

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Mestrado em Epidemiologia



Dissertação de Mestrado

Tabagismo entre mulheres: tendências e desigualdades em 28 países de baixa e média renda

Indiara da Silva Viegas

Pelotas, 2023

Indiara da Silva Viegas

Tabagismo entre mulheres: tendências e desigualdades em 28 países de baixa e média renda

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Fernando César Wehrmeister

Coorientadores: Dr. Cauane Blumenberg

Dr^a. Andrea Tuchtenhagen Wendt

Pelotas, 2023

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

V656t Viegas, Indira da Silva

Tabagismo entre mulheres : tendências e desigualdades em 28 países de baixa e média renda / Indira da Silva Viegas ; Fernando César Wehrmeister, orientador ; Cauane Blumenberg, Andrea Tuchtenhagen Wendt, coorientadores. – Pelotas, 2023.

93 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2023.

1. Epidemiologia. 2. Tabagismo. 3. Mulheres. 4. Desigualdades em saúde. I. Wehrmeister, Fernando César, orient. II. Blumenberg, Cauane, coorient. III. Wendt, Andrea Tuchtenhagen, coorient. IV. Título.

CDD : 614.4

APRESENTAÇÃO

De acordo com o regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, esta dissertação de mestrado é composta por cinco partes: projeto de pesquisa, relatório de atividades, um artigo original, comunicado para a imprensa e anexos.

O volume foi elaborado pela mestranda Indiara da Silva Viegas, sob orientação do professor Fernando César Wehrmeister e coorientação dos pesquisadores Andrea Tuchtenhagen Wendt e Cauane Blumenberg. A defesa do projeto de pesquisa foi realizada no dia 31 de agosto de 2021, tendo como revisora a professora Ana Maria Baptista Menezes. A banca convidada para avaliação da dissertação foi composta pela professora Ana Maria Baptista Menezes (Universidade Federal de Pelotas) e pela convidada externa professora Suzana Erico Tanni (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho).

O artigo original, integrante desse volume, intitula-se: “Tabagismo entre mulheres: tendências e desigualdades em 28 países de baixa e média renda”. Esse artigo tem como população alvo mulheres adultas (20 a 49 anos), que residem em países de baixa e média renda.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente minha trajetória a Deus e, à vida, por ter me dado a oportunidade de passar por todas as experiências propiciadas durante o mestrado.

Agradeço aos meus pais, Edison (In Memoriam) e Margareth, pela força e incentivo para permear esse caminho intenso. Obrigada também por tornarem os nossos sonhos em realidade, vocês são fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço aos meus irmãos (Rosiléia, Vinícius e Nikolas), cunhados e sobrinhos por acreditarem em mim e serem suporte em todos os momentos de minha vida. Ao meu querido Fabiano, por toda presença feita, pelo suporte e apoio durante essa trajetória. Você foi minha base para conciliar o segundo ano de mestrado e o início da carreira como servidora pública. Obrigada família, compadres, afilhados, avós e sogros pela força e amparo.

Aos amigos que mantive, aos amigos que conquistei durante esses dois últimos anos e aos mestrandos da turma 2020-2022, obrigada por compartilharmos momentos únicos e que lavarei sempre comigo. Agradeço, em especial, aos colegas: Thaís D. Vechia, Tainã Valério, Mariana Cleff, Priscila Echevarria, Gabriel Calegaro, Karisa Brina e Luísa Silveira por trilharmos essa caminhada juntos e por cada momento que ajudamos uns aos outros para que nossos trabalhos fossem concluídos.

Agradeço aos meus amigos de mais longa data: Greyce Mello, Guilherme Maron, Roberta Lima e Fernanda Eisenhardt, por sempre acreditarem em mim, por serem alegria e leveza nos momentos difíceis.

Ao meu orientador durante a graduação, Bruno Pereira Nunes, por me apresentar a Epidemiologia, pelas oportunidades em projetos de pesquisas e extensão, e principalmente, pelo apoio sempre que precisei.

Ao meu orientador nessa dissertação, Fernando Wehrmeister, pelos ensinamentos, acolhida, amparo e compressão nos momentos difíceis. Aos meus coorientadores, Cauane Blumenberg e Andrea Wendt, pela qualidade das revisões e contribuições com o tema. Obrigada por terem aceitado participar deste desafio comigo. Agradeço às professoras Ana Menezes e Suzana Tanni pelas correções e colaborações nessa dissertação. Sou muito grata a vocês.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGEpi) e a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) pela oportunidade de realizar esse curso de pós-graduação.

Aos professores do PPGEpi por compartilharem conosco conhecimento, sabedoria e se colocarem sempre a nossa disposição.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento da bolsa de estudos durante o primeiro ano de mestrado.

Agradeço as instituições *USAID* e a *UNICEF* pela organização dos inquéritos e, a todas as mulheres, que aceitaram e participaram das pesquisas.

Por fim, agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte deste processo.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA.....	7
1 Introdução.....	13
2 Revisão de Literatura	15
2.1 Artigos incluídos na revisão	16
2.2 Características dos artigos selecionados.....	27
2.3 Compilação dos resultados dos estudos incluídos.....	27
2.3.1 Prevalência e tendências de tabagismo.....	27
2.3.2 Desigualdades relacionadas ao tabagismo	28
3 Justificativa.....	30
4 Marco teórico.....	32
4.1 Determinantes distais	32
4.2 Determinantes proximais.....	32
5 Objetivo geral	35
5.1 Objetivos específicos.....	35
6 Hipóteses	36
7 Metodologia	37
7.1 Delineamento e justificativa para a escolha	37
7.2 População alvo	37
7.3 Critérios de inclusão na análise ecológica	38
7.4 Definição operacional do desfecho	39
7.5 Definição operacional dos estratificadores	39
7.6 Instrumento.....	40
7.7 Cálculo do tamanho amostral	41
7.8 Seleção, treinamento de pessoal e controle de qualidade	42
7.9 Processamento e análise dos dados.....	42
8 Divulgação dos dados	44
9 Aspectos Éticos	45
10 Limitações do estudo.....	46
11 Financiamento	47
12 Cronograma	48
13 Referências	49
RELATÓRIO DE ATIVIDADES.....	54

MODIFICAÇÕES DO PROJETO DE PESQUISA.....	57
ARTIGO ORIGINAL.....	59
Introdução.....	62
Metodologia	64
Resultados	66
Discussão	69
Referências.....	73
Material Suplementar	81
COMUNICADO A IMPRENSA.....	85
ANEXOS	87

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Mestrado em Epidemiologia



Projeto de Dissertação de Mestrado

Tabagismo entre mulheres: tendências e desigualdades em 28 países de baixa e média renda

Indiara da Silva Viegas

Pelotas, 2021

Indiara da Silva Viegas

Tabagismo entre mulheres: tendências e desigualdades em 28 países de baixa e média renda

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Fernando César Wehrmeister

Co-orientadores: Dr. Cauane Blumenberg

Dra. Andrea Tuchtenhagen Wendt

Pelotas, 2021

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxograma do processo de seleção dos estudos.....	17
Figura 2	Modelo teórico do estudo.....	34

Lista de Quadros

Quadro 1	Descrição da chave de busca sobre tabagismo e desigualdades.....	15
Quadro 2	Descrição dos artigos selecionados sobre tabagismo.....	18
Quadro 3	Países selecionados para o estudo.....	38
Quadro 4	Variáveis estratificadoras (independentes).....	39
Quadro 5	Questões e opções de resposta que serão utilizadas no estudo conforme o inquérito DHS.....	40
Quadro 6	Questões e opções de resposta que serão utilizadas no estudo conforme o inquérito MICS.....	41
Quadro 7	Cronograma das atividades programadas para elaboração da dissertação.....	48

Lista de abreviaturas e siglas

ACP	Análise de Componentes Principais
CIX	<i>Concentration Index</i>
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DHS	<i>Demographic and Health Surveys</i>
DP	Diferença de prevalência
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
LMICs	<i>Low- and Middle-Income Countries</i>
MICS	<i>Multiple Indicator Cluster Survey Data</i>
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBR	Países de Baixa Renda
PMBR	Países de Média-Baixa Renda
PMAR	Países de Média-Alta Renda
RII	<i>Relative Inequality Index</i>
RP	Razão de Prevalência
SII	<i>Slope Index of Inequality</i>
SLT	<i>Smokeless tobacco</i>
SDG	<i>Sustainable Development Goals</i>
WTS	<i>Waterpipe Tobacco Smoking</i>

1 Introdução

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para ocorrência e mortalidade por doenças crônicas, tais como doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias (ERIKSEN et al., 2015). A dependência à nicotina, por exemplo, foi incluída como um transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas no Código Internacional de Doenças, em sua décima revisão (CID-10) (BRASIL, 2014).

Estima-se que 1,14 bilhão de pessoas sejam consideradas tabagistas no mundo, correspondente a aproximadamente 15% da população mundial (REITSMA et al., 2021a). Destes, quatro em cada cinco fumantes residem em países de renda média e baixa, podendo aumentar a ocorrência e mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco (OPAS, 2021).

A meta mundial é reduzir em 30% o consumo de tabaco até 2025 entre pessoas com 15 anos ou mais (OMS, 2019a), tendo como linha de base o ano de 2010. Conforme o terceiro relatório da OMS, dados apontam diminuição de pouco mais de dois pontos percentuais na prevalência de uso de tabaco pela população mundial entre 2010 e 2015 (27,3% e 24,9%, respectivamente). Estima-se que cerca de 20% da população seja usuária de tabaco em 2025. Assim, a meta proposta pela OMS não será atingida, embora seja uma estimativa considerada alta (OMS, 2019b).

Em relação às mulheres, no ano de 2000 a prevalência global de tabagismo era de 17%, reduzindo para 11% em 2010 e 10% em 2015. Estima-se que em 2025 essa prevalência seja inferior a 8%, abaixo da meta projetada para este grupo populacional (OMS, 2019a).

Entretanto, estimativas agregadas podem esconder padrões em subgrupos populacionais que ainda podem estar longe de atingir uma meta adequada de redução. Monitorar esses subgrupos populacionais é essencial para que todos possam reduzir de maneira uniforme o tabagismo.

Um estudo que avaliou países de média e baixa renda observou que o consumo de tabaco era maior nas pessoas consideradas mais pobres; no entanto, análises restritas às mulheres mostraram um padrão com maior concentração entre as mais ricas em 13 dos 52 países avaliados (SREERAMAREDDY; HARPER; ERNSTSEN, 2018). Estudos que avaliaram o uso de tabaco e área de residência tiveram resultados diferentes conforme o país, mas a maioria dos inquéritos internacionais (quatro de seis) mostraram que o tabagismo é mais frequente na área rural do que na área

urbana (DOOGAN et al., 2017; MASUD; OYEBODE, 2018; SINHA et al., 2018; SREERAMAREDDY; PRADHAN; SIN, 2014).

Diante do aumento das desigualdades socioeconômicas e relacionadas à saúde, incluindo fatores de risco como o tabagismo, a Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com intuito de reduzir as desigualdades dentro e entre países até 2030 (ONU, 2019). Um olhar sobre as desigualdades em problemas de saúde, incluindo comportamentos deletérios como o tabagismo, pode auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas voltadas aos subgrupos populacionais mais vulneráveis.

Portanto, o presente projeto pretende avaliar a evolução temporal da prevalência e desigualdades no tabagismo entre as mulheres adultas de idade reprodutiva que residem em países de baixa e média renda.

2 Revisão de Literatura

A revisão de literatura focou na busca de estudos relacionados ao tabagismo entre mulheres, levando em conta as desigualdades e a evolução temporal das prevalências e desigualdades do tabagismo. Foram realizadas pesquisas bibliográficas nas bases PubMed e Scielo. A busca dos termos na Pubmed foi restrita aos títulos e resumos dos artigos; tal restrição não foi aplicada na base Scielo. Nesse sentido, a estratégia de busca foi realizada de forma sistemática utilizando termos específicos em língua inglesa e portuguesa (termos MeSH e DeCS) e limite de busca de acordo com o ano das publicações, conforme apresentado na Quadro 1.

Base de busca	Termos utilizados (chave de busca)	Nº referências localizadas	Limites utilizados	Nº de referências após limites
PubMed	((("tobacco"[Title/Abstract]) OR ("tobacco consumption"[Title/Abstract]) OR ("Tobacco smoking"[Title/Abstract])) AND (((((((("Equity"[Title/Abstract]) OR ("Disparities"[Title/Abstract]) OR ("Disparity"[Title/Abstract]) OR ("Inequalities"[Title/Abstract]) OR ("Inequality"[Title/Abstract]) OR ("Inequities"[Title/Abstract]) OR ("Inequity"[Title/Abstract]) OR ("social conditions"[Title/Abstract]) OR ("social class"[Title/Abstract]) OR ("social indicators"[Title/Abstract]) OR ("socioeconomic"[Title/Abstract])))))))	5.045	Data de publicação: últimos 10 anos;	3.479
Scielo	((("tobacco") OR ("tobacco consumption")) OR ("Tobacco smoking")) AND (((((((("Equity") OR ("Disparities") OR ("Disparity") OR ("Inequalities") OR ("Inequality") OR ("Inequities") OR ("Inequity") OR ("social conditions") OR ("social class") OR ("social indicators") OR ("socioeconomic")))))))	297	Data de publicação: últimos 10 anos;	179
TOTAL		5.342	-	3.658

Quadro 1. Descrição da chave de busca sobre tabagismo e desigualdades.

Foram incluídos estudos observacionais, realizados em países de baixa e média renda e que continham informações relevantes sobre tabagismo em mulheres. Também foi aplicado filtro do tempo de publicação, considerando os últimos 10 anos.

Em relação aos critérios de exclusão, foram definidos os seguintes:

- Estudos com populações específicas (exemplo: indígenas, gestantes etc.);
- Estudos que avaliaram indivíduos com morbidades específicas ou pacientes hospitalizados e/ou institucionalizados;
- Estudos que avaliaram o tabagismo como fator de risco para doenças;
- Estudos que avaliaram crianças ou adolescentes, apenas;
- Artigos que não fossem originais;

2.1 Artigos incluídos na revisão

A busca nas bases de dados, após inclusão do limite de ano de publicação, localizou 3.658 títulos sobre o assunto de interesse, com 133 duplicatas. Dentre os 3.525 restantes, 102 foram selecionados para leitura dos resumos. Os motivos de exclusão dos títulos foi por não serem estudos originais, estudos com populações pertencentes a outras faixas etárias (crianças e adolescentes), estudos com populações específicas (gestantes, indígenas, incluindo somente homens) e estudos com outros desfechos de interesse (tabagismo como fator de risco, porque não apresentam nem a tendência de tabagismo, nem este desfecho estratificado por alguma variável socioeconômica ou demográfica) (Figura 1).

Ao final, dos 49 estudos que restaram para serem lidos na íntegra, 15 trabalhos atenderam os objetivos desta revisão, conforme mostrado mais detalhadamente no Quadro 2.

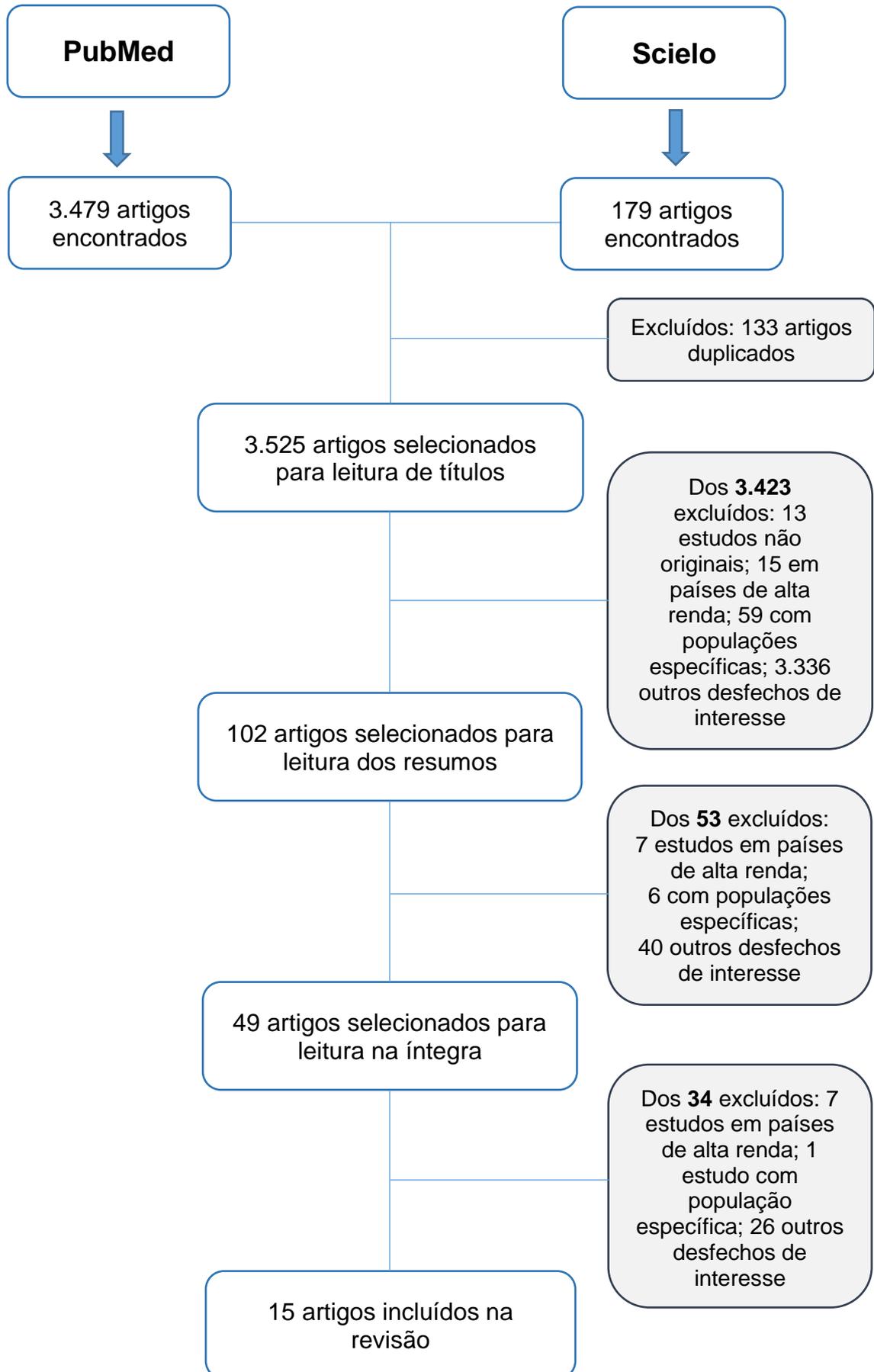


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Quadro 2. Descrição dos artigos selecionados sobre tabagismo.

