

Desigualdades socioeconômicas associadas ao hábito de fumar em brasileiros com 50 anos ou mais

Socioeconomic inequalities associated with smoking in brazilians aged 50 or over

Orlando Luiz do Amaral Júnior¹
<https://orcid.org/0000-0002-6611-3871>

Maria Laura Braccini Fagundes²
<https://orcid.org/0000-0001-5548-7408>

Gabriele Rissotto Menegazzo³
<https://orcid.org/0000-0002-4181-0267>

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani⁴
<https://orcid.org/0000-0002-3825-9734>

Resumo

Introdução: O tabagismo é considerado um fator predisponente para a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis, em especial as doenças circulatórias e pode ser influenciado por fatores socioeconômicos. **Objetivos:** Estimar associação entre fatores socioeconômicos e demográficos com o hábito de fumar de forma independente entre homens e mulheres brasileiros com idade superior a 50 anos. **MÉTODOS:** Estudo transversal que utilizou dados de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) composto por 9.412 indivíduos. Foram verificadas associações entre o hábito de fumar entre homens e mulher e fatores socioeconômicos e demográficos. As análises foram baseadas nas Razões de prevalência (RP) estimadas por regressão de Poisson. **Resultados:** Mulheres residentes na zona rural apresentaram uma prevalência 35% menor do hábito de fumar do que as que vivem na zona urbana. Mulheres com nível de escolaridade maior que 12 anos de estudo apresentaram uma prevalência 28% menor quando comparadas as que estudaram até 3 anos. Em ambos os casos, homens não foram associados estatisticamente. Em ambos os sexos, indivíduos do quintil mais rico apresentaram menor prevalência para o hábito de fumar, sendo 61% menor em homens (RP: 0,39; 95% IC: 0,30-0,51) e 42% menor em mulheres (RP: 0,58; 95% IC: 0,42-0,80). **Conclusão:** Sugere-se que políticas públicas de saúde considerarem os fatores socioeconômicos na implementação de políticas voltadas para a redução do hábito de fumar. **Palavras-chave:** Gênero e saúde; fumante; envelhecimento

Abstract

Introduction: Smoking is considered a predisposing factor for the occurrence of chronic non-communicable diseases, especially circulatory diseases and can be influenced by socioeconomic factors. **Objective:** To estimate the association between socioeconomic and demographic factors with smoking habit independently among Brazilian men and women aged 50 years or over. **Methods:** Cross-sectional study analyzed the baseline data from the Longitudinal Study of the Health of Elderly Brazilians (ELSI-Brazil) composed of 9,412 individuals. Associations between smoking habit and socioeconomic and demographic factors among men and women were verified. The analyzes were based on the prevalence ratios (PR) estimated by Poisson regression. **Results:** Women living in rural areas had a 35% lower prevalence of smoking than those living in urban areas. Women with an education level greater than 12 years of study had a prevalence 28% lower when compared to those who studied up to 3 years. In both cases, men did not show association. In both sexes, individuals from the richest

¹ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: orlandodoamaraljr@gmail.com

² Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: mlaubf@gmail.com

³ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: gabi_menegazzo@hotmail.com

⁴ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: giordanijsma@gmail.com

quintile had a lower prevalence for smoking, 61% lower in men (PR: 0.39; 95% CI: 0.30-0.51) and 42% lower in women (PR: 0.58; 95% CI: 0.42-0.80). **Conclusion:** It is suggested that public health policies should consider socioeconomic factors for implementing policies aimed at reducing smoking.

Keywords: Gender and health; smoking; aging

Introdução

A melhora substancial dos parâmetros de saúde da população fez a ampliação da expectativa de vida dos indivíduos tornar-se uma realidade, mesmo que essa melhora esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos.¹ O envelhecimento populacional trouxe os benefícios de um maior tempo de vida, por outro, aumentou a ocorrência de doenças crônico-degenerativas.² Um importante fator de risco para a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis, em especial para as doenças circulatórias, é o hábito de fumar, contribuindo para o desenvolvimento de doenças como a hipertensão, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, câncer de pulmão, de cavidade oral, de esôfago, de estômago, de cólon, de bexiga, renal, de colo do útero e doenças respiratórias crônicas.³ O tabagismo é um fator de risco responsável pelo grande número de mortes e anos de vida perdidos com qualidade em países da América do sul e está associado à redução da produtividade e à elevados gastos financeiros das famílias, fatores que contribuem para o aumento da pobreza.⁴

Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e na Europa têm demonstrado de forma consistente que indivíduos com menor nível socioeconômico, fumam mais e possuem menores taxas de abandono do hábito de fumar, quando comparados a indivíduos com maior nível socioeconômico.⁵ Já países de baixa e média renda mostraram resultados contraditórios.⁶ Além disso, há poucos estudos sobre tabagismo que deem ênfase as populações mais velhas, a maior parte prioriza indivíduos jovens e adultos como população pesquisada.⁷ Além da idade,

desigualdades injustas e evitáveis derivadas da posição social, papéis e expectativas entre homens e mulheres na sociedade são evidentes, mostrando que mulheres têm maior expectativa de vida, mas pior estado de saúde.⁸ É imprescindível, portanto, a formulação de políticas de combate ao tabagismo que englobem os fatores socioeconômicos e demográficos que podem estar associados ao hábito de fumar de maneira diferente, entre homens e mulheres.

No contexto brasileiro, destaca-se a Política Nacional de Controle do Tabaco, que estabeleceu o compromisso do monitoramento contínuo do consumo do tabaco no país.⁹ Embora após a implementação da política tenha ocorrido redução significativa da prevalência do tabagismo entre homens e mulheres, sendo esta de 56,5% e 55,8%, respectivamente,¹⁰ a magnitude da carga de doença associada ao tabagismo ainda é elevada, e gera um custo anual para o sistema de saúde de 23,37 bilhões de reais.⁹ Portanto, o objetivo desse estudo é verificar associação entre os fatores socioeconômicos e demográficos com o hábito de fumar de forma independente entre homens e mulheres brasileiros com idade superior a 50 anos. Essas informações podem ser úteis para introduzir a equidade de gênero como um critério prioritário no sistema de saúde e para implementar políticas relacionadas ao controle do tabaco, levando em consideração as desigualdades sociais.

Delineamento da pesquisa

Materiais e Métodos

A amostra deste estudo foi delineada para representar a população brasileira com idade igual ou superior a 50 anos. Através da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), realizado entre 2015 e 2016. Para a coleta de dados deste estudo, foram incluídos dados da entrevista individual e domiciliar, considerando todos os residentes com 50 anos ou mais elegíveis para entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas nas casas dos participantes por entrevistadores previamente treinados. O questionário do estudo incluiu informações como características sociodemográficas e comportamentais, estilo de vida, qualidade de vida, uso de serviços de saúde e informações gerais de saúde. Medidas de saúde bucal foram coletadas por meio de perguntas auto reportadas. Mais detalhes sobre a metodologia e resultados descritivos do ELSI-Brasil podem ser encontrados no estudo de Lima-Costa e colaboradores (2018).¹¹

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo conselho de ética da FIOCRUZ (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 34649814.3.0000.5091) e também pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 63725117.9.0000.5091).

Amostra e tipo de estudo

Para a elaboração da amostra foram utilizados dados do Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010. O tamanho da amostra foi definido em 10.000 pessoas. Com esse número de participantes, assumiu-se o nível de significância de 95% e um efeito do delineamento da amostra igual a 1,5, é

possível estimar prevalências de 1%, com erro amostral de 0,25% ou prevalências de 5% com erro amostral de 0,55%. Para o mesmo nível de significância e efeito do delineamento da amostra, também é possível estimar diferenças de 2,2% para prevalências de 10%, com um poder de teste de 80%.

O processo de amostragem levou em consideração indivíduos com 50 anos ou mais residentes em 70 municípios, proporcionalmente distribuídos de forma que representasse as áreas urbanas e rurais dos municípios de pequeno, médio e grande porte, entre as cinco macrorregiões brasileiras: norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Os municípios foram alocados em quatro estratos, de acordo com o tamanho da população residente. As unidades primárias de amostragem foram os municípios, e os setores censitários foram a segunda etapa seguida pelos domicílios. Informações mais detalhadas sobre o processo de amostragem podem ser encontradas em estudos previamente publicados (LIMA-COSTA et al., 2018). A amostra final do ELSI-Brasil foi composta por 9.412 indivíduos. Já a amostra final deste estudo foi de 9.409 indivíduos, que responderam à questão relacionada ao hábito de fumar.

