios emergentes que exigem atenção contínua das políticas públicas de saúde^{1 2}. Os resultados demonstram que, embora tenha ocorrido uma expressiva redução no número de fumantes nas últimas duas décadas, a tendência de queda apresenta desaceleração nos anos mais recentes, além do surgimento de oscilações e variações entre grupos populacionais e regiões do país^{3 4}.

Inicialmente, ao se considerar os dados históricos, é relevante destacar que, em 1989, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) já evidenciava a gravidade da situação, com prevalência de 34,8% de fumantes na população geral, sendo 43,3% entre os homens e 27% entre as mulheres⁹. Esse contexto reforça o papel fundamental das medidas regulatórias e educativas aplicadas ao longo das décadas seguintes¹. Em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) apontou que 22,4% da população ainda fumava, configurando o ponto inicial mais elevado do período estudado, com prevalência de 27,1% nos homens e 18,4% nas mulheres^{2 3}.

A partir desse marco, nota-se uma tendência consistente de redução. Em 2021, observou-se a menor prevalência da série temporal, com 9,1% da população geral, e apenas 6,7% das mulheres fumantes, o que representa um avanço expressivo em comparação ao início do período^{4 5}. Esse resultado coincide com o fortalecimento da Política Nacional de Controle do Tabaco, a intensificação das campanhas educativas e a expansão dos programas de cessação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^{1 2}. Entretanto, é importante destacar que, no mesmo ano, os homens apresentaram discreto aumento da prevalência em relação a 2020 (11,8% contra 11,7%), revelando que o hábito do tabagismo ainda se mantém mais fortemente associado ao sexo masculino^{3 5}.

Outro ponto relevante diz respeito ao comportamento da prevalência no recorte final da análise. Em 2023, após duas décadas de reduções consecutivas, os índices voltaram a crescer ligeiramente, atingindo 9,3% na população geral⁴. Esse aumento foi impulsionado, sobretudo, pelo crescimento da prevalência entre mulheres, que

passou de 6,7% em 2021 para 7,2% em 2023. Esse dado sugere a necessidade de maior investigação sobre os fatores sociais e comportamentais que podem estar influenciando o aumento do consumo feminino, inclusive considerando a introdução e popularização de novos dispositivos de fumo, como cigarros eletrônicos⁷, ainda que os dados analisados se refiram ao tabagismo tradicional.

No que diz respeito às desigualdades regionais, os resultados demonstraram que as regiões Sul e Sudeste se mantiveram como as de maior prevalência durante todo o período estudado⁴. Em 2006, o Sul liderava com 20,2% da população fumante, seguido do Sudeste, com 19,3%. Em contrapartida, o Norte e o Nordeste apresentaram os menores índices, 15,2% e 16,5% respectivamente^{3 4}. Contudo, a partir de 2019 observou-se uma aproximação entre as duas regiões menos prevalentes, até que, em 2020, a região Norte ultrapassou o Nordeste, mesmo com reduções percentuais gerais⁵. Esse achado reforça a importância de compreender os determinantes sociais e econômicos do tabagismo em cada território, visto que os contextos regionais influenciam diretamente a manutenção do hábito^{1 2}.

Outro aspecto analisado foi a distribuição da prevalência segundo grupos etários. Até 2014, os maiores índices estavam entre indivíduos de 45 a 54 anos (13,2%), seguidos pelos de 55 a 64 anos (12,5%)⁵. Contudo, em 2015, o grupo de 35 a 44 anos assumiu a liderança, atingindo prevalência de 11,7%, o que evidencia uma mudança geracional no perfil do tabagismo³. Esse resultado é relevante, pois indica que, mesmo com a redução geral, adultos em idade produtiva ainda mantêm o hábito, o que implica não apenas em riscos à saúde individual, mas também em impactos econômicos e sociais, como perda de produtividade e aumento dos custos assistenciais^{6 8}.

No campo da escolaridade, os resultados confirmam a associação já descrita na literatura entre menor nível educacional e maior prevalência do tabagismo^{1 2 3}. Em 2006, indivíduos com 0 a 8 anos de estudo apresentavam 19,3% de prevalência, contra 6,2% daqueles com 12 anos ou mais⁴. Apesar da queda geral até 2023, esse padrão permaneceu evidente, ainda que se observe uma elevação gradual da prevalência no grupo mais escolarizado nos últimos anos (de 6,2% em 2018 para 7,4% em 2023)⁴. Tal fenômeno pode estar relacionado a mudanças culturais, marketing da indústria do tabaco¹ e, possivelmente, à popularização de novas formas de consumo,

como o cigarro eletrônico⁷, que encontram maior receptividade entre jovens e adultos escolarizados.