Autores (ano)	País(es)	Amostra e delineamento	Fonte de dados	Objetivos	Definição de tabagismo	Estratificador de desigualdade	Principais resultados
Tong, Van T.; Turcios-Ruiz, Reina M.; Dietz, Patricia M.; England, Lucinda J. (2011)	Equador, El Salvador, Guatemala e Honduras	Homens e mulheres de 15 – 59 anos Transversal	Pesquisas de Saúde Reprodutiva de mulheres no Equador (2004), El Salvador (2002-2003), Guatemala (2002) e Honduras (2001)	Estimar a prevalência de tabagismo por gênero, descrever os padrões de uso do cigarro e identificar preditores do tabagismo atual em adultos em idade reprodutiva em quatro países latino-americanos	Autorrelato do tabagismo de já terem fumado e/ou fumado nos últimos 30 dias	Área de residência, estado civil e nível socioeconômico	Prevalência do tabagismo: Guatemala: 2,6%; Equador: a 13,1% Desigualdades: Maiores prevalências entre mulheres de áreas urbanas, casadas e alto nível socioeconômico 1
Hosseinpoor, Ahmad Reza; Parker, Lucy Anne; D'Espaignet, Edouard Tursan; Chatterju, Somnath (2011)	Bósnia e Herzegovina, Brasil, China, Croácia, República Checa, República Dominicana, Equador, Estônia, Georgia, Hungria, Cazaquistão, Letônia, Malásia, Ilhas Maurício, México, Marrocos, Namíbia, Paraguai, Filipinas, Federação Russa, Eslováquia, África do Sul, Sri Lanka, Tunísia, Ucrânia, Uruguai	Homens e mulheres ≥ 18 anos (n= 213.807) Transversal	Pesquisa Mundial de Saúde – OMS 2002-04	Avaliar os determinantes demográficos e socioeconômicos do tabagismo atual em países de baixa e média	Atualmente fuma algum produto do tabaco, como cigarros, charutos ou cachimbos. Os fumantes atuais incluíam fumantes diários e ocasionais	Idade, estado civil, país de residência, nível socioeconômico, grau de escolaridade, área de residência	Prevalência de tabagismo: Grupo de país de renda média: 13%; Grupo de país de baixa renda: 6%. Desigualdades: Maior frequência no grupo de país de baixa renda, que tinham duas vezes mais probabilidade de fumar se estivessem no quintil de riqueza mais baixo em comparação com o mais alto, a associação estava ausente no grupo de país de renda média

^APC= Annual Percentage Change; DHS= Demographic and Health Survey; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; PBR= Países de Baixa Renda; PMAR= Países de Média-Alta Renda; PMBR= Países de Média-Baixa Renda; RII= Relative Inequality Index; SII= Slope Index of Inequality; SLT= Smokeless Tobacco; WTS= Waterpipe Tobacco Smoking;

Autores (ano)	País(es)	Amostra e delineamento	Fonte de dados	Objetivos	Definição de tabagismo	Estratificador de desigualdade	Principais resultados
Varona, Patricia; Chang, Martha; García, René G.; Bonet, Mariano (2011)	Cuba	Mulheres ≥ 15 anos (n= 22.851) Transversal descritivo	Pesquisa Nacional de Fatores de Risco e Doenças Crônicas (2001)	Descrever o perfil das mulheres com idade ≥15 anos residentes em áreas urbanas de Cuba quanto ao consumo de tabaco e álcool	Qualquer uso de tabaco nos 30 dias anteriores à pesquisa	Idade, escolaridade, cor da pele, estado civil, tipo de trabalho em tempo integral e situação econômica percebida ¹	Prevalência tabagismo: 22,3% (IC95%: 20,3–24,2). Desigualdades: Maiores prevalências nas mulheres com escolaridade menor do que o ensino universitário; de cor de pele negra; divorciadas; trabalhadoras, prestadoras de serviço ou gerentes, e com uma situação econômica considerada muito pobre
Sreeramareddy, Chandrashekhar T.; Pradhan, Pranil Mansingh; Sin, Shwe (2014)	<u>Leste da África:</u> Burundi, Comores, Etiópia, Quênia, Madagascar, Malawi, Moçambique, Ruanda, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbábue <u>África Ocidental:</u> Benin, Burkina Faso, Costa do Marfim, Gana, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa <u>África Central:</u> Camarões, Congo (Brazzaville), Congo (Democrático), Gabão, São Tomé e Príncipe <u>África do Sul:</u> Lesoto, Namíbia, Suazilândia	Homens e mulheres ≥ 15 anos Transversal	DHS	Fornecer estimativas de prevalência em nível de país para tabagismo e uso de tabaco sem fumaça (SLT) e avaliar sua distribuição social (determinantes) em 30 países da África Subsaariana (ASS)	O 'tabagismo atual' (cigarros, cachimbo, charutos, etc.) e 'uso atual de SLT' (mascar, rapé, etc.) foi considerado com base na resposta "sim" para pelo menos uma das quatro perguntas principais sobre o uso de tabaco	Idade, religião, estado civil, local de residência, ocupação, nível educacional e índice de riqueza	Prevalência de tabagismo: Maiores prevalências de uso de cigarro em Burundi: 9,9%, Serra Leoa: 6% e Namíbia: 5,9% Maiores prevalências de SLT em Madagascar: 19,6% e Lesoto: 9,1%. Desigualdades: O tabagismo foi fracamente associado, mas o uso de SLT foi fortemente associado à educação. Da mesma forma, fumar foi fracamente associado ao índice de riqueza, mas o uso de SLT estava fortemente associado

^APC= Annual Percentage Change; DHS= Demographic and Health Survey; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; PBR= Países de Baixa Renda; PMAR= Países de Média-Alta Renda; PMBR= Países de Média-Baixa Renda; RII= Relative Inequality Index; SIL= Slope Index of Inequality; SLT= Smokeless Tobacco; WTS= Waterpipe Tobacco Smoking;

Autores (ano)	País(es)	Amostra e delineamento	Fonte de dados	Objetivos	Definição de tabagismo	Estratificador de desigualdade	Principais resultados
Ayo-Yusuf, Olalekan A.; Olutola, Bukola G.; Agaku, Israel T. (2015)	África do Sul	Homens e mulheres ≥ 25 anos (n= 6.927) Ecológico	Pesquisa Sul-Africana de Atitudes Sociais de 2003	Medir o progresso feito na redução das taxas gerais de tabagismo e na diminuição socioeconômica das desigualdades no tabagismo entre adultos sul-africanos	Entrevistados que relataram fumar cigarros industrializados ou cigarros enrolados à mão todos os dias ou em alguns dias	Escolaridade	Prevalência de tabagismo: 9,2% (2003) e 10,3% (2011). Desigualdades: declínios foram observados entre aqueles sem educação (APC= -8,2; p <0,05 para tendência linear). No entanto, o aumento do tabagismo foi observado entre as mulheres mais escolarizadas (de 4,0% em 2003 para 13,1% em 2011; p <0,05 para tendência linear)
Mishra, Gauravi A.; Kulkarni, Sheetal V.; Gupta, Subhadra D.; Shastri, Surendra S. (2015)	Índia	Mulheres de qualquer idade (n=68.481) Transversal	-	Compreender os padrões e preditores do uso de SLT ¹ entre mulheres urbanas de baixo nível socioeconômico em Mumbai, Índia	Usuárias atuais ou anteriores - que consumiram tabaco por pelo menos 3 anos consecutivos	Idade, comunidade, escolaridade, ocupação, língua nativa e estado civil	Prevalência de tabagismo: 22,3%, principalmente nas formas sem fumaça, sendo que apenas 0,50% das usuárias faziam uso de tabaco fumado. Desigualdades: Mulheres analfabetas, com idade avançada, pertencentes a comunidades hindus, muçulmanas ou budistas, que eram trabalhadoras manuais ou donas de casa, divorciadas ou separadas e falantes de marata corriam maior risco de ser usuário de tabaco

^APC= Annual Percentage Change; DHS= Demographic and Health Survey; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; PBR= Países de Baixa Renda; PMAR= Países de Média-Alta Renda; PMBR= Países de Média-Baixa Renda; RI= Relative Inequality Index; SI= Slope Index of Inequality; SLT= Smokeless Tobacco; WTS= Waterpipe Tobacco Smoking;

Autores (ano)	País(es)	Amostra e delineamento	Fonte de dados	Objetivos	Definição de tabagismo	Estratificador de desigualdade	Principais resultados
Jawad, Mohammed; Abdulrahim, Sawsan; Daouk, Aref (2016)	Jordânia	Mulheres de 15 – 49 anos 2002 (n=5851) 2007 (n=10.654) 2009 (n=9879) 2012 (n=11.113) Ecológico	Pesquisas demográficas e de saúde da Jordânia: 2002, 2007, 2009, 2012	Examinar o padrão socioeconômico do cigarro e <i>Waterpipe Tobacco Smoking</i> (WTS) ⁴ entre as mulheres jordanianas	Foi considerado tabagista aqueles que responderam “sim” para pelo menos uma das duas perguntas sobre o uso de tabaco	Escolaridade e nível socioeconômico	Prevalência de tabagismo: 10% entre 2002 e 2012. Desigualdades: O aumento da educação previu menor probabilidade de fumar cigarros, enquanto o aumento da riqueza familiar fracamente previu probabilidades mais altas. Quanto ao WTS, o aumento da riqueza das famílias previu fortemente maiores chances de uso

^APC= Annual Percentage Change; DHS= Demographic and Health Survey; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; PBR= Países de Baixa Renda; PMAR= Países de Média-Alta Renda; PMBR= Países de Média-Baixa Renda; RII= Relative Inequality Index; SIL= Slope Index of Inequality; SLT= Smokeless Tobacco; WTS= Waterpipe Tobacco Smoking;

Autores (ano)	País(es)	Amostra e delineamento	Fonte de dados	Objetivos	Definição de tabagismo	Estratificador de desigualdade	Principais resultados
Sreeramareddy, Chandrashekhar T.; Harper, Sam; Ernstsen, Linda (2018)	<p><u>Baixa renda:</u> Bangladesh, Benin, Burkina Faso, Burundi, Camboja, Comores, Congo (democrático), Etiópia, Haiti, Quênia, Libéria, Madagáscar, Malawi J, Mali, Moçambique, Nepal, Níger, Ruanda, Serra Leoa, Tadjiquistão, Tanzânia, Uganda, Zimbábue.</p> <p><u>Renda média-baixa:</u> Armênia, Bolívia, Camarões, Congo (Brazzaville), Costa do Marfim, Egito, Gana, Guiana, Honduras, Índia, Indonésia, República do Quirguizistão, Lesoto, Moldova, Nigéria, Paquistão, Filipinas, São Tomé e Príncipe</p> <p><u>Renda média-alta:</u> Albânia, Azerbaijão, República Dominicana, Gabão, Jordânia, Maldivas, Namíbia, Peru</p>	<p>Homens de 15 a 49 anos (pesquisados em 49 países), em alguns países entrevistaram homens de 54, 59 ou 64 anos (n= 353.516) e mulheres de 15 a 49 anos (pesquisadas 54 países) (n= 824.593)</p> <p>Transversal</p>	DHS	Descrever em termos de sexo, educação e desigualdades relacionadas à riqueza no uso do tabaco nos países de baixa renda	Aqueles que responderam 'sim' às perguntas sobre o consumo atual de algum tipo de tabaco; Usuários de vários produtos de tabaco foram incluídos no tabaco atual	Escolaridade e índice de riqueza ⁵	<p>Prevalência de tabagismo: maior em Madagascar (21%) e menor no Tadjiquistão (0,22%).</p> <p>Desigualdades: RII foi 3,61 (IC95%: 2,83-4,61) em Países de Baixa Renda (PBR), 1,99 (IC95%: 1,66-2,38) em Países de Média-Baixa Renda (PMBR) e 1,82 (IC95%: 1,24-2,67) em Países de Média-Alta Renda (PMAR).</p> <p>Para as desigualdades educacionais, o RII variou muito mais do que o SII entre os países, e o RII agregado foi de 14,49 (IC95%: 8,87-23,68) nos PBR, 3,05 (IC95%: 1,44-6,47) em PMBR e 1,58 (IC95%: 0,33-7,56) em PMAR.</p> <p>Para as desigualdades de riqueza: o RII foi 5,88 (IC95%: 3,91-8,85) em PBR, 1,76 (IC95%: 0,80-3,85) em PMBR e 0,39 (IC95%: 0,09-1,64) em PMAR. O SII era pró-rico (maior tabagismo entre os mais favorecidos) em 13 dos 52 países (7 de 23 PMBR e 5 de 7 PMAR)</p>

^APC= Annual Percentage Change; DHS= Demographic and Health Survey; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; PBR= Países de Baixa Renda; PMAR= Países de Média-Alta Renda; PMBR= Países de Média-Baixa Renda; RII= Relative Inequality Index; SII= Slope Index of Inequality; SLT= Smokeless Tobacco; WTS= Waterpipe Tobacco Smoking;

Autores (ano)	País(es)	Amostra e delineamento	Fonte de dados	Objetivos	Definição de tabagismo	Estratificador de desigualdade	Principais resultados
Masud, Haleema; Oyeboode, Oyinlola (2018)	Paquistão	Homens (n= 3.132) e mulheres (n= 13.538) de 15 – 49 anos Transversal	Pesquisa Demográfica e de Saúde do Paquistão (PDHS), 2012–13	Fornecer dados representativos nacionalmente sobre indicadores demográficos e de saúde materno-infantil para formuladores de políticas nacionais e internacionais	Fumante atual	Índice de riqueza, área de residência, idade e escolaridade ⁶	Prevalência de tabagismo: 2.3% Desigualdades: Mulheres residindo na zona rural apresentaram prevalência de tabagismo 2x maior em comparação com mulheres urbanas (1,6% em comparação com 0,8%); Na análise multivariada estar no quintil de riqueza mais rico foi associado a chances reduzidas de fumar em comparação com o quintil de riqueza média
Sinha, Dharendra N.; Gupta, Prakash C.; Kumar, Amit; Bhartiya, Deeksha; Agarwal, Naveen; Sharma, Shashi; Singh, Harpreet; Parascandola, Mark; Mehrotra, Ravi (2018)	140 países	Homens e mulheres ≥ 15 anos Ecológico	Relatórios publicados da OMS, outros relatórios internacionais de vários países, bem como relatórios de países individuais	Calcular a carga global do uso de SLT entre adultos com base na prevalência de 140 países e estudar a relação do gênero, renda do país e família e local de residência para prevalência	Os dados para a prevalência de SLT como uso atual (foi definido como uso nos últimos 30 dias)	Local de residência e grupo de renda do país	Prevalência do uso de SLT: 5,6%. Desigualdades: Quase 91% de um total de 356 milhões de usuários adultos de SLT residiam em países do Grupo 1, com 81,6% em países da região do Sudeste Asiático da OMS (SEAR). O uso de SLT é 1,2-8 vezes maior nas áreas rurais em comparação com as urbanas e 1,5-17 vezes maior entre a seção mais pobre em comparação com a seção mais rica nos países de SEAR e regiões da África