Variável Dependente

A variável dependente desse estudo é o hábito de fumar, que foi coletada através da seguinte pergunta: “Atualmente o(a) Sr(a) fuma (considerando fumo cigarros industrializados, cigarros de palha ou outro produto do tabaco tal como charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarro de cravo, cigarros indianos e narguilé)?”. Com as seguintes opções de resposta: “sim, diariamente” para quem fuma todos os dias, pelo menos um dos produtos, independentemente há quanto tempo fuma

diariamente; “Sim, menos que diariamente”, para quem fuma, mas não todos os dias, independentemente de há quanto tempo fuma; e “Não”, para aqueles que não fumam, nem mesmo ocasionalmente, mas podem ter fumado no passado. Não foram considerados os períodos curtos em que o participante tenha interrompido o tabagismo devido a situações especiais tais como: doenças, viagens etc. A variável utilizada foi dividida entre as categorias “Sim”, composta por indivíduos que responderam “sim, diariamente” e “sim menos que diariamente” e “Não”. Essa categorização é comumente utilizada na literatura.¹²

Variáveis Demográficas e Socioeconômicas

As regiões brasileiras são correspondentes às divisões do Estado brasileiro baseado em aspectos naturais, sociais, culturais e econômicos, sendo cinco regiões denominadas: norte; nordeste; centro-oeste; sudeste; e sul. Também foi levado em consideração a zona de localização do domicílio, podendo ser urbana ou rural. A variável idade foi coletada em anos completos e categorizada em três grupos: 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; e acima de 70 anos.¹³ Nível de escolaridade própria é um indicador utilizado para avaliar a posição socioeconômica durante a adolescência e o início da vida adulta, sendo bastante utilizado em estudos epidemiológicos.¹³ Para a avaliação do nível de escolaridade auto referida foi utilizada a seguinte pergunta: “Qual o último ano da escola que o(a) Sr(a) foi aprovado(a)?”. A categorização desta variável será com base no número de anos de escolaridade autorreferidos, da seguinte forma: 0 a 3 anos (Séries iniciais); 4 a 7 anos (Ensino fundamental); e 8 a 11 (Ensino médio) e 12 anos ou mais (Superior completo ou incompleto).¹³ Cor da pele autorreferida, foi coletada através da seguinte pergunta: “Qual das opções seguintes descreve melhor a sua cor?

Branca, preta, parda, amarela ou indígena?”. Estas opções são baseadas em critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para definição de raça/etnia,¹⁴ e esta variável foi categorizada em brancos e não brancos (pretos, pardos, amarelos e indígenas) em função da pequena frequência das categorias não brancas.

A mensuração da variável riqueza foi baseada em uma análise de componentes principais.¹⁵ Foram utilizadas informações sobre propriedade de bens duráveis e características habitacionais com base nas seguintes informações: posse de internet; televisão; vídeo cassete ou DVD; televisão por cabo; geladeira; máquina de lavar roupas; máquina de lavar louça; secadora; computador; telefone fixo; telefone celular; micro-ondas; ar condicionado; motocicleta; carro; presença de uma empregada doméstica no domicílio; presença de parede de alvenaria; acesso à água encanada; acesso por rua pavimentada; presença de banheiro; e aglomeração familiar, medida pelo número de cômodos da casa dividido pelo número de moradores.¹⁵ Uma vez calculado um índice de riqueza da população nacional, a variável foi categorizada em quintis, conforme utilizado em estudos anteriores.¹³ Todas as variáveis do estudo foram estratificadas pelo sexo dos indivíduos, assim foi possível verificar associação entre os fatores socioeconômicos e hábito de fumar de forma estratificada pelo sexo dos indivíduos.

Critérios de Inclusão

Este estudo utilizou dados secundários do (ELSI-Brasil). Portanto, foram incluídos todos os indivíduos que participaram do ELSI-Brasil e responderam à questão relacionada ao hábito de fumar.

Procedimentos

Os dados foram analisados com a utilização do programa estatístico STATA 14 (Stata Corporation, College Station, TX,

USA). Por se tratar de uma amostra complexa, foi realizada a expansão da amostra, utilizando o peso amostral. A obtenção das razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas foram apresentadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (95% IC) e nível de significância de 5%, estratificados para os sexos masculino e feminino, através de regressão de Poisson.

Resultados

A amostra final deste estudo foi composta por 9.409 participantes, sendo (53,9%) mulheres e (46,1%) homens. A (Tabela 1) apresenta a análise descritiva dos dados estratificada por sexo, foram apresentadas a distribuição da amostra, a prevalência de indivíduos fumantes e as razões de prevalência não ajustadas. Verificou-se que o hábito de fumar foi mais prevalente em homens (20,3%). Quanto as macrorregiões brasileiras, foi possível observar que há uma variação entre regiões, sendo a região sul com a maior prevalência de homens fumantes (24,5%) e a região centro-oeste com o maior número de mulheres fumante (17,4%). Também, foi possível observar que homens que vivem na zona rural fumam mais (22,3%) quando