O presente estudo apresentou limitações quanto à coleta de dados, haja vista que os estudos analisados não trouxeram dados objetivos de toda a série temporal estudada, como foi o caso dos anos de 2004 e 2005 na maioria das variáveis em questão^{3 4}. Entretanto, a variável “sexo” apresentou uma maior série de dados, já incorporando valores objetivos do ano de 2004⁴.

8 CONCLUSÃO

Portanto, os dados discutidos evidenciam que, embora o Brasil tenha alcançado conquistas expressivas na redução do tabagismo entre 2003 e 2023, persistem desafios epidemiológicos que devem ser enfrentados. A estagnação e o leve aumento das prevalências nos últimos anos, as desigualdades regionais, a manutenção de altas taxas entre homens e indivíduos de menor escolaridade, bem como o crescimento do tabagismo feminino e entre pessoas com maior escolaridade, evidenciam os pontos a serem melhorados no Brasil. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecer as políticas públicas, ampliar as estratégias de prevenção entre grupos vulneráveis e incluir no debate a análise efetiva dos dispositivos eletrônicos de fumar, de modo que se possam perpetuar os avanços conquistados nas últimas décadas.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. *O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória*. Exposição Ministério da Saúde. [S.l.: s.n.], [s.d.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/exposicao_controle_tabaco_brasil_trajetoria.pdf. Acesso em: 9 set. 2024.
2. DOMINGUES, J.; OLIVEIRA, F. *Aspectos epidemiológicos do tabagismo*. [S.l.: s.n.], [s.d.]. Disponível em: https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/saude_coletiva_cap11.pdf. Acesso em: 9 set. 2024.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Prevalência do tabagismo*. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: [https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo#:~:text=Pesquisa%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20\(PNS%202013%20e%202019\)](https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo#:~:text=Pesquisa%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20(PNS%202013%20e%202019)). Acesso em: 9 set. 2024.
4. AMBIENTES LIVRES DE TABACO. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/politica-nacional/ambientes-livres-de-tabaco>. Acesso em: 28 set. 2025.
5. MINISTÉRIO DA FAZENDA DO BRASIL. Tributação IPI Cigarros MP 540/2011 Decreto 7.555/2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8656.htm#art7. Acesso em: 28 set. 2025.
6. NOTA SOBRE POLÍTICA AGOSTO DE 2020. [s.l.: s.n.]. Disponível em: [https://www.economicsforhealth.org/uploads/UIC_Brazil%20Policy%20Note_Port_v2-0%20\(1\).pdf](https://www.economicsforhealth.org/uploads/UIC_Brazil%20Policy%20Note_Port_v2-0%20(1).pdf). Acesso em: 28 set. 2025.
7. CORRIGAL, W. A., COEN, K. M., ADAMSON, K. L. Self administered nicotine activates the mesolimbic dopamine system through the ventral tegmental area. *Brain Res.* 1994. 653:278. Acesso em: 28 set. 2025.
8. CORRIGAL, W. A., FRANKLING, K. B., COEN, K. M. et al. The mesolimbic dopaminergic system is implicated in the reinforcing effects of nicotine. Acesso em: 28 set. 2025.
9. BENOWITZ, N. L. Pharmacology of Nicotine: Addiction, Smoking-Induced Disease, and Therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, v. 49, n. 1, p. 57–71, 27 set. 2010. Acesso em: 28 set. 2025.
10. CAVALCANTE, L. Tabagismo e doenças respiratórias. In: VILARTA, R. *Alimentação saudável e atividade física para a qualidade de vida*. Campinas: IPES Editorial, 2007. p. 179-191. Acesso em: 9 set. 2024.

11. DEHEINZELIN, D. Tabagismo e doenças respiratórias. In: VILARTA, R. *Alimentação saudável e atividade física para a qualidade de vida*. Campinas: IPES Editorial, 2007. p. 179-191. Acesso em: 9 set. 2024.
12. WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Tobacco orhealth: a global status report*. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: https://www.who.int/tobacco/global_report/2004/en/. Acesso em: 9 set. 2024.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2006-2023: tabagismo e consumo abusivo de álcool*. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2023-tabagismo-e-consumo-abusivo-de-alcool/view>. Acesso em: 9 set. 2024.
14. MALTA, D. C. et al. Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, supl. 3, e00134915, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00134915>. Acesso em: 14 out. 2024.
15. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Tabagismo passivo*. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo/tabagismo-passivo>. Acesso em: 9 mar. 2025.
16. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Tabagismo*. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo>. Acesso em: 9 mar. 2025.
17. PLANETA, C. S.; CRUZ, F. C. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 32, n. 5, p. 251–258, 2005.
18. IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Volume Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>. Acesso em: 6 abr. 2025.