^APC= Annual Percentage Change; DHS= Demographic and Health Survey; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; PBR= Países de Baixa Renda; PMAR= Países de Média-Alta Renda; PMBR= Países de Média-Baixa Renda; RII= Relative Inequality Index; SII= Slope Index of Inequality; SLT= Smokeless Tobacco; WTS= Waterpipe Tobacco Smoking;

Autores (ano)	País(es)	Amostra e delineamento	Fonte de dados	Objetivos	Definição de tabagismo	Estratificador de desigualdade	Principais resultados
Shrestha, Nipun; Mehata, Suresh; Pradhan, Pranil Man Singh; Joshi, Deepak; Mishra, Shiva Raj (2019)	Nepal	Homens (n= 4.063) e mulheres (n= 12.862) ≥ 15 anos Transversal	Pesquisa Nacional de Fatores de Risco e Doenças Crônicas (2016) E, DHS (2006)	Examinar as tendências na prevalência do uso de tabaco de 2006 a 2016 e explorar associações do uso de tabaco com variáveis demográficas, socioeconômicas e geográficas em 2016 em uma amostra nacionalmente representativa de adultos de 15-49 anos em Nepal	-	Idade, escolaridade, área de residência e nível socioeconômico ¹	Prevalência tabagismo: 8,4%. Desigualdades: Maior frequência foi no grupo sem educação formal que tiveram 6,67 vezes (IC95%: 2,38-20) mais probabilidade de fumar tabaco do que suas contrapartes com ensino superior; mulheres de famílias mais pobres eram quatro vezes (IC95%: 2,38-7,14) mais propensas a usar qualquer forma de tabaco do que aquelas de famílias mais ricas. As curvas de concentração na proporção cumulativa do uso do tabaco classificadas por quintis de riqueza mostraram que o uso do tabaco era mais alto entre os grupos socioeconômicos mais baixos

^APC= Annual Percentage Change; DHS= Demographic and Health Survey; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; PBR= Países de Baixa Renda; PMAR= Países de Média-Alta Renda; PMBR= Países de Média-Baixa Renda; RII= Relative Inequality Index; SIL= Slope Index of Inequality; SLT= Smokeless Tobacco; WTS= Waterpipe Tobacco Smoking;

Autores (ano)	País(es)	Amostra e delineamento	Fonte de dados	Objetivos	Definição de tabagismo	Estratificador de desigualdade	Principais resultados
Bandi, Priti; Chang, Virginia W.; Sherman, Scott E.; Silver, Diana (2020)	Brasil	Homens e mulheres de 25 – 69 anos 1989 (n=25.298) 2003 (n=3.845) 2008 (n=28.938) 2013 (n=47.440) Ecológico, baseado em pesquisas transversais	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil), 1998; Instituto Nacional de Câncer (Brasil), 2011; Szwarcwald et al., 2014; Vasconcellos et al., 2005)	Avaliar as mudanças na prevalência do tabagismo entre 1989 e 2013 por nível de educação e relacionar essas mudanças às tendências das desigualdades educacionais no tabagismo	Em todas as pesquisas foram considerados fumantes atuais aqueles que responderam "sim" para a pergunta sobre uso de tabaco	Nível de educação	Prevalência de tabagismo: 28,2% (1989), 19,7% (2003), 15,5% (2008) e 12,2% (2013). Desigualdades: O tabagismo diminuiu entre 1989 e 2013 em todos os grupos de educação, mas o declínio foi mais acentuado nos grupos de educação superior. Então, as desigualdades educacionais absolutas e relativas em mulheres fumantes aumentaram três vezes entre 1989 e 2013 (RII: 1,31-3,60, SII: 5,3-15,0), mas as desigualdades absolutas aumentaram até 2003 (SII: 15,8)
Zhao, Luhua; Lazarous, Mbulo; Twentyman, Evelyn; Palipudi, Krishna; King, Brian A. (2021)	Bangladesh, Índia, Paquistão	Homens e mulheres ≥ 15 anos Bangladesh (n= 14.880), Índia (n= 74.037), Paquistão (n= 7.831) Transversal	Pesquisa Global de Tabaco para Adultos: 2014 (Paquistão), 2017 (Bangladesh) e Índia (2016–2017)	Avaliar a prevalência, padrões e correlatos do uso de SLT nesses três países	Aqueles que responderam como "diariamente" e "menos que diariamente" para ambas ou qualquer uma das perguntas, foram definidos como "usuário de tabaco atual"	Idade, escolaridade e índice de riqueza ⁸	Prevalência de tabagismo: 25,2% (Bangladesh), 14,2% (Índia) e 5,8 (Paquistão). Desigualdades: Maior frequência de uso de SLT foi entre mulheres com menor escolaridade e menor índice de riqueza. A prevalência do uso atual de SLT diminuiu conforme o índice de riqueza aumentou em Bangladesh, Índia e Paquistão (p <0,05)

^APC= Annual Percentage Change; DHS= Demographic and Health Survey; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; PBR= Países de Baixa Renda; PMAR= Países de Média-Alta Renda; PMBR= Países de Média-Baixa Renda; RII= Relative Inequality Index; SII= Slope Index of Inequality; SLT= Smokeless Tobacco; WTS= Waterpipe Tobacco Smoking;

Autores (ano)	País(es)	Amostra e delineamento	Fonte de dados	Objetivos	Definição de tabagismo	Estratificador de desigualdade	Principais resultados
Reitsma, Marissa B.; Kendrick, Parkes J.; Ababneh, Emad; Abbafati, Cristiana; Abbasi-Kangev, Mohsen; et al. (2021)	204 países e territórios	Homens e mulheres ≥ 15 anos Usou 3.625 inquéritos Transversal com componente ecológico	Estudo sobre Carga Global de Doenças, Lesões e Fatores de Risco	Atualizar e melhorar as estimativas anteriores das tendências globais na prevalência do tabagismo e doenças atribuíveis ao tabagismo em 204 países e territórios, por idade e sexo, de 1990 a 2019	Uso atual de qualquer produto de tabaco fumado em uma base diária ou ocasional, e o uso anterior de qualquer produto de tabaco fumado. Incluíram todos os produtos de tabaco fumado	Idade e nível de renda do país ⁹	Prevalência de tabagismo: 6,62%. Embora a prevalência do tabagismo diminuiu significativamente desde 1990 entre mulheres (redução de 37,7% [IC95%: 35,4-39,9]) Desigualdades: A maior redução de tabagismo foi observada no Brasil, que diminuiu 74,7% (IC95%: 71,2–78,0). E o maior aumento no Afeganistão 179% (IC95%: 93,4-285)
Reitsma, Marissa B.; Flor, Luisa S.; Mullany, Erin C.; Gupta, Vin; Hay, Simon I.; Gakidou, Emmanuela (2021)	204 países e territórios	Jovens de 15 – 24 anos Usou 3.625 inquéritos Transversal com componente ecológico	Estudo sobre Carga Global de Doenças, Lesões e Fatores de Risco	Examinar os padrões de consumo de tabaco entre jovens, por sexo, em 204 países e territórios, analisando a prevalência atual e estimando a idade média de iniciação e caracterizamos a distribuição completa da idade de iniciação entre os fumantes atuais com idade entre 20-54 anos em 2019	Uso atual de tabaco como o uso de qualquer tipo de produto de tabaco fumado em uma base diária ou ocasional	Idade e nível de renda do país	Prevalência de tabagismo: 4,95% (4,64 – 5,29) em 43 países. Sendo mais elevada na Bulgária: 39,7% (IC95%: 32,5-47,1), Chile: 39,2% (IC95%: 29,8-49,2) e Croácia: 34,9% (IC95%: 28,8-41,0). Desigualdades: Embora alguns países tenham feito progressos substanciais na redução da prevalência do uso de tabaco para fumantes entre os jovens, a prevalência excede 20% entre mulheres de 15 a 24 anos em 43 países

^APC= Annual Percentage Change; DHS= Demographic and Health Survey; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; PBR= Países de Baixa Renda; PMAR= Países de Média-Alta Renda; PMBR= Países de Média-Baixa Renda; RII= Relative Inequality Index; SII= Slope Index of Inequality; SLT= Smokeless Tobacco; WTS= Waterpipe Tobacco Smoking;

2.2 Características dos artigos selecionados

Dentre os 15 artigos selecionados, a maioria deles foi realizada no continente asiático (JAWAD; ABDULRAHIM; DAOUK, 2016; MASUD; OYEBODE, 2018; MISHRA et al., 2015; SHRESTHA et al., 2019; ZHAO et al., 2020), dois estudos foram realizados com amostra de mais de um continente (HOSSEINPOOR et al., 2011; SREERAMAREDDY; HARPER; ERNSTSEN, 2018), e outros três estudos utilizaram dados globais (REITSMA et al., 2021a, 2021b; SINHA et al., 2018). É importante salientar que aqueles estudos que utilizaram dados globais podem conter dados de alguns países de alta renda, mas os resultados para estes países não foram considerados na revisão.

Em relação ao delineamento, nove estudos selecionados tiveram delineamento transversal e seis tiveram delineamento ecológico. O estudo com maior tamanho amostral foi de 1.178.209 pessoas (SREERAMAREDDY; HARPER; ERNSTSEN, 2018), no qual foram analisados dados de 54 países de baixa e média renda. O estudo com menor tamanho amostral foi de 3.845 (BANDI et al., 2020), realizado no Brasil e analisou tendências de 24 anos nas desigualdades de tabagismo conforme os níveis educacionais.

2.3 Compilação dos resultados dos estudos incluídos

2.3.1 Prevalência e tendências de tabagismo

A maior prevalência de tabagismo encontrada entre as mulheres foi de 22,3% (IC95%: 20,3 - 24,2) em um estudo realizado em Cuba (VARONA et al., 2011) e também de 22,3% em um estudo realizado na Índia (MISHRA et al., 2015). Já a menor prevalência encontrada foi de 0,2% no Tajiquistão (SREERAMAREDDY; HARPER; ERNSTSEN, 2018) em um estudo que avaliou um total de 54 países.

Em relação aos estudos que analisaram tendência das prevalências, foi possível observar que, de maneira geral, os estudos mostraram redução no consumo de tabaco ao longo do tempo. Eles foram realizados no Brasil, Nepal e outros dois em 204 países e territórios.

Os dois estudos que avaliaram dados globais observaram redução de 37,7% (IC95%: 35,4 - 39,9) na prevalência de tabagismo entre os anos de 1990 e 2016. A maior redução observada foi de 74,7% (IC95%: 71,2 - 78,0) no Brasil (REITSMA et

al., 2021a, 2021b), entre indivíduos de 15 a 24 anos, podendo ser explicado pelas ações continuadas e políticas de taxaço que o país desenvolveu. Outro estudo realizado no Brasil mostrou reduço na prevalência em 56% (IC95%: 53 - 58), passando de 28,2% (IC95%: 27,1 - 29,4) para 12,2% (IC95%: 11,6 - 12,9), entre os anos de 1989 e 2013 (BANDI et al., 2020). O estudo realizado no Nepal observou tendência decrescente na forma de tabaco fumado, passando de cerca de 16% para cerca de 8% e, se manteve em torno de 5% para tabaco sem fumaça no período de 10 anos (2006-2016) (SHRESTHA et al., 2019).

Outro dado importante é que um estudo realizado na África do Sul mostrou aumento na prevalência, passando de 9,2% (IC95%: 7,1 - 11,9) em 2003 para 10,3% (IC95%: 8,4 - 12,7) em 2011 (AYO-YUSUF; OLUTOLA; AGAKU, 2015).

Já o estudo realizado na Jordânia não mostrou mudança significativa no declínio da prevalência ao longo do tempo, a qual se manteve em torno de 10% entre os anos de 2002 e 2012 (JAWAD; ABDULRAHIM; DAOUK, 2016).

2.3.2 Desigualdades relacionadas ao tabagismo

Dos 13 estudos que avaliaram desigualdades, 12 avaliaram nível socioeconômico, 11 analisaram escolaridade, seis avaliaram região geográfica e três analisaram ocupação. A maioria deles avaliou mais de uma dimensão de desigualdade ao mesmo tempo, com abordagem que visou identificar fatores associados.

Em grande parte dos estudos selecionados observou-se maior prevalência de tabagismo entre as mulheres menos escolarizadas, que vivem na zona rural e com menor nível socioeconômico. O estudo realizado no Paquistão, em 2018, mostrou que as mulheres que residiam na zona rural apresentaram prevalência de tabagismo 2x maior em comparação às mulheres urbanas (1,6% versus 0,8%); e as mulheres sem estudo apresentaram prevalência cerca de 6x maior de tabagismo do que as mulheres com ensino superior (57,1% versus 9,3%) (MASUD; OYEBODE, 2018).

No entanto, um estudo realizado em 2011 com países da América Central e América do Sul (Equador, El Salvador, Guatemala e Honduras), revelou um padrão de prevalência diferente. As mulheres de nível socioeconômico mais alto usavam mais tabaco do que as mulheres de nível socioeconômico baixo. No Equador era 19,9% dentre as mais ricas e 6,4% dentre as mais pobres; em El Salvador era 5,4% dentre as mais ricas e 3,1% dentre as mais pobres; na Guatemala era 4,6% dentre as mais

ricas e 1,4% dentre as mais pobres; em Honduras era 5,6% dentre as mais ricas e 1,8% dentre as mais pobres. Em geral, nos países avaliados foram observadas maiores prevalências de uso de tabaco para mulheres que residiam nas zonas urbanas em comparação às mulheres residentes de zonas rurais (TONG et al., 2011).

Outro resultado importante é de um estudo realizado com dados de 54 países de baixa e média renda, que mostrou menor variação das desigualdades socioeconômicas absolutas e relativas para as mulheres. Diante disso, o RII foi 5,88 (IC95%: 3,91 - 8,85) em PBR, 1,76 (IC95%: 0,80 - 3,85) em PMBR e 0,39 (IC95%: 0,09 - 1,64) em PMAR. No entanto, no continente africano e no sudeste asiático, o RII foi 10 ou superior, indicando maiores desigualdades relacionadas à riqueza. O SII foi de 0,08 (IC95%: 0,06 - 0,10) em PBR, 0,01 (IC95%: -0,01 - 0,04) em PMBR e -0,05 (IC95%: -0,13 - 0,02) em PMAR (SREERAMAREDDY; HARPER; ERNSTSEN, 2018). Estas mudanças observadas em medidas de desigualdades indicam que a evolução do tabagismo ocorre de maneira desigual nos subgrupos populacionais.

Em relação às tendências nas desigualdades, um estudo realizado no Brasil com período de 24 anos (1989-2013) mostrou declínio no tabagismo em todos os grupos por escolaridade, principalmente entre as mulheres com ensino superior, passando de 23,2% (IC95%: 20,8 - 25,9) para 8,8% (IC95%: 7,9 - 9,6). Consequentemente, as desigualdades absolutas e relativas de tabagismo por escolaridade entre as mulheres fumantes aumentaram três vezes no período do estudo (RII: 1,31 a 3,60; SII: 5,3 a 15,0), mas as desigualdades absolutas aumentaram principalmente até 2003 (SII: 15,8) (BANDI et al., 2020). Já em um estudo realizado no período de 2003 a 2011, na África do Sul, observou-se aumento no tabagismo entre as mulheres mais escolarizadas (de 4,0% em 2003 para 13,1% em 2011), com mudança significativa na razão entre o grupo de nível socioeconômico mais alto e o mais baixo na avaliação de desigualdade relativa, passando de 0,80 (2003) para 1,94 (2011) (AYO-YUSUF; OLUTOLA; AGAKU, 2015).

Por fim, observou-se que apenas três estudos (REITSMA et al., 2021a, 2021b; SINHA et al., 2018) tiveram um enfoque global, considerando diversos países em uma mesma análise. Além disso, a maioria dos estudos avaliou a prevalência ou desigualdade separadamente, sendo poucos que avaliaram as duas coisas juntas e a tendência ao longo do tempo.

3 Justificativa

O uso do tabaco foi identificado como um fator de risco para diversas doenças crônicas e mortalidade, mesmo sendo considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Ele é responsável por cerca de 8 milhões de óbitos anuais (OPAS, 2018), sendo considerado, então, um grave problema de saúde pública, requerendo planejamento de estratégias e políticas públicas para seu enfrentamento.

Conforme evidência recente, globalmente, em 2019, foi identificado que existe cerca de 1,14 bilhão de tabagistas, com diferenças significativas nas taxas por sexo e renda e entre os países (REITSMA et al., 2021a). Pesquisadores têm observado que o aumento nas taxas de tabagismo nos países de baixa e média renda resultou no aumento das taxas de mortalidade e doenças relacionadas ao tabaco (OPAS, 2021).