comparados aos que vivem na zona urbana (19,8%) e que mulheres que vivem na zona urbana fumam mais (15,5%) quando comparadas as que vivem na zona rural (11,6%). Quanto a cor da pele, foi possível observar que o hábito de fumar é mais prevalente em indivíduos não brancos, para homens (20,6%) e mulheres (15,1%). Com relação a idade, em ambos os sexos foi possível observar que indivíduos com idade entre 50-59 anos, apresentaram a maior prevalência do hábito de fumar, homens (22,9%) e mulheres (17,9%), quando comparados as outras categorias de idade. Quanto ao nível de escolaridade, foi observado que homens com escolaridade de até 3 anos de estudo fumam mais (23,7%) do que aqueles que possuem maior escolaridade. Já entre as mulheres, a maior prevalência foi apresentada entre aquelas que estudaram entre 7-11 anos, ou seja, possuem ensino fundamental completo ou incompleto (19,2%), quando comparas as demais categorias de escolaridade. Com relação à variável riqueza, em ambos sexos a maior prevalência de fumantes encontra-se no quintil mais pobre, homens (27,6%) e mulheres (18,1%), quando comparados aos quintis mais ricos.

Tabela 1. Características da amostra ponderada, prevalência bruta e razão de prevalência (verificada por regressão de Poisson) de fumantes segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas.

Variáveis	Peso %	Prevalência de homens fumantes (95% IC)	Razão de prevalência bruta (Homens) (95% IC)	Prevalência de mulheres fumantes (95% IC)	Razão de prevalência bruta (Mulheres) (95% IC)
Região					
Norte	5,5	16,4 (08,8-28,5)	1	10,1 (02,4-16,1)	1
Nordeste	24,1	18,9 (16,3-21,7)	1,15 (0,62-2,13)	12,1 (09,6-15,2)	1,19 (0,69-2,05)
Sudeste	47,1	20,5 (17,8-23,5)	1,25 (0,68-2,28)	14,5 (12,5-16,8)	1,43 (0,87-2,34)
Sul	16,5	24,5 (18,8-31,4)	1,49 (0,79-2,83)	16,5 (11,8-22,6)	1,62 (0,90-2,93)
Centro-Oeste	6,6	17,7 (10,2-28,9)	1,08 (0,47-2,45)	17,4 (14,7-20,5)	1,72 (1,04-2,85)*
Zona					
Urbana	84,6	19,8 (17,7-22,2)	1	14,7 (13,1-16,3)	1
Rural	15,3	22,3 (17,3-30,0)	1,16 (0,86-1,55)	11,6 (08,1-16,4)	0,79 (0,56-1,11)
Cor de pele					
Branco	42,8	19,8 (17,3-22,6)	1	12,9 (10,8-15,3)	1

Desigualdades socioeconômicas associadas ao hábito de fumar em brasileiros com 50 anos ou mais
Socioeconomic inequalities associated with smoking in brazilians aged 50 or over

Não Branco	57,2	20,6 (18,2-23,3)	1,04 (0,90-1,20)	15,1 (13,0-17,5)	1,17 (0,94-1,45)
Idade (anos)					
50-59	47,7	22,9 (20,0-26,0)	1	17,9 (15,4-20,7)	1
60-69	29,7	21,3 (18,2-24,6)	0,93 (0,81-1,06)	14,5 (12,5-16,7)	0,80 (0,69-0,94)*
≥70	22,7	12,9 (10,3-16,0)	0,56 (0,43-0,72)*	06,9 (05,7-08,2)	0,38 (0,31-0,46)*
Escolaridade (anos)					
0-3	25,1	23,7 (20,4-27,2)	1	14,1 (19,6-16,6)	1
4-7	36,4	20,2 (17,3-23,4)	0,85 (0,69-1,05)	14,0 (11,5-17,0)	0,99 (0,78-1,25)
7-11	14,5	21,0 (17,3-25,2)	0,88 (0,71-1,10)	19,2 (16,0-22,8)	1,36 (1,08-1,71)*
≥12	23,8	16,6 (13,2-20,6)	0,70 (0,53-0,91)*	11,6 (09,2-14,4)	0,82 (0,62-1,08)
Riqueza					
1 ° quintil (pobre)	20,0	27,6 (24,1-31,3)	1	18,1 (15,0-21,6)	1
2 ° quintil	20,0	23,7 (19,7-28,3)	0,86 (0,70-1,04)	12,4 (10,1-15,2)	0,68 (0,56-0,84)*
3 ° quintil	20,0	20,8 (17,3-24,8)	0,75 (0,61-0,92)*	13,5 (11,0-16,6)	0,75 (0,58-0,96)*
4 ° quintil	20,1	16,7 (13,8-20,1)	0,60 (0,49-0,74)*	14,2 (11,7-17,1)	0,78 (0,61-0,99)*
5 ° quintil (rico)	19,9	14,2 (11,2-17,7)	0,51 (0,40-0,65)*	12,4 (09,7-15,7)	0,68 (0,51-0,92)*

*=p-Valor < 0,05

IC: Intervalo de Confiança

A (Tabela 2) apresenta as razões de prevalência (RP) de fumantes para ambos os sexos, ajustadas pelas variáveis socioeconômicas e demográficas. Foi possível observar associação entre os indivíduos de ambos os sexos que vivem na região sul e hábito de fumar, sendo 97% maior entre homens (RP: 1,97; 95% IC: 1,13-3,43) e 2,16 vezes maior entre as mulheres (RP: 2,16; 95% IC: 1,20-3,88), quando comparados aos indivíduos residentes na região norte do Brasil. Quanto a zona dos indivíduos, verificou-se que mulheres que vivem na zona rural possuem uma prevalência 35% (RP: 0,65; 95% IC: 0,46-0,91) menor de ter o hábito de fumar, quando comparadas as que vivem na zona urbana. Para homens, não houve associação estatística entre zona e hábito de fumar. Com relação a idade, para ambos os sexos foi observado que quanto maior a idade, menor a prevalência do hábito de fumar

sendo 47% menor para homens (RP: 0,48; 95% IC: 0,38-0,62) e 33% menor para mulheres (RP: 0,34; 95% IC: 0,28-0,41) quando comparado aos indivíduos com idade entre 50-59 anos. Quando ao nível de escolaridade, foi observado que mulheres com nível de escolaridade maior que 12 anos de estudo apresentaram uma menor prevalência ao hábito de fumar 28% (RP: 0,72; 95% IC: 0,53-0,99) quando comparadas com mulheres com 3 anos de estudo ou menos. Para homens, não houve associação estatística entre nível de escolaridade e hábito de fumar. Em ambos os sexos, indivíduos do quintil mais rico apresentaram menor prevalência para o hábito de fumar, sendo 61% menor em homens (RP: 0,39; 95% IC: 0,30-0,51) e 42% menor em mulheres (RP: 0,58; 95% IC: 0,42-0,80) quando comparados a indivíduos mais pobres.

Tabela 2. Razões de prevalência ajustadas para fumantes de ambos sexos, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas.

Variáveis	Razão de prevalência de homens fumantes (95% IC)	p-Valor	Razão de Prevalência de mulheres fumantes (95% IC)	p-Valor
Região				
Norte	1		1	
Nordeste	1,14 (0,69-1,91)	0,590	1,26 (0,71-2,23)	0,425
Sudeste	1,66 (0,99-2,76)	0,052	1,74 (1,02-2,96)*	0,041
Sul	1,97 (1,13-3,43)*	0,016	2,16 (1,20-3,88)*	0,010
Centro-Oeste	1,30 (0,65-2,20)	0,454	1,89 (1,09-3,29)*	0,023
Zona				
Urbana	1		1	
Rural	0,91 (0,65-1,27)	0,585	0,65 (0,46-0,91)*	0,014
Cor de pele				
Branco	1		1	
Não Branco	0,98 (0,84-1,14)	0,842	1,20 (0,99-1,47)	0,059
Idade (anos)				
50-59	1		1	
60-69	0,87 (0,76-0,99)*	0,038	0,79 (0,67-0,92)*	0,004
≥70	0,48 (0,38-0,62)*	0,000	0,34 (0,28-0,41)*	0,000
Escolaridade (anos)				
0-3	1		1	
4-7	0,84 (0,66-1,06)	0,157	0,90 (0,71-1,18)	0,431
8-11	0,91 (0,71-1,16)	0,473	1,17 (0,89-1,53)	0,241
≥12	0,86 (0,64-1,14)	0,308	0,72 (0,53-0,99)*	0,044
Riqueza				
1º quintil (pobre)	1		1	
2º quintil	0,75 (0,62-0,91)*	0,005	0,61 (0,49-0,74)*	0,000
3º quintil	0,58 (0,46-0,74)*	0,000	0,63 (0,49-0,82)*	0,010
4º quintil	0,47 (0,36-0,61)*	0,000	0,63 (0,49-0,81)*	0,018
5º quintil (rico)	0,39 (0,30-0,51)*	0,000	0,58 (0,42-0,80)*	0,023

Valores obtidos através de Regressão de Poisson multivariada.