Embora nas últimas décadas tenha ocorrido queda expressiva do consumo de tabaco entre adultos, é importante salientar que a indústria está se reinventando. Atualmente são produzidos cigarros eletrônicos e tabaco aquecido com alegação dos fabricantes de que esses produtos têm risco reduzido quando comparados aos cigarros convencionais. Entretanto, estudos (BESARATINIA; TOMMASI, 2020; BOWLER et al., 2017; MOHEIMANI et al., 2017) mostraram que existe grande quantidade de substâncias tóxicas nesses novos produtos, sendo considerados tão prejudiciais à saúde quanto os produtos convencionais. Dessa maneira, essas novas opções para consumo de tabaco tendem a frear o declínio das prevalências de tabagismo em todo o mundo.

Em países como a Índia e Bangladesh, o consumo de tabaco é culturalmente difundido, podendo acontecer de diversas formas: desde produtos de tabaco fumado, como cigarros e *bidis* (tipo de cigarro enrolado à mão), até vários tipos de produtos de tabaco sem fumaça (MISHRA et al., 2015); estudos mostram que o uso desses produtos foi significativamente maior do que uso de cigarro nesses países (ZHAO et al., 2020). Na Índia, o uso de *bidis* está enraizado na cultura do país há muitos anos e esse consumo está fortemente associado ao risco de morbidade e mortalidade (LAL, 2009; MBULO et al., 2020). Levando isso em conta, questões culturais e sociais dos países também podem ser um empecilho na redução e controle do tabagismo.

Conforme a OMS, quando avaliado o consumo de tabaco de acordo com o sexo, projeta-se que apenas as mulheres vão atingir a meta mundial de redução em todas as regiões monitoradas pela OMS, ultrapassando-a em 1,3 pontos percentuais em 2025, com exceção da região europeia (OMS, 2019a). Apesar dessa importante

redução, evidências têm sugerido que mulheres podem ter uma exposição maior ao fumo em países de baixa e média renda (BANDI et al., 2020), onde o tabagismo de homens é bastante elevado. Assim como, o uso de tabaco pela população feminina segue sendo motivo de preocupações para a saúde pública, em especial, pelo risco de infertilidade, por complicações na gravidez, partos prematuros, bebês com baixo peso ao nascer, natimortos, abortos espontâneos e mortes infantis (BRASIL, 2022).

Um ponto importante são as desigualdades relacionadas ao uso de tabaco, as quais podem variar muito conforme o país, sendo explicado por diferentes questões econômicas, sociais e culturais. Em linhas gerais, se percebe um padrão de maiores prevalências de tabagismo entre as mulheres mais pobres, menos escolarizadas e que vivem na zona rural na maioria dos países, com padrão muito semelhante ao apresentado pelos homens. Embora desigualdades no uso de tabaco seja semelhante entre homens e mulheres, optou-se por analisar apenas a população feminina devido a ampla disponibilidade de dados nos inquéritos *DHS* e *MICS*. Além disso, na revisão de literatura não foram encontrados artigos que tenham avaliado tendências conforme a área de moradia, podendo ser uma novidade neste estudo.

Ao fazer uma análise em subgrupos populacionais, entendendo que comportamentos em saúde afetam os mais vulneráveis, por isso ações e políticas públicas podem ser direcionadas à eles (ONU, 2015). A meta 17.18 dos ODS refere-se a reforçar o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento, com intuito de aumentar a disponibilidade de dados de alta qualidade, desagregados por renda, gênero, etnia, localização geográfica e outras características relevantes em contextos nacionais (ONU, 2015).

Diante disso, pretende-se preencher algumas lacunas encontradas na literatura. Ao realizar um estudo com múltiplos países é possível observar onde as desigualdades são mais marcantes e a direção delas, identificando os locais que precisam de maior atenção para atingir as metas. Além disso, ter conhecimento do maior número de dimensões de desigualdades pode ajudar os países a focar em estratégias eficientes com populações alvo específicas.

4 Marco teórico

O tabagismo é considerado o ato de consumir cigarros ou outros produtos derivados do tabaco. Além de todos os efeitos negativos proporcionado aos fumantes, o tabagismo atinge também pessoas não fumantes que vivem ou trabalham com fumantes, caracterizando-os como fumantes passivos (BRASIL, 2014). A OMS reconhece o tabagismo como a principal causa evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (DROPE et al., 2018).

O modelo teórico apresentado aqui é baseado em dois níveis: o primeiro refere-se aos determinantes distais e o segundo aos determinantes mais proximais ao desfecho (tabagismo).

4.1 Determinantes distais

Os contextos econômico, social e cultural de cada país constituem a relação mais distal na influência do consumo de tabaco, seja pela falta de medidas preventivas de iniciação ao uso, seja pelo desinteresse na implementação de medidas de redução (ZHANG et al., 2008). Por isso é importante que os países desenvolvam políticas públicas de ações continuadas e redução do tabagismo.

Apesar de, nos últimos anos, as políticas de controle e recursos terapêuticos para o controle e cessação do tabagismo terem avançado muito, ainda existem países que precisam de ações mais contundentes na implementação das políticas de saúde prescritas pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) (OMS, 2021).

O Brasil é exemplo na implementação dessas políticas tendo realizado ações combinadas como aumento de impostos e campanhas de conscientização. Por isso, tornou-se o país que mais reduziu a prevalência de fumantes ao longo do tempo. Outros países como a Noruega, Senegal, Dinamarca e Canadá também tiveram redução acima de 45%, deixando evidente o potencial das ações para reduzir a prevalência (REITSMA et al., 2021a).

4.2 Determinantes proximais

Destaca-se a precedência de fatores proximais demográficos e socioeconômicos que normalmente estão associados ao maior consumo de tabaco entre as mulheres: baixo nível socioeconômico, menor escolaridade e morar na área rural. Em relação à renda, o tabagismo é mais fortemente associado com o menor

nível socioeconômico (DONFOUET; MOHAMED; MALIN, 2021; SREERAMAREDDY; HARPER, 2019), talvez pelo fato de que as pessoas mais pobres têm acesso muito limitado à informação.

O uso de tabaco associado ao baixo grau de escolaridade pode ser explicado pela insuficiência de conhecimento sobre os efeitos prejudiciais que os produtos do tabaco ocasionam no indivíduo fumante ou fumante passivo (KABWAMA et al., 2016). Evidências mostram que os indivíduos com esse perfil são suscetíveis a fumarem mais, como foi encontrado em diversos países de baixa renda da África e do Sudeste Asiático (SREERAMAREDDY; HARPER; ERNSTSEN, 2018).

Quanto ao local de moradia, estudos sugerem que os indivíduos que moram na área rural estão suscetíveis a fumarem mais do que os indivíduos que moram na área urbana (DOOGAN et al., 2017; SREERAMAREDDY; PRADHAN; SIN, 2014). Isso pode ser explicado pelos hábitos culturais, falta de informação, dificuldade e pouco acesso aos serviços de redução e cessação ao tabaco (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, um estudo realizado nos Estados Unidos foi observado que o aumento do preço do cigarro ao longo do tempo estava associado a um declínio acentuado no tabagismo entre as pessoas de alta renda, mas não teve essa associação entre as de baixa renda (FRANKS et al., 2007). Da mesma forma, outros estudos também identificaram que viver na extrema pobreza está fortemente associado ao tabagismo (AGRAWAL et al., 2008; BARBEAU; KRIEGER; SOOBADER, 2004).

Por fim, é importante salientar que o modelo teórico (Figura 6) não irá guiar as análises, visto que nem todas as variáveis em nível macro foram coletadas e, portanto, não serão utilizadas na análise estatística.

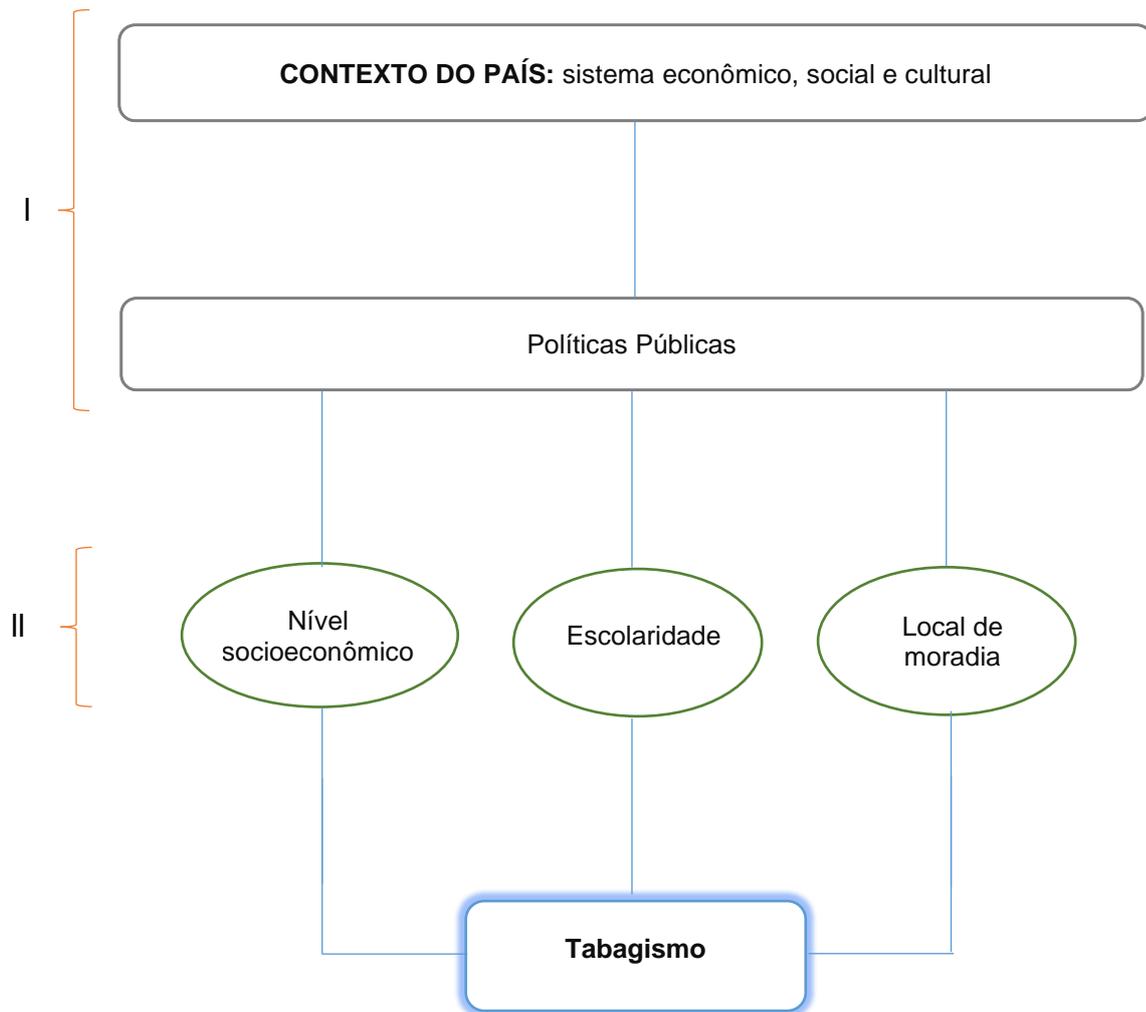


Figura 2. Modelo teórico do estudo.

5 Objetivo geral

Avaliar a evolução de prevalências e desigualdades no tabagismo entre mulheres de 20 a 49 anos de países de renda baixa e média em um período de dez anos.

5.1 Objetivos específicos

Descrever tendências de prevalências do tabagismo entre as mulheres de acordo com:

- a) agregado nacional;
- b) nível socioeconômico, medido por quintis de riqueza;
- c) área de residência (urbana ou rural);
- d) nível de educação formal, medido pelo grau de escolaridade;

Avaliar tendência nas medidas de desigualdade relativa (índice de concentração) e absoluta (*slope index of inequality*).

6 Hipóteses

- Haverá redução da prevalência de tabagismo entre as mulheres nos países analisados, no período avaliado;
- Mulheres do quintil mais rico terão maior velocidade de redução de tabagismo;
- Mulheres residentes na zona urbana reduzirão mais rápido o tabagismo;
- Mulheres com maior escolaridade terão maior velocidade de redução de tabagismo;
- Haverá aumento das desigualdades (nível socioeconômico, área de residência e escolaridade), tanto a desigualdade relativa quanto a absoluta, na prevalência de tabagismo em mulheres, em função da maior redução nos grupos privilegiados.

7 Metodologia

7.1 Delineamento e justificativa para a escolha

Trata-se de um estudo ecológico a partir de estudos transversais de base populacional dos inquéritos *Demographic and Health Surveys (DHS)* e *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)*, organizados periodicamente pela *USAID (US Agency for International Development)* e *UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)*, respectivamente. São inquéritos altamente comparáveis em termos de amostragem, métodos de pesquisa, questionários e protocolos antropométricos (HANCIOGLU; ARNOLD, 2013).

O programa DHS é um projeto que provê assistência técnica em mais de 90 países, principalmente nas regiões mais pobres do mundo. Este programa foi criado em 1984 e tem como objetivo realizar a coleta de dados através de questionários padronizados que podem sofrer pequenas modificações de acordo com interesse local e problemas de saúde específicos. Os inquéritos MICS acontecem desde 1994 e, atualmente, proveem assistência técnica em mais de 100 países, sendo o maior programa de pesquisa domiciliar sobre crianças e mulheres em todo o mundo (INDDEX, 2015). A partir destes inquéritos são coletadas informações sobre variáveis socioeconômicas, incluindo renda, escolaridade e área de residência, bem como sobre desfechos e comportamentos em saúde, incluindo tabagismo. Mais informações sobre os inquéritos DHS (www.dhsprogram.com) e MICS (www.mics.unicef.org) podem ser encontradas no site dos programas.

Diante disso, constitui-se um delineamento adequado para o estudo porque permite investigar a evolução da prevalência e das desigualdades relacionadas ao tabagismo. Este tipo de delineamento apresenta como vantagens: relativa rapidez, simplicidade e baixo custo em comparação a outros delineamentos.

7.2 População alvo

A população alvo do estudo será constituída por mulheres adultas com idade de 20 a 49 anos, que residem em países de baixa e média renda. Os inquéritos analisados incluem as mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos), porém, optou-se por excluir aquelas com menos de 20 anos para minimizar possíveis vieses. A

classificação econômica (baixa, média baixa e média alta) de cada país é obtida junto ao Banco Mundial (The World Bank, 2023).

7.3 Critérios de inclusão na análise ecológica

Serão considerados países de renda média e baixa, monitorados pela DHS e MICS, com informações de tabagismo para mulheres de 20 a 49 anos, e que tenham pelo menos dois inquéritos disponíveis para análise, com uma diferença mínima de 10 anos entre eles, a partir do ano 2000.

Nesse sentido, serão avaliados 28 países de média e baixa renda que estão representados no Quadro 3.

País	Anos de Publicações dos Inquéritos	Número de inquéritos
Armênia	2005, 2010, 2015	3
Benin	2001, 2006, 2011, 2014, 2017	5
Camarões	2004, 2011, 2018	3
Camboja	2000, 2005, 2010, 2014	4
Etiópia	2005, 2011, 2016	3
Filipinas	2003, 2008, 2013, 2017	4
Gana	2003, 2008, 2014, 2017	4
Guiné	2005, 2016, 2018	3
Haiti	2000, 2005, 2012, 2016	4
Índia	2005, 2015	2
Indonésia	2002, 2007, 2012, 2017	4
Jordânia	2002, 2007, 2012, 2017	4
Lesoto	2004, 2009, 2014, 2018	4
Madagascar	2008, 2018	2
Malawi	2000, 2004, 2010, 2013, 2015	5
Mali	2006, 2012, 2015, 2018	4
Namíbia	2000, 2006, 2013	3
Nepal	2001, 2006, 2010, 2011, 2014, 2016	6
Nigéria	2003, 2008, 2013, 2016, 2018	5
Peru	2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018	14
Quênia	2003, 2008, 2014	3
República Dominicana	2002, 2007, 2013, 2014	4
Ruanda	2000, 2005, 2010, 2014	4
Senegal	2005, 2010, 2017	3
Tanzânia	2004, 2010, 2015	3
Uganda	2000, 2006, 2011, 2016	4
Zâmbia	2001, 2007, 2013, 2018	4
Zimbábue	2005, 2010, 2014, 2015	5

Quadro 3. Países selecionados para o estudo.

7.4 Definição operacional do desfecho

Tabagismo:

Serão consideradas tabagistas (usuárias de tabaco atualmente) as mulheres que utilizaram algum produto derivado do tabaco pelo menos uma vez no último mês para o inquérito MICS e mulheres que usaram algum produto derivado do tabaco alguns dias ou todos os dias para o inquérito DHS.

7.5 Definição operacional dos estratificadores

Serão definidas e utilizadas variáveis de estratificação (nível socioeconômico: quintis de riqueza; local de residência: urbano e rural; escolaridade: nenhuma, primária, secundária ou mais) (Quadro 4) para avaliar se existem desigualdades relacionadas ao tabagismo de acordo com o meio e as condições que as mulheres vivem.