*= p-Valor < 0,05

Discussão

Com o objetivo de estimar associação entre fatores socioeconômicos e demográficos com o hábito de fumar de forma independente entre homens e mulheres brasileiros com idade superior a 50 anos. Os achados deste estudo sugerem que existem diferenças socioeconômicas e demográficas entre homens e mulheres fumantes residentes no Brasil.

Foi possível observar que homens possuem uma maior prevalência do hábito de fumar do que mulheres, este fato pode ser explicada por fatores históricos e socioculturais, amplamente discutidos na literatura.¹⁶ Também, é possível perceber que as gerações são capazes de modular a maneira que as características individuais e contextuais influenciam no hábito de fumar.

Por exemplo, o hábito de fumar entre mulheres, não era considerado socialmente aceitável até a década de 1960 e, portanto, as mulheres mais velhas geralmente apresentam menor prevalência do hábito de fumar.¹⁷ O efeito que se observa na prevalência de tabagismo masculino e feminino sugere que mulheres nascidas em um contexto mais igualitário em relação ao gênero, possuem padrões de hábito de fumar mais semelhantes aos dos homens.¹⁸ As transformações sociais, econômicas e políticas que acarretaram melhoria das condições de vida para as mulheres, criaram oportunidades para a indústria do tabaco visar especificamente o público feminino, trazendo imagens de emancipação, representando o tabagismo como um símbolo de sucesso e igualdade de gênero.¹⁶ Dado esse contexto, a indução

proporcionada pela “cultura tabágica” como um comportamento de independência e liberdade, é um risco especialmente para as mulheres.

Quando analisamos o hábito de fumar entre as macrorregiões brasileiras, observamos que em relação à região norte, indivíduos que vivem na região sul do Brasil, de ambos os sexos e com idade superior a 50 anos, mostraram uma maior prevalência para o hábito de fumar, indo ao encontro de estudos prévios.¹² Uma possível explicação para esse fato pode ser atribuída a proximidade que a região sul tem com países como Argentina e Uruguai, regiões em que o hábito de fumar atinge prevalências próximas a 30% na população¹⁹. Além disso, há uma forte influência de populações europeias, migrantes que contribuíram com os aspectos culturais da região, o que também pode influenciar hábitos como o consumo de tabaco.²⁰ Outro fator que deve ser levado em consideração é que o Brasil é o segundo maior produtor e maior exportador de fumo do mundo, estando grande parte da lavoura de fumo situada no sul do país.²⁰ A região sul é responsável por 93,8% da produção brasileira de fumo, se considerarmos somente os municípios em que a produção de fumo tem significância (produção superior a 20 toneladas), chega-se a 645 municípios (144 no estado do Paraná, 223 em Santa Catarina e 278 no Rio Grande do Sul).²⁰

Pesquisas anteriores realizadas no Brasil verificaram maiores prevalências de tabagismo na zona rural em comparação à urbana.^{25,26} Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, na região sul, o tabagismo também foi mais frequente em localidades rurais.²⁶ Entretanto, ao verificar a associação entre as macrorregiões brasileiras associadas ao hábito de fumar estratificada por sexo, foi possível observar que mulheres com 50 anos ou mais que vivem na zona rural

possuem menor prevalência de ter hábito de fumar quando comparadas as que vivem na zona urbana. Isto pode estar relacionado ao fato das estratégias publicitárias terem um maior impacto no ambiente urbano, o qual tem sido associado ao tabagismo, frequentemente relacionado a um *marketing* agressivo e a ambientes regulatórios fracos.²⁷

A distribuição do tabagismo segundo a faixa etária, no presente estudo, demonstrou um decréscimo da frequência de fumantes com o aumento da idade em ambos os sexos, um dos fatores que pode ter influenciado esse comportamento é um possível viés de sobrevivência, considerando que há maior sobrevivência dos ex-fumantes fato que pode influenciar na diminuição e conscientização de fumantes ativos.²⁸ Também é possível atribuir essa redução devido a consequência de problemas de saúde gerados pelo uso do tabaco que a população mais velha apresenta.²⁹

Entretanto, devemos considerar que idosos fumantes apresentam características que os diferenciam de adultos mais jovens, apresentam maior dependência da nicotina, geralmente fumam um número maior de cigarros, fumam há mais tempo, o que pode aumentar sua dependência e dificultar cessação do hábito, e como consequência, têm mais problemas de saúde relacionados ao cigarro.³⁰ Embora seja possível observar neste estudo que quanto mais idosos são os indivíduos, menor é a prevalência do hábito de fumar. Entretanto, o número de mulheres com idade superior a 60 anos que não possuem o hábito de fumar é maior quando comparadas aos homens. Este comportamento pode estar associado ao surgimento de agravos que levam à recomendação de cessação do consumo de cigarros, visto que as mulheres geralmente apresentam piores indicadores de saúde relacionados a saúde mental, doenças crônicas, incapacidade ou autopercepção de saúde geral.³¹ As diferenças entre os sexos na saúde são geralmente descritas como um paradoxo, onde as mulheres têm um pior

estado de saúde, mas apresentam uma expectativa de vida mais longa que os homens.³²

Em relação à raça ou cor de pele autorreferida dos participantes do estudo, embora, não tenhamos encontrado associação estatisticamente significativa, destacamos que em ambos os sexos, indivíduos não brancos mostraram prevalências brutas maiores quanto ao hábito de fumar. Este hábito pode refletir iniquidades raciais em saúde, e ser expresso por diferentes riscos de adoecer e morrer, considerando que as diferenças raciais decorrem do fato de pessoas disporem de escolhas limitadas, terem acesso restrito a recursos de saúde e estarem mais expostas a fatores prejudiciais.³³

Com relação aos indicadores socioeconômicos, verificou-se que os quintis mais ricos apresentaram menores prevalências de tabagismo para ambos os sexos, enquanto a escolaridade mais alta foi um fator de proteção apenas para as mulheres. Na maioria dos países há uma forte correlação entre o consumo de cigarros entre as populações com baixa renda e menor acesso à educação formal.¹⁰ Isso pode implicar um impacto relativamente grande dos fatores econômicos em mulheres fumantes entre os grupos socioeconômicos mais baixos em comparação aos grupos socioeconômicos mais elevados.³⁴ A tendência de redução da prevalência do tabagismo que se observa mundialmente, no entanto, mostra-se heterogênea com relação ao status socioeconômico e sexo, o que significa que as taxas de declínio devem ser observadas com cautela, especialmente em mulheres que vivem em países com maiores desigualdades sociais.³⁵

Este estudo possui algumas limitações, pois, trata-se de um

delineamento transversal, logo não há possibilidade de relações causais (temporalidade reversa). Também, há falta de informações sobre o bairro e municípios, impossibilitando a inserção dessas variáveis em diferentes níveis, porém foi levado em consideração o peso amostral de cada indivíduo, ainda, foram utilizadas informações referidas sobre comportamento socialmente indesejável, sendo esta informação propensa a subestimativas. Dentre as potencialidades deste estudo, destacamos a amostra representativa de adultos e idosos brasileiros, que possibilitou traçar um perfil socioeconômico desta população com relação ao tabagismo. Além disso, a estratificação pelo sexo permite uma análise interseccional das relações de poder na sociedade, como condições socioeconômicas e gênero, o que deve ser visto como prioridade para futuras pesquisas sobre equidade em saúde.

Conclusão

É evidente que os desafios sobre o uso de tabaco no Brasil dependem do envolvimento de todos os setores sociais, governamentais e não-governamentais. Destacamos a importância de que as políticas públicas de saúde voltadas ao controle do tabagismo levem em consideração os fatores socioeconômicos e demográficos entre homens e mulheres. Por fim, embora os benefícios com a interrupção do hábito de fumar sejam maiores entre os mais jovens, o abandono do cigarro em qualquer idade reduz o risco de morte e melhora a condição geral de saúde.¹⁰

Referências

1. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*. 2001;30(4):668–77.