A classificação da posição socioeconômica das famílias é baseada em índices de riqueza. A partir dos questionários domésticos serão coletadas as informações sobre eletrodomésticos (televisores, geladeiras e outros eletrodomésticos), características da construção (materiais usados para as paredes, piso e telhado; presença de eletricidade, abastecimento de água e instalações sanitárias) e outras variáveis relacionadas ao status econômico (propriedade da casa, da terra ou do gado). Inicialmente, essas variáveis são incluídas em uma Análise de Componente Principal (ACP) construída pelas equipes do DHS e do MICS para todas as famílias na amostra, excluindo variáveis que são relevantes apenas para um domínio (gado ou tamanho da terra que se aplicam apenas às áreas rurais). Em seguida, duas ACPs separadas serão realizadas para famílias urbanas e rurais, incluindo todas as variáveis relevantes em cada domínio, e os valores dessas pontuações serão armazenados.

Depois disso, os resultados dos ACPs urbanos e rurais separados serão usados para prever as pontuações conjuntas da ACP por meio de regressão linear. A interceptação e a inclinação de cada uma das duas regressões são usadas para dimensionar as pontuações ACP urbana e rural para cada família em uma pontuação única e combinada. Esta pontuação é dividida em quintis, sendo o primeiro deles

representativo da população mais pobre e o quinto, da população mais rica (RUTSTEIN, 2008a).

A estratificação do local da residência (urbano/rural) será baseada em critérios definidos por cada país.

Variável		Classificação	Categorização
Socioeconômica	Quintil de riqueza	Categórica Ordinal	Q1 mais pobre Q2 Q3 Q4 Q5 mais rico
Geográfica	Área de residência	Categórica Nominal Dicotômica	Urbano Rural
Educacional	Escolaridade	Categórica Ordinal	Nenhuma Primária Secundária ou mais

Quadro 4. Variáveis estratificadoras (independentes).

7.6 Instrumento

As pesquisas *DHS* e *MICS* coletam dados primários em diversos países do mundo e utilizam questionários comparáveis. A *DHS* utiliza questionário com quatro módulos (doméstico; individual para mulher ou homem; biomarcador; módulo opcional conforme cada país). E o *MICS* usa questionário com cinco módulos (doméstico; teste de qualidade da água; individual para mulher; crianças menores de 5 anos; crianças de 5 a 17 anos). A partir disso são coletadas informações sobre tópicos básicos demográficos e de saúde.

Neste estudo serão usadas as seguintes questões do módulo individual da mulher sobre tabagismo (*DHS*):

Questão	Opções de resposta
Atualmente você fuma cigarros todos os dias, alguns dias, ou não fuma?	(1) Todos os dias (2) Alguns dias (3) Não fuma
Atualmente você fuma ou usa qualquer outro tipo de tabaco todos os dias, alguns dias, ou nunca?	(1) Todos os dias (2) Alguns dias (3) Não fuma
Que (outro) tipo de tabaco você fuma ou usa atualmente?	(A) Cigarro de cravo
Registre todos os mencionados	

	(B) Cachimbos (C) Charutos, charuto sem filtro, cigarrilhas (D) Cano de água (E) Rapé (pela boca) (F) Rapé (pelo nariz) (G) Tabaco de mascar (H) Betel quid com tabaco (X) Outro _____
--	---

Quadro 5. Questões e opções de resposta que serão utilizadas no estudo conforme o inquérito DHS.

E, do inquérito *MICS* serão utilizadas as seguintes questões:

Questão	Opções de resposta
Atualmente você fuma cigarros?	(1) Sim (2) Não
Durante o último mês, você usou algum produto de tabaco fumado?	(1) Sim (2) Não
Que tipo de produto de tabaco fumado você usou ou fumou durante o último mês?	
Durante o último mês, você usou algum produto de tabaco sem fumaça?	(1) Sim (2) Não
Que tipo de produto de tabaco sem fumaça você usou durante o último mês?	

Quadro 6. Questões e opções de resposta que serão utilizadas no estudo conforme o inquérito MICS.

Foi considerado o uso de qualquer produto de tabaco (com ou sem fumaça), sendo a lista de produtos para cada país adaptada de acordo com a realidade cultural.

7.7 Cálculo do tamanho amostral

Os dados a serem utilizados neste estudo são secundários, e empregam um processo de amostragem válido e amplamente aplicado em diferentes países. Os cálculos de tamanho amostral para as duas pesquisas foram realizados antes de iniciar os inquéritos e são específicos para cada país.

Os programas *DHS* e *MICS* realizaram o cálculo amostral a partir dos seguintes parâmetros: valor previsto do indicador (na população alvo/base); efeito de delineamento; margem de erro relativa com 95% de confiança; proporção da

população-alvo/base na população total; tamanho médio da família; taxa de resposta (ou conclusão).

7.8 Seleção, treinamento de pessoal e controle de qualidade

Inicialmente, os candidatos a entrevistadores receberam um pacote com os materiais: questionários e manual do entrevistador para estudarem e anotarem todas as dúvidas.

No treinamento, todas as seções do questionário, perguntas e instruções foram discutidas em detalhes. Também foi realizada a leitura do questionário várias vezes, de modo que os entrevistadores se sentissem preparados para lerem as perguntas em voz alta para outra pessoa. Depois disso, os entrevistadores foram convidados a participar da prática entrevistando outro entrevistador.

O treinamento incluiu também as entrevistas na prática de campo, quando o entrevistador aplicou o questionário aos respondentes domiciliares, mulheres ou homens elegíveis. Nessa fase, o entrevistador recebeu tarefas, questionários e testes para ver se estava progredindo bem durante o período de treinamento formal. Ao final do treinamento, os entrevistadores foram selecionados com base em seus resultados de teste e desempenho durante a prática de campo (DHS, 2020; MICS, 2021).

As atividades para garantia do controle e qualidade dos dados foram caracterizadas por uma série de medidas cujo objetivo é garantir resultados sem risco de viés. Os supervisores tinham a função de verificar alguns dos endereços selecionados para a entrevista, revisar cada questionário para ter certeza de que estava completo e consistente, observar algumas entrevistas para garantir que as perguntas estavam sendo aplicadas da maneira certa e as respostas corretamente marcadas e, ajudar o entrevistador para quaisquer problemas que pudessem surgir no trabalho de campo (DHS, 2020; MICS, 2021).

7.9 Processamento e análise dos dados

As análises serão realizadas usando o *Stata* versão 15.0 (*College Station, Texas, TX, USA*). Os procedimentos estatísticos serão baseados em porcentagens para descrição da amostra, assim como, serão produzidos gráficos e tabelas para apresentação da variação das prevalências do uso de tabaco ao longo do tempo. Também será realizado uma regressão linear com ponderação pela variância para

obter um valor que indique o quanto as prevalências diminuíram ou aumentaram em pontos percentuais ao longo dos anos.

A tendência do uso de tabaco será analisada usando regressão linear ponderada pelos quadrados mínimos da variância e apresentada em gráficos em formato “equiplot”. Para estratificadores ordinais, serão apresentados os valores de *Slope Index of Inequality* (SII) e o *Concentration Index* (CIX) como medidas de desigualdade absoluta e relativa, respectivamente. O SII “representa a diferença absoluta no valor ajustado do indicador entre o maior e o menor valor da classificação do indicador socioeconômico” (BARROS; VICTORA, 2013). Já o CIX está relacionado ao coeficiente de Gini, no qual utiliza-se uma abordagem análoga que classifica os indivíduos de acordo com a posição socioeconômica no eixo x e a distribuição cumulativa da renda no eixo y. O índice é igual a um valor zero quando não existe desigualdade e, conforme aumenta a desigualdade relativa, o valor aumenta, sem limite superior (BARROS; VICTORA, 2013). O nível de significância foi estabelecido em 5%.

8 Divulgação dos dados

Os resultados encontrados serão divulgados através do volume final da dissertação, um artigo científico em revista indexada na área de saúde pública ou epidemiologia, e ainda será produzido um resumo com os principais resultados a serem divulgados em nota para a imprensa.

9 Aspectos Éticos

Todas as análises deste estudo serão baseadas em dados secundários de domínio público a partir de inquéritos nacionais. Os procedimentos de ética em pesquisa foram assegurados pelas instituições que administraram ou financiaram os inquéritos, assim como, a participação foi consentida verbalmente por cada entrevistado (DHS, 2020; MICS, 2021).

Esse consentimento trata dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando aos sujeitos sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo, respeitando o participante em sua totalidade. Após a identificação e seleção dos participantes do estudo, os mesmos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa.

10 Limitações do estudo

Embora as estimativas autorrelatadas do uso de tabaco na população em geral sejam válidas, deve-se considerar também a possibilidade de diferenças sistemáticas. O uso de tabaco autorreferido pode ser subnotificado devido a fatores sociais, principalmente entre as mulheres (JUNG-CHOI; KHANG; CHO, 2012). O estudo de Gorber, por exemplo, mostrou tendências de subestimação quando a prevalência de tabagismo foi baseada em autorrelato ao invés de ser medida de alguma maneira objetiva (CONNOR GORBER et al., 2009).

Ainda, os inquéritos DHS e MICS utilizam definições diferentes para o uso de tabaco atual. DHS considera tabagistas atuais as mulheres que utilizaram tabaco todos os dias ou alguns dias, sem identificar o período. Já o MICS considera as mulheres que utilizaram pelo menos uma vez no último mês.

Outra possível limitação é que nem todos os países de baixa e média renda estão contemplados para a realização dos inquéritos DHS e MICS, dificultando a extrapolação dos resultados. Por fim, avaliar adultas em idade reprodutiva, de 20 a 49 anos pode fazer com que a prevalência e desigualdades associadas ao tabagismo estejam sub-representadas; mulheres adultas em idade mais avançadas, onde o fumo é mais prevalente, não foram incluídas nos inquéritos.

11 Financiamento

O DHS foi financiado pela *USAID (US Agency for International Development)* e o MICS pela *UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)*.

Além disso, o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

12 Cronograma

Atividade	Período																							
	2021												2022											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Escolha do tema	■																							
Revisão de literatura		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Elaboração do projeto	■	■	■	■	■																			
Qualificação do projeto						■																		
Análise dos dados							■	■	■	■	■	■	■	■										
Redação do volume final e artigo														■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Entrega da dissertação																					■			
Defesa da dissertação																						■		
Submissão do artigo																						■		

Quadro 7. Cronograma das atividades programadas para elaboração da dissertação.

13 Referências

ABDULRAHIM, S.; JAWAD, M. Socioeconomic differences in smoking in Jordan, Lebanon, Syria, and Palestine: A cross-sectional analysis of national surveys. **PLOS ONE**, v. 13, n. 1, p. e0189829, 30 jan. 2018.

AGRAWAL, A. et al. Correlates of smoking cessation in a nationally representative sample of U.S. adults. **Addictive Behaviors**, v. 33, n. 9, p. 1223–1226, set. 2008.

AYO-YUSUF, O. A.; OLUTOLA, B. G.; AGAKU, I. T. Cigarette Smoking Trends and Social Disparities Among South African Adults, 2003-2011. **Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco**, v. 17, n. 8, p. 1049–1055, ago. 2015.

BANDI, P. et al. 24-Year trends in educational inequalities in adult smoking prevalence in the context of a national tobacco control program: The case of Brazil. **Preventive Medicine**, v. 131, p. 105957, fev. 2020.

BARBEAU, E. M.; KRIEGER, N.; SOOBADER, M.-J. Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 2, p. 269–278, fev. 2004.

BARROS, A. J. D.; VICTORA, C. G. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. **PLOS Medicine**, v. 10, n. 5, p. e1001390, 7 maio 2013.

BESARATINIA, A.; TOMMASI, S. Vaping epidemic: challenges and opportunities. **Cancer Causes & Control**, v. 31, n. 7, p. 663–667, 1 jul. 2020.

BOWLER, R. P. et al. Electronic Cigarette Use in US Adults at Risk for or with COPD: Analysis from Two Observational Cohorts. **Journal of General Internal Medicine**, v. 32, n. 12, p. 1315–1322, 1 dez. 2017.

BRASIL (ED.). **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1a edição, 1a reimpressão ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência a Nicotina**. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201704/25092135-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-dependencia-a-nicotina-inca-2014.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. 2022;

CAMPAIGN FOR TOBACCO-FREE KIDS. **Indonesia: Tobacco Control Policies**. Disponível em: <<https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/policy-fact-sheets/indonesia/summary>>. Acesso em: 29 abr. 2023.

CAMPAIGN FOR TOBACCO-FREE KIDS. **Peru: Tobacco Control Policies**. Disponível em: <<https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/policy-fact-sheets/peru/summary>>. Acesso em: 29 abr. 2023a.

CAMPAIGN FOR TOBACCO-FREE KIDS. **Nepal: Tobacco Control Policies**. Disponível em: <<https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/policy-fact-sheets/nepal/summary>>. Acesso em: 29 abr. 2023b.

CONNOR GORBER, S. et al. The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. **Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco**, v. 11, n. 1, p. 12–24, jan. 2009.

DAI, X.; GAKIDOU, E.; LOPEZ, A. D. Evolution of the global smoking epidemic over the past half century: strengthening the evidence base for policy action. **Tobacco Control**, v. 31, n. 2, p. 129–137, mar. 2022.

DHS. DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY. p. 153, 2020.

DONFOUET, H. P. P.; MOHAMED, S. F.; MALIN, E. Socioeconomic inequality in tobacco use in Kenya: a concentration analysis. **International Journal of Health Economics and Management**, v. 21, n. 2, p. 247–269, jun. 2021.

DOOGAN, N. J. et al. A growing geographic disparity: Rural and urban cigarette smoking trends in the United States. **Preventive Medicine**, v. 104, p. 79–85, nov. 2017.

DROPE, J. et al. **THE TOBACCO ATLAS**. Atlanta: **American Cancer Society and Vital Strategies**. Place of publication not identified: MCGRAW-HILL EDUCATION, 2018.

EDWARDS, R. **The problem of tobacco smoking**. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/328/7433/217.full>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

ERIKSEN, M. P. et al. **The tobacco atlas**, 2015.

FRANKS, P. et al. Cigarette prices, smoking, and the poor: implications of recent trends. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 10, p. 1873–1877, out. 2007.

HANCIOGLU, A.; ARNOLD, F. Measuring Coverage in MNCH: Tracking Progress in Health for Women and Children Using DHS and MICS Household Surveys. **PLOS Medicine**, v. 10, n. 5, p. e1001391, 7 maio 2013.

HOSSEINPOOR, A. R. et al. Social determinants of smoking in low- and middle-income countries: results from the World Health Survey. **PloS One**, v. 6, n. 5, p. e20331, 2011.

INDDX. **Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS)**. Disponível em: <<https://inddex.nutrition.tufts.edu/data4diets/data-source/demographic-and-health-surveys-dhs-multiple-indicator-cluster-surveys-mics>>. Acesso em: 24 jun. 2021.

JAWAD, M.; ABDULRAHIM, S.; DAOUK, A. The Social Patterning of Tobacco Use Among Women in Jordan: The Protective Effect of Education on Cigarette Smoking and the Deleterious Effect of Wealth on Cigarette and Waterpipe Smoking. **Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco**, v. 18, n. 4, p. 379–385, abr. 2016.

JUNG-CHOI, K.-H.; KHANG, Y.-H.; CHO, H.-J. Hidden female smokers in Asia: a comparison of self-reported with cotinine-verified smoking prevalence rates in representative national data from an Asian population. **Tobacco Control**, v. 21, n. 6, 2012.

KABWAMA, S. N. et al. Tobacco use and associated factors among Adults in Uganda: Findings from a nationwide survey. **Tobacco Induced Diseases**, v. 14, n. 1, p. 27, 11 ago. 2016.

LAL, P. Special Section: Tobacco Control. **Tobacco Control**, v. 96, n. 10, p. 3, 2009.

LOPEZ, A. D.; COLLISHAW, N. E.; PIHA, T. **A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries.** Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1759359/>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

MASUD, H.; OYEBODE, O. Inequalities in smoking prevalence: a missed opportunity for tobacco control in Pakistan. **Journal of Public Health (Oxford, England)**, v. 40, n. 2, p. 271–278, 1 jun. 2018.

MBULO, L. et al. Patterns and related factors of bidi smoking in India. **Tobacco Prevention & Cessation**, v. 6, p. 28, 4 maio 2020.

MICS. **MICS6 Instructions for Interviewers.** , 2021.

MISHRA, G. A. et al. Smokeless tobacco use in Urban Indian women: Prevalence and predictors. **Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology: Official Journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology**, v. 36, n. 3, p. 176–182, set. 2015.

MOHEIMANI, R. S. et al. Increased Cardiac Sympathetic Activity and Oxidative Stress in Habitual Electronic Cigarette Users: Implications for Cardiovascular Risk. **JAMA Cardiology**, v. 2, n. 3, p. 278–284, 1 mar. 2017.

NICHTER, M. et al. **Reading culture from tobacco advertisements in Indonesia.** Disponível em: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/18/2/98?ijkey=3b0ce60e0e20ad2b1b8f4727b0de01d2ecacf3e5&keytype=tf_ipsecsha>. Acesso em: 8 abr. 2023.