2. US National Institute of Aging. World Health Organization. Global health and aging. Bethesda: National Institutes of Health; 2011;11-7737.
3. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2224–60.
5. Corsi DJ, Boyle MH, Lear SA, Chow CK, Teo KK, Subramanian SV. Trends in smoking in Canada from 1950 to 2011: progression of the tobacco epidemic according to socioeconomic status and geography. *Cancer Causes Control*. 2014;25(1):45–57.
6. Abdulrahim S, Jawad M. Socioeconomic differences in smoking in Jordan, Lebanon, Syria, and Palestine: A cross-sectional analysis of national surveys. El Bcheraoui C, organizador. *PLoS ONE*. 2018;13(1):e0189829.
7. Kenney BA, Holahan CJ, Holahan CK, Brennan PL, Schutte KK, Moos RH. Depressive symptoms, drinking problems, and smoking cessation in older smokers. *Addictive Behaviors*. 2009;34(6–7):548–53.
8. Cherepanov D, Palta M, Fryback DG, Robert SA. Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: evidence from four US nationally representative data sets. *Qual Life Res*. 2010;19(8):1115–24.
9. Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz A, Alcaraz A, Rodriguez B, et al. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(8):e00129118.
10. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2017;389(10082):1885–906.
11. Lima-Costa MF, de Andrade FB, Souza PRB de, Neri AL, Duarte YA de O, Castro-Costa E, et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. *American Journal of Epidemiology*. 2018;187(7):1345–53.
12. Malta DC, Iser BPM. Tendencias temporales en el consumo de tabaco en las capitales brasileñas, según datos de VIGITEL, 2006 a 201. *Cad Saúde Pública*. 2013;11.
13. Andrade FB de, Antunes JLF, Souza Junior PRB de, Lima-Costa MF, Oliveira CD. Life course socioeconomic inequalities and oral health status in later life. *Rev saúde pública*. 2019;52(Suppl 2):7s.
14. IBGE. Censo Demográfico 2016 – Características Gerais da População. Resultados da Amostra. IBGE, 2016.
15. Fry K, Firestone R, Chakraborty N. Measuring equity with nationally representative wealth, quintiles. Washington (DC): PSI; 2014. *Wealth-Quintile-Guide*.
16. Amos A. From social taboo to “torch of freedom”: the marketing of cigarettes to women. *Tobacco Control*. 2000;9(1):3–8.
17. Gil-Lacruz AI, Gil-Lacruz M, Leeder S. Women and smoking — Prices and health warning messages: Evidence from Spain. *Addictive Behaviors*. 2015;45:294–300.
18. Bilal U, Beltrán P, Fernández E, Navas-Acien A, Bolumar F, Franco M. Gender equality and smoking: a theory-driven approach to smoking gender differences in Spain. *Tob Control*. 2016;25(3):295–300.
19. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: WHO 2013.
20. Vargas MA, Oliveira BF de. Estratégias de diversificação em áreas de cultivo de tabaco no Vale do Rio Pardo: uma análise comparativa. *Rev Econ Sociol Rural*. 2012;50(1):175–92.

21. Reis MM dos, Oliveira APN de, Turci SRB, Dantas RM, Silva V dos SP da, Gross C, et al. Conhecimentos, atitudes e práticas de agricultoras sobre o processo de produção de tabaco em um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(suppl 3).
22. Saleeon T, Siriwong W, Maldonado-Pérez H, Robson M. Green Tobacco Sickness among Thai Traditional Tobacco Farmers, Thailand. *Int J Occup Environ Med*. 2015;6(3):169–76.
23. Park S-J, Lim H-S, Lee K, Yoo S-J. Green Tobacco Sickness Among Tobacco Harvesters in a Korean Village. *Safety and Health at Work*. 2018;9(1):71–4.
24. Meucci RD, Fassa AG, Faria NMX, Fiori NS. Chronic low back pain among tobacco farmers in southern Brazil. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 2015;21(1):66–73.
25. Monteiro C. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ*. 2007;85(7):527–34.
26. Malta DC, Oliveira TP, Vieira ML, Almeida L, Szwarcwald CL. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):239–48.
27. Szklo AS, Levy D, Souza MC de, Szklo M, Figueiredo VC, Perez C, et al. Changes in cigarette consumption patterns among Brazilian smokers between 1989 and 2008. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2211–5.
28. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):746–53.
29. Ji M, Hofstetter CR, Hovell M, Irvin V, Song YJ, Lee J, et al. Smoking cessation patterns and predictors among adult Californians of Korean descent. *Nicotine & Tobacco Research*. 2005;7(1):59–69.
30. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública*. 2006;22(9):1925–34.
31. Sex differences in morbidity and mortality. 2005;42(2):26.
32. Malmusi D, Artazcoz L, Benach J, Borrell C. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *The European Journal of Public Health*. 2012;22(6):781–6.
33. Krieger N. Discrimination and Health Inequities. *Int J Health Serv*. 2014;44(4):643–710.
34. Farrelly MC, Bray JW, Pechacek T, Woollery T. Response by Adults to Increases in Cigarette Prices by Sociodemographic Characteristics. *Southern Economic Journal*. 2001;68(1):156.
35. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2017;389(10082):1885–906.

Como citar este artigo:

Amaral Júnior OL, Fagundes MLB, Menegazzo GR, Giordani JMA. Desigualdades socioeconômicas associadas ao hábito de fumar em brasileiros com 50 anos ou mais. *Rev. Aten. Saúde*. 2020; 18(66): 172-182.