OMS. **WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025.** Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330221/9789240000032-eng.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2021a.

OMS. **WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition.** , 2019b.

OMS. **Who report on the global tobacco epidemic 2021.** , 2021.

ONU. **17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU.** Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/70856-conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu>, <https://brasil.un.org/pt-br/70856-conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

ONU. **Objetivo 10: Reduzir as desigualdades.** Disponível em: <<https://unric.org/pt/objetivo-10-reduzir-as-desigualdades/>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

ONU, P. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. v. 25, n. 1, p. 171–190, 2018.

OPAS. **Folha Informativa: Tabaco.** Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097>. Acesso em: 16 abr. 2021.

OPAS. **Tabaco.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/4968>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

REITSMA, M. B. et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 397, n. 10292, p. 2337–2360, 19 jun. 2021a.

REITSMA, M. B. et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990–2019. **The Lancet Public Health**, v. 6, n. 7, p. e472–e481, 1 jul. 2021b.

RUTSTEIN, S. O. **The DHS Wealth Index: approaches for rural and urban areas.** Calverton, Maryland: ORC Macro, 2008a. Disponível em: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/WP60/WP60.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

RUTSTEIN, S. O. **The DHS Wealth Index: Approaches for Rural and Urban Areas.** Disponível em: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/wp60/wp60.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2023b.

SHRESTHA, N. et al. A nationally representative study on socio-demographic and geographic correlates, and trends in tobacco use in Nepal. **Scientific Reports**, v. 9, n. 1, p. 2682, 25 fev. 2019.

SINHA, D.; AGARWAL, N.; GUPTA, P. Prevalence of Smokeless Tobacco Use and Number of Users in 121 Countries. **British Journal of Medicine and Medical Research**, v. 9, n. 6, p. 1–20, 10 jan. 2015.

SINHA, D. N. et al. The Poorest of Poor Suffer the Greatest Burden From Smokeless Tobacco Use: A Study From 140 Countries. **Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco**, v. 20, n. 12, p. 1529–1532, 15 nov. 2018.

SREERAMAREDDY, C. T. et al. **Smoking and smokeless tobacco use in nine South and Southeast Asian countries: prevalence estimates and social determinants from Demographic and Health Surveys - PubMed**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25183954/>>. Acesso em: 22 mar. 2023.

SREERAMAREDDY, C. T.; HARPER, S. Trends in educational and wealth inequalities in adult tobacco use in Nepal 2001-2016: secondary data analyses of four Demographic and Health Surveys. **BMJ open**, v. 9, n. 9, p. e029712, 6 set. 2019.

SREERAMAREDDY, C. T.; HARPER, S.; ERNSTSEN, L. Educational and wealth inequalities in tobacco use among men and women in 54 low-income and middle-income countries. **Tobacco Control**, v. 27, n. 1, p. 26–34, jan. 2018.

SREERAMAREDDY, C. T.; PRADHAN, P. M.; SIN, S. Prevalence, distribution, and social determinants of tobacco use in 30 sub-Saharan African countries. **BMC Medicine**, v. 12, n. 1, p. 243, 18 dez. 2014.

The World Bank. Renda mundial [Internet]. [citado 25 de junho de 2023]. Disponível em: <<https://www.worldbank.org/pt/country/brazil>>. Acesso em: 25 jun. 2023.

TONG, V. T. et al. Patterns and predictors of current cigarette smoking in women and men of reproductive age-Ecuador, El Salvador, Guatemala, and Honduras. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, p. 240–247, set. 2011.

VARONA, P. et al. Tobacco and alcohol use in Cuban women. **MEDICC review**, v. 13, n. 4, p. 38–44, out. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>>. Acesso em: 29 abr. 2023.

ZHANG, J. et al. A New Theoretical Framework for Modelling and Analysing Complex Tobacco Control Systems. 1 ago. 2008.

ZHAO, L. et al. **Disparities in smokeless tobacco use in Bangladesh, India, and Pakistan: Findings from the Global Adult Tobacco Survey, 2014-2017**. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article/comments?id=10.1371/journal.pone.0250144>>. Acesso em: 24 mar. 2023.

ZHAO, Z. et al. E-cigarette use among adults in China: findings from repeated cross-sectional surveys in 2015-16 and 2018-19. **The Lancet. Public Health**, v. 5, n. 12, p. e639–e649, dez. 2020.

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Relatório

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGEpi) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi criado em 1991, assim como, o curso de mestrado. Desde 1999, o mestrado em Epidemiologia tinha como ferramenta a realização de um consórcio, que se trata de um método de pesquisa em que todos os alunos do curso realizam o trabalho de campo em conjunto.

No entanto, em decorrência da Pandemia de Covid-19, das restrições sanitárias e dos cortes de verbas, não foi possível realizar o consórcio de pesquisa para a turma de mestrado do ano de 2021.

Para garantir que os alunos concluíssem o curso entendendo como funcionava esse trabalho, foi realizado um simulado de consórcio de pesquisa nas aulas da disciplina Prática de Pesquisa. Nesse sentido, foi elaborado os projetos de pesquisa individuais e do consórcio, construção dos instrumentos para a coleta de dados, cálculo do tamanho amostral, processo de amostragem, bateção e mapeamento dos setores censitários, inserção do questionário no sistema de coleta digital (REDCap), testagem do questionário, aplicação do questionário em uma pequena amostra por conveniência e apresentação dos resultados gerais e individuais.

O processo de amostragem ocorreu através do sorteio de 100 setores censitários (áreas da cidade divididas segundo o IBGE). Depois, em cada setor, foram sorteados 17 domicílios entre aqueles que possuíam moradores (desconsiderando imóveis comerciais e domicílios vazios). Estes sorteios ocorreram de forma aleatória. Foram sorteados 1700 domicílios. Todos os adultos residentes nos domicílios sorteados foram convidados para responder a entrevista.

A bateção e o mapeamento é o processo onde ocorre a identificação dos domicílios pertencentes aos setores censitários que foram estudados. Além do endereço completo, também foi registrada a situação do domicílio (residencial, comercial ou desabitado). Neste momento, foi entregue para os moradores a carta de apresentação do estudo e realizou-se a identificação de todos que ali habitavam.

Na amostragem por conveniência cada aluno entrevistou 5 pessoas de acordo com a sua proximidade e facilidade de acesso. Apesar de sabermos que a amostra não seria representativa da população, o exercício foi realizado para termos a experiência como entrevistadores.

A amostra foi composta por 65 adultos, 55,4% eram do sexo feminino, 75,4% de cor da pele branca, 38,1% tinham entre 20-29 anos, 71,4% tinham 12 ou mais anos

de estudos e 47,7% pertenciam a categoria C de classe econômica. Em relação ao uso de tabaco, 16,9% dos entrevistados eram fumantes.

Por fim, nessa dissertação foram utilizados dados dos inquéritos *Demographic and Health Surveys* (DHS) e *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS). Como se tratam de dados secundários, coletados em diversos países, a contribuição da mestranda foi na análise dos dados e organização de um artigo científico para futura publicação.

MODIFICAÇÕES DO PROJETO DE PESQUISA

Modificações

Durante a construção da dissertação foi decidido pelos autores do artigo que seriam realizadas pequenas alterações. No projeto original estão listados que seriam estudados três estratificadores (nível socioeconômico, escolaridade e área de residência). No entanto, optamos por dar ênfase no corpo do artigo ao nível socioeconômico, mantendo os demais como material suplementar com o objetivo de evitar que o artigo estivesse sobrecarregado em informações que dificultassem sua leitura.

ARTIGO ORIGINAL

A ser submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública

Tabagismo entre mulheres: tendências e desigualdades em 28 países de baixa e média renda

Indiara da Silva Viegas¹
Andrea Tuchtenhagen Wendt²
Cauane Blumenberg¹
Fernando César Wehrmeister¹

1 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

2 Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

Correspondência:

Indiara da Silva Viegas

indiara.viegas@gmail.com

Rua Ney Pires Netto, 430 - Bairro Viegas - Camaquã/RS

CEP: 96789-838

Tel +55 (51) 99796-4232

RESUMO

O artigo tem como objetivo avaliar a evolução temporal (2000-2019) da prevalência e desigualdades no tabagismo entre mulheres adultas de 20 a 49 anos que residem em países de baixa e média renda. Dados dos inquéritos *Demographic and Health Surveys* (DHS) e *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS) de 28 países foram utilizados. Nos inquéritos MICS, o tabagismo foi definido pelo uso de algum produto derivado do tabaco pelo menos uma vez no último mês; já nos inquéritos DHS, foi definido pelo uso de tabaco todos os dias ou alguns dias. As variáveis de estratificação utilizadas foram nível socioeconômico (quintis de riqueza), escolaridade (anos de estudo) e área de residência (urbana/rural). Para descrever as desigualdades, foram utilizados gráficos do tipo *equiplot*. Para a variável quintis de riqueza, foram apresentados o *Slope Index of Inequality* e o *Concentration Index* como medidas de desigualdade absoluta e relativa, respectivamente. Nepal (2001) e Madagascar (2018) apresentaram as maiores prevalências de tabagismo: 28,8% (IC95%: 26,8; 30,9) e 14,8% (IC95%: 13,8; 15,8). Em 23 dos 28 países, as maiores prevalências de tabagismo estavam entre as mulheres mais pobres. Dezesete países analisados apresentaram mudanças significativas na desigualdade absoluta e 12 países apresentaram mudanças na desigualdade relativa. O Nepal apresentou a maior variação anual absoluta entre as mulheres mais pobres e Namíbia entre as mais ricas, com uma redução de -1.7p.p. (IC95%: -1.9; -1.5) e -0.6p.p. (IC95%: -0.9; -0.4) ao ano, respectivamente. Os resultados podem contribuir para o monitoramento do uso de tabaco e embasar o direcionamento de políticas públicas para sua redução.

Palavras-chave: Tabagismo. Mulheres. Desigualdades em saúde.

ABSTRACT

This paper aimed to evaluate the trends (2000-2019) in prevalence and inequalities in smoking among women aged 20 to 49 years living in low- and middle-income countries. Data from the Demographic and Health Surveys (DHS) and the Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) from 28 countries were used. In MICS surveys, smoking was defined as using any tobacco product at least once in the last month, while in DHS surveys it was defined as using tobacco every day or some days. Analyses were stratified according to socioeconomic level (wealth quintiles), education (years of study) and area of residence (urban/rural). *Equiplots* were used to describe the inequalities, and the Slope Index of Inequality (absolute) and the Concentration Index (relative) were estimated as inequality measures. Nepal (2001) and Madagascar (2018) had the highest prevalence of smoking: 28.8% (95%CI: 26.8; 30.9) and 14.8% (95%CI: 13.8; 15.8), respectively. In most countries (23 out of 28 countries), the highest prevalence of smoking was observed among the poorest women. Seventeen countries experienced significant changes in absolute inequality and 12 countries experienced changes in relative inequality. Nepal had the highest absolute annual reduction in smoking among the poorest women and Namibia among the richest, with a reduction of -1.7p.p. (95%CI: -1.9; -1.5) and -0.6p.p. (95%CI: -0.9; -0.4) per year, respectively. Our results can contribute to monitoring tobacco use and support the design of public policies for its reduction.

Keywords: Smoking. Women. Health inequalities.

Introdução

Estima-se que 1,14 bilhão de pessoas sejam tabagistas no mundo. Destes, quatro em cada cinco fumantes residem em países de baixa e média renda, podendo aumentar a ocorrência e mortalidade por doenças relacionadas ao uso do tabaco nestes países (1). O tabagismo contribui para o óbito de cerca de 8 milhões de pessoas anualmente (2), sendo que entre as mulheres, o tabagismo foi responsável por aproximadamente 5,8% de todas as mortes (3).

Uma das metas mundiais estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) é reduzir em 30% o consumo de tabaco até 2025 entre pessoas com 15 anos ou mais (4), tendo como linha de base o ano de 2010, sem distinção a subgrupos populacionais. O uso de tabaco pela população feminina ainda é motivo de preocupações para a saúde pública, em especial, pelo risco de infertilidade, por complicações na gravidez, partos prematuros, bebês com baixo peso ao nascer, natimortos, abortos espontâneos e mortes infantis (5).

Conforme o relatório da OMS, no ano 2000, a prevalência global de tabagismo entre as mulheres era de 17%, reduzindo para 11% em 2010 e 10% em 2015. Nesse sentido, assumindo que a prevalência de tabagismo entre mulheres mantenha níveis de redução similares aos já observados, em 2025 estima-se que essa prevalência seja de 6,7%, com uma prevalência menor do que a meta mundial projetada (4). Porém, essa redução não deve ocorrer de maneira semelhante entre os países e entre os diferentes grupos populacionais de cada país.

O monitoramento de agravos em saúde com foco na equidade é um dos pilares dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (6). Diferentes contextos podem apresentar padrões de desigualdades diversos. Um estudo realizado com dados de quatro países da região árabe mostrou que, na Síria, mulheres mais ricas apresentam maior prevalência de tabagismo (10,5%) do que as mais pobres (7,6%); na Jordânia, as prevalências mais altas foram entre as mulheres mais ricas (15,5%) e as menos escolarizadas (17,2%), enquanto, no Líbano, as mulheres com maior escolaridade e mais ricas apresentaram as menores prevalência de tabagismo (16,2% e 15,2%, respectivamente) (7).

Dada a relevância do monitoramento de desigualdades no tabagismo em mulheres residentes em locais com contextos diferentes dos países de renda alta, o objetivo do presente estudo foi avaliar a evolução temporal (2000-2019) da

prevalência e as desigualdades no tabagismo entre as mulheres adultas em idade reprodutiva residentes em países de baixa e média renda.

Metodologia

Fontes de dados

Foram utilizados dados dos inquéritos *Demographic and Health Surveys (DHS)* e *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)*, organizados periodicamente pela *USAID (US Agency for International Development)* e *UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)*, respectivamente. São inquéritos altamente comparáveis em termos de amostragem, métodos de pesquisa, questionários e protocolos antropométricos (8). Esses inquéritos adotam procedimentos de amostragem em dois estágios baseados em estratos (geralmente áreas urbanas ou rurais) e clusters, cada um incluindo tipicamente 25-30 domicílios. Mais informações sobre os inquéritos DHS (www.dhsprogram.com) e MICS (www.mics.unicef.org) podem ser encontradas no site dos programas.

Para este estudo, a população alvo foi constituída por mulheres adultas com idade de 20 a 49 anos, que residem em países de baixa e média renda. Os inquéritos analisados incluem as mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos), porém, optou-se por excluir aquelas com menos de 20 anos para minimizar possíveis vieses. A classificação econômica (baixa, média baixa e média alta) de cada país é obtida junto ao Banco Mundial (9). Para a inclusão dos países no estudo, foi considerado que estes deveriam ter dados com a informação de tabagismo disponíveis em pelo menos dois pontos no tempo, com uma diferença mínima de 10 anos entre eles, a partir do ano 2000. Com base nesses critérios, 28 países foram incluídos na análise.

Desfecho

O tabagismo atual foi definido de formas distintas para os inquéritos MICS e DHS. O MICS definiu como o uso de algum produto derivado do tabaco pelo menos uma vez no último mês, sendo estimado pelas seguintes perguntas: “Durante o último mês, você usou algum produto de tabaco fumado?” e “Durante o último mês, você usou algum produto de tabaco sem fumaça?”. Se sim para alguma das perguntas, a mulher foi considerada como tabagista. Os inquéritos DHS consideram a frequência de uso de tabaco atual, conforme as perguntas: “Atualmente você fuma cigarros todos os dias, alguns dias, ou não fuma?” e “Atualmente você fuma ou usa qualquer outro

tipo de tabaco todos os dias, alguns dias, ou nunca?”. Se a mulher respondeu todos os dias ou alguns dias, ela foi considerada como tabagista.

Variáveis de estratificação

Diferentes características sociodemográficas foram consideradas como variáveis de estratificação: 1) nível socioeconômico (quintis de riqueza); 2) área de residência (urbano e rural); 3) escolaridade (nenhuma, primária, secundária ou mais).

O nível socioeconômico dos participantes foi medido através de um indicador denominado índice de bens, criado pelas agências responsáveis pelos inquéritos DHS e MICS. Uma análise de componentes principais (ACP) é empregada considerando características de construção da casa (materiais usados para paredes, pisos e telhados), presença de eletricidade, abastecimento de água, instalações sanitárias e bens domésticos (televisores e geladeiras, por exemplo). Essa análise é realizada de maneira separada para domicílios urbanos e rurais, considerando diferenças na posse de bens entre esses grupos. Posteriormente, elas são combinadas em um único escore, usando um procedimento de escalonamento para permitir a comparabilidade entre domicílios urbanos e rurais (10). O escore total foi, então, dividido em quintis, sendo o primeiro quintil (Q1) representado pelos primeiros 20% dos domicílios (mais pobres).

A estratificação da área de residência (urbano e rural) foi baseada na definição de cada país. Para escolaridade, foi definido como primária ou secundária a conclusão de qualquer série da respectiva etapa de ensino. Para esta categorização, considerou-se educação formal, também definida pelo país. Como exemplo, pessoas que apenas frequentaram ensino corânico, em países com maior proporção de muçulmanos, foram consideradas como nenhuma escolaridade.

O presente estudo teve foco nos quintis de riqueza e os resultados para área de residência e escolaridade estão apresentados como material suplementar.

Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas no *Stata* versão 15.0 (*College Station, Texas, TX, USA*). Os procedimentos estatísticos foram baseados em porcentagens e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para descrição da amostra.

Para descrever as desigualdades absolutas, foi utilizado a visualização das diferenças entre os grupos por meio de gráficos do tipo *equiplot*

(www.equidade.org/equiplot), que evidenciam as prevalências de tabagismo de acordo com os subgrupos populacionais.

As medidas sumárias de desigualdade variaram de acordo com a natureza do estratificador. Para a variável quintis de riqueza, foram apresentados os valores de *Slope Index of Inequality* (SII) e o *Concentration Index* (CIX) como medidas de desigualdade absoluta e relativa, respectivamente. O SII é um índice que representa a diferença absoluta do tabagismo entre os extremos preditos da distribuição da variável de estratificação ordinal, a partir de uma regressão logística (11). Já o CIX utiliza uma abordagem análoga ao índice de Gini para indicar concentração de tabagismo em algum grupo socioeconômico. Os resultados encontrados para SII e CIX foram multiplicados por 100, variando entre -100 e +100, para facilitar a compreensão dos resultados. O valor zero indica ausência de desigualdade; valores positivos indicam maior uso de tabaco nos grupos socioeconômicos mais favorecidos (mais ricos), enquanto os valores negativos indicam concentração do desfecho nos menos favorecidos (mais pobres) (11).

A variação temporal foi avaliada para o desfecho e para as medidas de desigualdades, utilizando a regressão linear ponderada pelos quadrados mínimos da variância. Essa Variação Anual Média Absoluta (VAMA) com seu respectivo intervalo de confiança indica redução do desfecho ao longo do tempo se valores obtidos são negativos. Para esta análise, foi adotado um nível de significância de 5%.

Aspectos Éticos

Os dados anônimos do DHS e MICS estão disponíveis publicamente e as instituições que organizaram essas pesquisas foram responsáveis pela liberação ética. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes dos inquéritos.

Resultados

A amostra foi composta por 1.596.494 mulheres. A Tabela 1 mostra a estimativa de tabagismo no primeiro e no mais recente inquérito conforme os países selecionados. No primeiro inquérito, Gana (2003) apresentou a menor prevalência de tabagismo (0,2%; IC 95%: 0,1; 0,3), enquanto Nepal (2001) a maior prevalência (28,8%; IC95%: 26,8; 30,9). No inquérito mais recente, Zimbábue (2015) apresentou a menor prevalência (0,2%; IC 95%: 0,1; 0,4) e Madagascar (2018) a maior prevalência (14,8%; IC 95%: 13,8; 15,8). A mediana no primeiro inquérito foi de 3,0 e

no inquérito mais recente foi de 1,8. Em relação à tendência das estimativas nacionais, a maior parte dos países (22) apresentou redução na prevalência de tabagismo, enquanto três países apresentaram aumento (Gana, Indonésia e Senegal) e outros três não apresentaram mudanças significativas (Armênia, Guiné e Jordânia).

As desigualdades nas prevalências de tabagismo estratificadas pelo nível socioeconômico, escolaridade e área de residência estão apresentadas na Figura 1, Figura Suplementar 2 e Figura Suplementar 3, respectivamente. Em relação aos quintis de riqueza, foi observado um padrão que, na maioria dos países (23 de 28 países), as maiores prevalências de tabagismo estão entre as mulheres mais pobres. Armênia, Guiné, Jordânia, Namíbia e Peru tiveram padrão inverso. Visualmente, Nepal apresentou redução importante nas desigualdades em relação à prevalência de tabagismo (Figura 1).

Quanto à desigualdade na educação, as maiores prevalências de tabaco estão entre as mulheres menos escolarizadas em praticamente todos os países. Em alguns países (República Dominicana, Nepal, Filipinas e Ruanda) foi observado importante redução na desigualdade relacionada ao tabagismo entre os inquéritos (Figura Suplementar 2). Quanto à área de residência, na maioria dos países, as prevalências foram maiores na área rural do que na área urbana, exceto na Armênia, Jordânia, Namíbia e Peru (Figura Suplementar 3).

A Tabela 2 apresenta os valores de SII do índice de riqueza no primeiro e no mais recente inquérito selecionado. Nove países apresentaram SII positivo (maior prevalência nas mulheres mais ricas) e 19 países apresentaram SII negativo (maior prevalência nas mulheres mais pobres). No primeiro ano, o Nepal apresentou a maior desigualdade pró-pobres (SII = -34 p.p.; IC 95%: -39.0; -29.1), enquanto o Peru a maior desigualdade pró-ricas (SII = 19 p.p.; IC 95%: 15.2; 23.7). No ano final, Madagascar apresentou a maior desigualdade pró-pobres (SII = -21 p.p.; IC 95%: -24.5; -18.0) enquanto o Peru continuou apresentando a maior desigualdade pró-ricas (SII = 10 p.p.; IC 95%: 7.8; 12.3).

Observando os valores iniciais e finais de SII, 17 dos 28 países analisados apresentaram mudanças significativas na desigualdade absoluta. Em 15 países a desigualdade absoluta diminuiu (Benin, Etiópia, Filipinas, Haiti, Índia, Mali, Namíbia, Nigéria, Peru, Quênia, República Dominicana, Ruanda, Tanzânia, Uganda e Zâmbia) e em dois países a desigualdade mudou de direção (Camboja e Indonésia).

A Tabela 3 apresenta os valores de CIX do índice de riqueza no primeiro e no mais recente inquérito selecionado. Oito países apresentaram CIX positivo (maior prevalência nas mulheres mais ricas) e 20 países apresentaram CIX negativo (maior prevalência nas mulheres mais pobres). No primeiro ano, Benin apresentou a maior desigualdade pró-pobres (CIX = -53.4; IC 95%: -60.5; -46.3) enquanto o Peru a maior desigualdade pró-ricas (CIX = 37.1; IC 95%: 31.3; 42.9). No ano final, a Tanzânia apresentou a maior desigualdade pró-pobres (CIX = -61.9; IC 95%: -74.2; -49.5) enquanto a Armênia apresentou a maior desigualdade pró-ricas (CIX = 39.8; IC 95%: 29.5; 50.1).

Observando os valores iniciais e finais de CIX, 12 países apresentaram mudanças significativas na desigualdade relativa. Em cinco países a desigualdade relativa diminuiu (Benin, Etiópia, Filipinas, República Dominicana e Zâmbia), em outros cinco países, a desigualdade relativa aumentou (Camarões, Madagascar, Malawi, Nigéria e Ruanda) e em dois países a desigualdade mudou de direção (Camboja e Indonésia).

A Tabela 4 apresenta a tendência das prevalências de tabagismo conforme o nível socioeconômico. Sete países não tiveram evidências de mudança na prevalência de tabagismo entre as mais pobres (Armênia, Gana, Guiné, Jordânia, Madagascar, Quênia e Senegal); nas mais ricas ocorreu em 12 países (Armênia, Benin, Etiópia, Filipinas, Gana, Jordânia, Mali, Nigéria, Quênia, Senegal, Tanzânia e Uganda). Nepal apresentou a maior variação anual absoluta entre as mulheres mais pobres com uma redução de -1.7 p.p. (IC 95%: -1.9; -1.5) ao ano na prevalência de tabagismo. Entre as mulheres mais ricas, Namíbia apresentou a maior variação anual absoluta com uma redução de -0.6 p.p. (IC 95%: -0.9; -0.4) ao ano.

No material suplementar, as tabelas 5 e 6 apresentam a tendência das prevalências de acordo com a área de residência e escolaridade, respectivamente. Em relação a área de residência (Tabela 5), Namíbia apresentou a maior redução na área urbana: -0.5 p.p. (IC 95%: -0.7; -0.3) ao ano e Madagascar na área rural: -0.7p.p. (IC 95%: -0.9; -0.5) ao ano. Entre as mulheres sem escolaridade, Lesoto apresentou a redução de: -1.6 p.p. (IC 95%: -2.6; -0.5) ao ano, enquanto entre as mulheres com maior escolaridade, a maior redução foi observada na Namíbia: -0.3 p.p. (IC 95%: -0.4; -0.2) ao ano.

Discussão

Neste estudo foram avaliados dados nacionais representativos de 28 países de baixa e média renda. Identificou-se que a prevalência de tabagismo reduziu em 24 países, enquanto as desigualdades por quintis de riqueza reduziram em 12 países. Ao contrário da maioria dos estudos realizados anteriormente (12,13), foram avaliadas, além da prevalência de tabagismo, a evolução temporal e as desigualdades em três dimensões (nível socioeconômico, área de residência e escolaridade).

Conforme modelo de Lopez et al., a epidemia do tabagismo é constituída por quatro estágios (14). O estágio I é definido como o início da epidemia de tabagismo, podendo durar entre 10 e 20 anos. A prevalência esperada entre mulheres é baixa e não ultrapassa 5%. No estágio II, fumar é um hábito amplamente aceito. A proporção de ex-fumantes é baixa e as atividades de controle de tabaco geralmente não são bem desenvolvidas, com a prevalência entre as mulheres aumentando rapidamente. O estágio III caracteriza-se pelo declínio na prevalência de uso de tabaco entre as mulheres. As pessoas com maior escolaridade aderindo mais às campanhas de promoção de saúde e compreendendo melhor os riscos de ser fumante. No estágio IV, o declínio das prevalências de tabagismo continua, mas começam a aparecer os problemas de saúde relacionados ao comportamento, além do aumento da mortalidade pelo uso de tabaco (14–16). Essa categorização temporal dos estágios da epidemia de tabagismo auxiliou em importantes evidências e embasou políticas públicas efetivas para redução de uso de tabaco em muitos países (14,17). Os achados apontam que a maioria dos países apresentaram declínio na prevalência do tabagismo. Desta forma, ao fazer um paralelo com a teoria proposta, poderíamos imaginar que estes se encontram entre os níveis III e IV. É importante destacar que o monitoramento dos agravos crônicos relacionados ao tabagismo nesses países seja contínuo, de forma a compreender melhor o fenômeno.

No presente estudo, o padrão de desigualdade mais comum foi o maior uso de tabaco entre mulheres mais pobres, menos escolarizadas e que vivem na área rural. Outros estudos também tiveram resultados similares, um deles foi realizado com nove países do sul e sudeste asiático (13), outro no Paquistão (18) e outro avaliando Bangladesh, Índia e Paquistão (19). Uma explicação para os grupos mais vulneráveis serem mais tabagistas pode ser a falta de conscientização sobre os riscos à saúde, falta de acesso à informação e barreiras no acesso aos serviços de cessação do

tabagismo. Visto que, os mais pobres dependem do acesso ao serviço público para medidas de cessação (20).

A Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS) elaborou seis estratégias para reduzir a demanda por produtos de tabaco. Essas medidas são conhecidas como MPOWER (Monitorar o uso de tabaco e as políticas de prevenção; Proteger a população da fumaça do tabaco; Oferecer ajuda para a cessação; Alertar sobre os perigos do tabaco; Fazer cumprir a proibição, promoção e patrocínio do tabaco; Aumentar os impostos sobre o tabaco). Desde 2007, 102 países introduziram uma ou mais medidas MPOWER no mais alto nível de realização. Conforme o último relatório da OMS, 75% de todos os países que, somam mais de 5,3 bilhões de pessoas, têm, pelo menos, uma medida MPOWER em vigor e mais de 4 bilhões dessas pessoas vivem em países de baixa e média renda. 49 países ainda não adotaram uma única medida MPOWER no nível mais alto de realização, sendo que 41 são países de baixa e média renda (21). O Brasil e a Turquia são os únicos países a adotarem todas as medidas MPOWER no nível das melhores políticas públicas antitabagismo (22).

O Peru apresentou um padrão inverso da maioria dos países e isso pode estar ligado ao aumento do poder de compra e aumento da escolaridade em países de média-alta renda quando comparados aos países de renda baixa. Diferente do Brasil e Turquia, o país não adotou alguma das políticas importantes para reduzir e controlar o consumo do tabaco. Não há proibição abrangente de publicidade ao ar livre (como outdoors e cartazes) relacionadas ao tabaco, nem de propagandas em revistas e jornais nacionais (23,24). Esse fato pode acarretar na normalização da imagem feminina ao tabagismo e fomentar o uso por parte desse grupo populacional.

Entre os anos de 2001 e 2019, Nepal apresentou importante redução de prevalência e desigualdade relacionados ao tabagismo, podendo ser considerado um bom exemplo no contexto dos 28 países analisados. Isso pode ser explicado pelas políticas públicas mais incisivas no controle do tabagismo, adotadas no país a partir de 2006. Dentre elas, rótulos com advertências gráficas no maço, aumento de preço e impostos, disponibilidade de terapia de reposição de nicotina e alguns serviços de cessação (20,25). Apesar da implementação dessas ações, um estudo mostrou que a prevalência de tabagismo tem aumentado entre adolescentes do sexo masculino, enquanto diminuiu entre as mulheres da mesma faixa etária, possivelmente ocasionado

pela subnotificação do relato de tabagismo entre meninas (26). Esse fato pode colocar a perder todos os esforços até agora empregados com excelentes resultados.

Alguns países, nominalmente Camarões, Madagascar, Malawi, Nigéria e Ruanda, tiveram aumento da desigualdade relativa, na qual os baixos valores de prevalências tendem a aumentar as medidas relativas. A Indonésia apresentou mudança na direção da desigualdade, aumentando-a entre as mulheres mais pobres. Assim como, a Indonésia permite a publicidade e a promoção de tabaco, estando entre os países com mais propagandas agressivas e inovadoras do mundo (27,28).

Os aspectos culturais de cada país também são pontos fundamentais a serem discutidos. Embora as pessoas saibam que o tabagismo faz mal, muitas não mudam o estilo de vida (29,30). Em países do continente Africano, como Etiópia, Gana e Nigéria, a prevalência de tabagismo é baixa entre as mulheres, podendo estar atribuído ao hábito ser visto como inadequado e pelo sub-relato de tabagismo (20). Por outro lado, os países do continente Asiático têm uma cultura de tabagismo muito forte, sendo considerado como um modo normal de vida e que a maioria dos fumantes não consideram cessar o uso (13). Embora alguns países do Sudeste Asiático tenham políticas antitabagismo baseadas em informação, como alertas sobre os malefícios de fumar nos maços, essa medida pode estar sendo pouco eficaz, visto que metade da população não sabe ler (26,31).

É preciso mencionar algumas limitações deste estudo. Primeiro, o critério utilizado para definir tabagismo atual foi ligeiramente diferente entre os inquéritos. No MICS é possível identificar se o produto foi utilizado no último mês, enquanto na DHS não é questionado quando foi feito o último uso, somente se a mulher se considera usuária de algum produto de tabaco e se usou alguns dias ou todos os dias. Apesar disso, o impacto nos resultados deve ser pequeno, uma vez que apenas quatro de 28 inquéritos tem os dois inquéritos na comparação. Ainda, o autorrelato de comportamentos não aceitos socialmente está sempre sujeito à subnotificação, reduzindo as prevalências estudadas, com possível subdimensionamento de desigualdades.

O presente estudo também apresenta pontos fortes, sendo o principal deles a inclusão de dados de 28 inquéritos com representatividade nacional e com mais de um ponto no tempo. Além disso, a inclusão de mais de uma dimensão de desigualdade contribuiu como ferramenta para compreensão do cenário de desigualdade nos países

de forma mais ampla, auxiliando a identificar grupos vulneráveis e no planejamento de políticas públicas.

Por fim, esses resultados podem contribuir para o monitoramento do uso de tabaco, embasar o direcionamento de políticas públicas de redução e alocação de recursos. Os resultados evidenciaram que alguns países necessitam implantar e implementar políticas de controle do tabagismo mais fortes do que as existentes atualmente.

Referências

1. OPAS. Tabaco [Internet]. 2021 [citado 15 de abril de 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/4968>
2. OPAS. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 16 de abril de 2021]. Folha Informativa: Tabaco. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097
3. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 19 de junho de 2021;397(10292):2337–60.
4. OMS. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. 2019.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestão de alto risco [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. 2022;
6. ONU P. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. *Ambient Sustent*. 2018;25(1):171–90.
7. Abdulrahim S, Jawad M. Socioeconomic differences in smoking in Jordan, Lebanon, Syria, and Palestine: A cross-sectional analysis of national surveys. *PLOS ONE*. 30 de janeiro de 2018;13(1):e0189829.
8. Hancioglu A, Arnold F. Measuring Coverage in MNCH: Tracking Progress in Health for Women and Children Using DHS and MICS Household Surveys. *PLOS Medicine*. 7 de maio de 2013;10(5):e1001391.
9. The World Bank. Renda mundial [Internet]. [citado 25 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil>
10. RUTSTEIN SO. The DHS Wealth Index: Approaches for Rural and Urban Areas [Internet]. 2008 [citado 8 de janeiro de 2023]. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/wp60/wp60.pdf>
11. Barros AJD, Victora CG. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. *PLOS Medicine*. 7 de maio de 2013;10(5):e1001390.
12. Sinha D, Agarwal N, Gupta P. Prevalence of Smokeless Tobacco Use and Number of Users in 121 Countries. *BJMMR*. 10 de janeiro de 2015;9(6):1–20.
13. SREERAMAREDDY CT, PRADHAN PMS, MIR IA, SIN S. Smoking and smokeless tobacco use in nine South and Southeast Asian countries: prevalence estimates and social determinants from Demographic and Health Surveys [Internet].

2014 [citado 22 de março de 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25183954/>

14. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries [Internet]. 1994 [citado 23 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1759359/>

15. Dai X, Gakidou E, Lopez AD. Evolution of the global smoking epidemic over the past half century: strengthening the evidence base for policy action. *Tob Control*. março de 2022;31(2):129–37.

16. EDWARDS R. The problem of tobacco smoking [Internet]. 2004 [citado 23 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/328/7433/217.full>

17. Reis CS dos, Turra CM. A história de tabagismo no Brasil segundo coorte de nascimento, sexo e escolaridade e seus efeitos prováveis sobre a mortalidade adulta futura. 2019;

18. Masud H, Oyebode O. Inequalities in smoking prevalence: a missed opportunity for tobacco control in Pakistan. *J Public Health (Oxf)*. 1º de junho de 2018;40(2):271–8.

19. ZHAO L, MBULO L, TWENTYMAN E, PALIPUDI K, KING BA. Disparities in smokeless tobacco use in Bangladesh, India, and Pakistan: Findings from the Global Adult Tobacco Survey, 2014-2017 [Internet]. 2021 [citado 24 de março de 2023]. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/comments?id=10.1371/journal.pone.0250144>

20. Eriksen MP, Mackay J, Schluger NW, Islami F, Drope J. The tobacco atlas. Fifth edition. Atlanta, Georgia, 30303, USA: Published by the American Cancer Society; 2015.

21. OMS. Relatório da OMS sobre a epidemia mundial do tabaco, 2021: enfrentar os produtos novos e emergentes [WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products]. 2023.

22. Galduróz JC, Tomita N, Bezerra AG. Measures to reduce smoking: Brazil takes the lead. *Braz J Psychiatry*. 11 de maio de 2020;42(4):456–7.

23. Campaign for Tobacco-Free Kids. Peru: Tobacco Control Policies [Internet]. 2021 [citado 29 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/policy-fact-sheets/peru/summary>

24. World Health Organization. Tobacco [Internet]. 2022 [citado 29 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

25. Campaign for Tobacco-Free Kids. Nepal: Tobacco Control Policies [Internet]. 2021 [citado 29 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/policy-fact-sheets/nepal/summary>

26. Shrestha N, Mehata S, Pradhan PMS, Joshi D, Mishra SR. A nationally representative study on socio-demographic and geographic correlates, and trends in tobacco use in Nepal. *Sci Rep.* 25 de fevereiro de 2019;9(1):2682.
27. Campaign for Tobacco-Free Kids. Indonesia: Tobacco Control Policies [Internet]. 2019 [citado 29 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/policy-fact-sheets/indonesia/summary>
28. NICHTER M, PADMAWATI S, DANARDONO M, NG N, PRABANDARI Y, NICHTER M. Reading culture from tobacco advertisements in Indonesia [Internet]. 2008 [citado 8 de abril de 2023]. Disponível em: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/18/2/98?ijkey=3b0ce60e0e20ad2b1b8f4727b0de01d2ecacf3e5&keytype2=tf_ipsecsha
29. Xu X, Liu L, Sharma M, Zhao Y. Smoking-Related Knowledge, Attitudes, Behaviors, Smoking Cessation Idea and Education Level among Young Adult Male Smokers in Chongqing, China. *Int J Environ Res Public Health.* fevereiro de 2015;12(2):2135–49.
30. Følling IS, Solbjør M, Helvik AS. Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice.* 23 de junho de 2015;16(1):73.
31. MISHRA GA, KULKARNI SV, GUPTA SD, SHASTRI SS. Smokeless tobacco use in Urban Indian women: Prevalence and predictors [Internet]. 2015 [citado 1º de maio de 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26681842/>

Tabela 1. Descrição das prevalências de tabagismo entre as mulheres de acordo com os países selecionados

País	Estimativa de tabagismo do ano inicial				Estimativa de tabagismo do ano final				Valor-p*
	Fonte de dados	Ano	N	Prevalência de tabagismo (IC 95%)	Fonte de dados	Ano	N	Prevalência de tabagismo (IC 95%)	
Armênia	DHS	2005	6.566	1,7 (1,3; 2,1)	DHS	2015	6.115	1,3 (0,9; 1,6)	0.065
Benin	DHS	2001	6.211	3,2 (2,3; 4,1)	DHS	2017	15.928	2,3 (1,7; 2,9)	<0.001
Camarões	DHS	2004	10.624	1,9 (1,6; 2,2)	DHS	2018	13.527	0,4 (0,2; 0,5)	<0.001
Camboja	DHS	2000	15.346	10,5 (9,6; 11,4)	DHS	2014	17.576	5,8 (5,1; 6,6)	<0.001
Etiópia	DHS	2005	14.070	1,4 (0,9; 1,9)	DHS	2016	15.683	0,8 (0,4; 1,1)	<0.001
Filipinas	DHS	2003	13.630	7,6 (7,0; 8,1)	DHS	2017	25.074	5,2 (4,6; 5,9)	<0.001
Gana	DHS	2003	5.691	0,2 (0,1; 0,3)	MICS	2017	14.374	0,4 (0,3; 0,6)	0.014
Guinea	DHS	2005	7.954	1,4 (1,0; 1,8)	DHS	2018	10.874	1,1 (0,8; 1,4)	0.095
Haiti	DHS	2000	10.158	4,4 (3,7; 5,2)	DHS	2016	14.371	1,7 (1,4; 2,1)	<0.001
Índia	DHS	2005	124.385	10,8 (10,4; 11,3)	DHS	2015	699.686	6,8 (6,7; 6,9)	<0.001
Indonésia	DHS	2002	29.483	2,1 (1,7; 2,4)	DHS	2017	49.611	2,6 (2,3; 2,8)	<0.001
Jordânia	DHS	2002	6.006	11,8 (10,9; 13,1)	DHS	2017	14.689	12,0 (10,9; 13,1)	0.687
Lesoto	DHS	2004	7.093	15,0 (14,0; 15,9)	MICS	2018	6.453	8,5 (7,6; 9,3)	<0.001
Madagascar	DHS	2008	8.554	21,0 (19,5; 22,4)	MICS	2018	17.161	14,8 (13,8; 15,8)	<0.001
Malawi	DHS	2000	13.217	2,4 (2,1; 2,7)	DHS	2015	24.562	0,5 (0,3; 0,6)	<0.001
Mali	DHS	2006	14.554	2,3 (1,6; 2,9)	DHS	2018	10.519	0,8 (0,6; 1,1)	<0.001
Namíbia	DHS	2000	6.752	10,1 (8,7; 11,5)	DHS	2013	9.170	5,1 (4,4; 5,7)	<0.001
Nepal	DHS	2001	8.726	28,8 (26,8; 30,9)	DHS	2019	12.862	6,1 (5,4; 6,8)	<0.001
Nigéria	DHS	2003	7.611	1,0 (0,8; 1,3)	DHS	2018	41.821	0,3 (0,2; 0,5)	<0.001
Peru	DHS	2005	6.214	8,1 (6,9; 9,3)	DHS	2019	33.289	4,2 (3,6; 4,7)	<0.001
Quênia	DHS	2003	8.195	2,5 (1,9; 3,1)	DHS	2014	14.735	1,4 (1,1; 1,7)	<0.001
República Dominicana	DHS	2002	23.341	8,6 (8,1; 9,1)	MICS	2014	29.200	5,7 (5,2; 6,2)	<0.001
Ruanda	DHS	2000	10.417	8,4 (7,6; 9,1)	DHS	2014	13.494	2,2 (1,9; 2,5)	<0.001
Senegal	DHS	2005	14.590	0,5 (0,3; 0,7)	DHS	2017	16.787	0,7 (0,5; 0,9)	0.023
Tanzânia	DHS	2004	10.329	1,5 (1,1; 1,8)	DHS	2015	13.266	0,5 (0,4; 0,7)	<0.001
Uganda	DHS	2000	7.243	3,3 (2,6; 4,0)	DHS	2016	18.506	1,4 (1,2; 1,6)	<0.001
Zâmbia	DHS	2001	7.656	2,7 (2,2; 3,2)	DHS	2018	13.683	1,8 (1,5; 2,1)	<0.001
Zimbábue	DHS	2005	8.907	0,9 (0,7; 1,2)	DHS	2015	9.955	0,2 (0,1; 0,3)	<0.001

*Prtesti

Figura 1. Desigualdades evidenciadas pelas prevalências de tabagismo entre as mulheres conforme o nível socioeconômico.

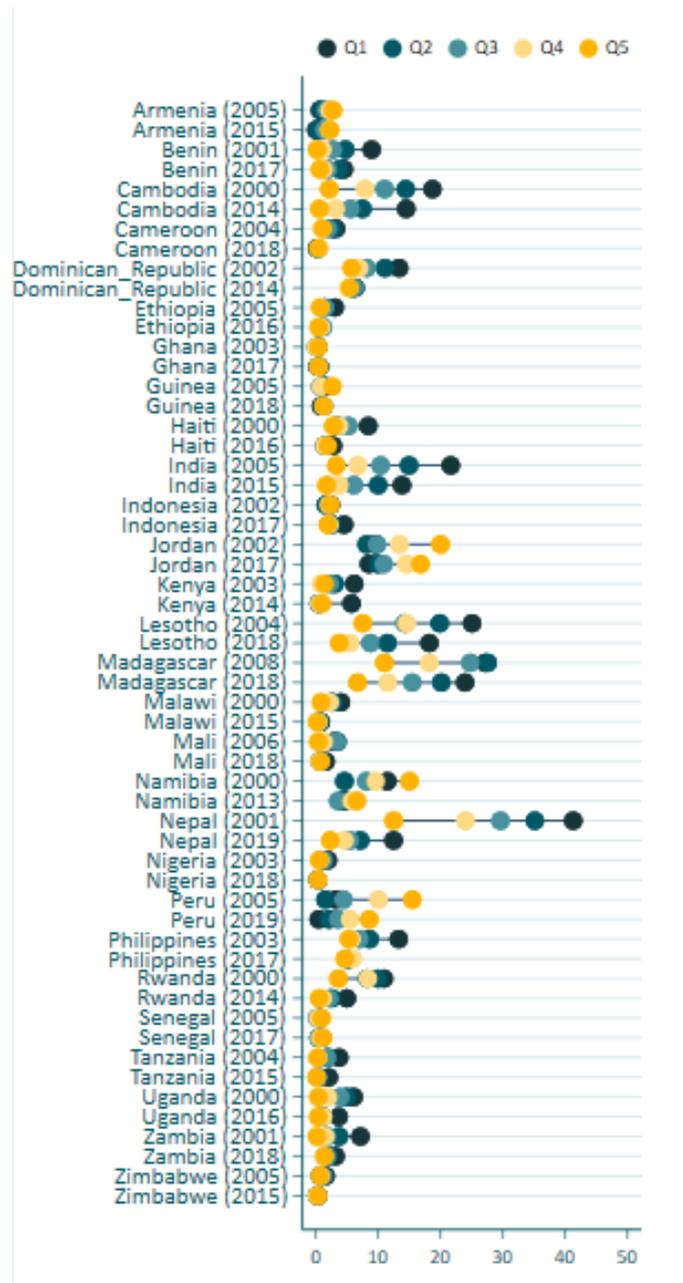


Tabela 2. Estimativa de SII do índice de riqueza no primeiro e no mais recente inquérito selecionado.

País	SII no ano inicial			SII no ano final			Valor-p
	SII	IC 95%		SII	IC 95%		
Armênia	2.5	1.0	4.1	3.1	1.8	4.3	0.607
Benin	-11.1	-15.6	-6.5	-5.1	-7.1	-3.1	0.006
Camarões	-3.0	-4.1	-1.8	0.2	-0.3	0.6	<0.001
Camboja	-21.2	-24.2	-18.1	-17.3	-20.7	-14.0	0.097
Etiópia	-2.5	-4.3	-0.7	-0.5	-1.2	0.3	0.033
Filipinas	-9.0	-10.7	-7.2	-0.3	-2.2	1.5	<0.001
Gana	0.1	-0.4	0.6	0.1	-0.4	0.6	0.986
Guinea	1.0	-0.7	2.7	0.4	-0.6	1.4	0.563
Haiti	-5.0	-7.4	-2.6	-0.5	-1.5	0.6	<0.001
Índia	-22.5	-24.2	-20.8	-14.9	-15.4	-14.4	<0.001
Indonésia	0.2	-0.8	1.2	-2.6	-3.5	-1.7	<0.001
Jordânia	12.0	7.3	16.7	9.9	6.6	13.1	0.479
Lesoto	-19.7	-23.2	-16.1	-16.4	-19.5	-13.3	0.180
Madagascar	-21.7	-26.8	-16.7	-21.2	-24.5	-18.0	0.857
Malawi	-3.5	-4.7	-2.3	-0.7	-1.1	-0.3	<0.001
Mali	-3.4	-5.3	-1.6	-0.7	-1.6	0.2	0.022
Namíbia	7.9	0.2	15.7	3.0	0.8	5.3	0.183
Nepal	-34.1	-39.0	-29.1	-11.3	-13.8	-8.9	<0.001
Nigéria	-1.5	-2.8	-0.3	0.0	-0.4	0.3	0.004
Peru	19.4	15.2	23.7	10.1	7.8	12.3	0.001
Quênia	-5.4	-8.2	-2.6	-3.5	-5.0	-2.0	0.193
República Dominicana	-9.0	-10.5	-6.6	-1.1	-2.7	0.5	<0.001
Ruanda	-9.4	-11.8	-7.0	-5.2	-6.6	-3.9	0.002
Senegal	0.3	-0.6	1.3	0.5	-0.4	1.3	0.825
Tanzânia	-4.2	-5.7	-2.6	-1.9	-2.7	-1.2	0.005
Uganda	-7.5	-10.2	-4.8	-3.2	-4.5	-2.0	0.001
Zâmbia	-8.4	-11.8	-5.0	-2.0	-3.1	-0.8	<0.001
Zimbábue	0.1	-1.2	1.3	0.1	-0.3	0.5	0.961

Tabela 3. Estimativa de CIX do índice de riqueza no primeiro e no mais recente inquérito selecionado.

País	CIX no ano inicial			CIX no ano final			Valor-p
	CIX	IC 95%		CIX	IC 95%		
Armênia	27.4	10.9	43.9	39.8	29.5	50.1	0.219
Benin	-53.4	-60.5	-46.3	-36.3	-45.7	-27.0	0.032
Camarões	-25.7	-34.4	-17.0	9.0	-10.0	27.9	0.003
Camboja	-32.5	-35.7	-29.2	-45.2	-50.0	-40.4	<0.001
Etiópia	-31.3	-45.9	-16.7	-10.0	-23.7	3.7	0.037
Filipinas	-18.7	-22.9	-14.4	-1.4	-7.0	4.3	<0.001
Gana	6.5	-40.5	53.4	1.7	-17.0	20.4	0.824
Guinea	10.7	-6.1	27.4	4.7	-9.5	18.9	0.594
Haiti	-20.0	-28.0	-12.1	-7.1	-17.1	3.0	0.064
Índia	-34.2	-36.0	-32.5	-36.5	-37.5	-35.5	0.075
Indonésia	0.3	-7.5	8.1	-16.8	-22.0	-11.5	0.000
Jordânia	17.8	11.6	24.0	15.2	10.7	19.6	0.517
Lesoto	-22.4	-26.4	-18.3	-31.9	-37.4	-26.3	0.006
Madagascar	-17.6	-21.1	-14.1	-25.2	-28.6	-21.8	0.006
Malawi	-24.3	-31.2	-17.4	-27.9	-38.5	-17.2	0.651
Mali	-25.4	-34.5	-16.3	-14.8	-32.5	2.9	0.262
Namíbia	12.8	0.8	24.9	9.3	2.3	16.3	0.600
Nepal	-20.0	-22.6	-17.4	-31.1	-36.4	-25.9	0.002
Nigéria	-25.8	-42.1	-9.6	-3.2	-19.3	12.9	0.249
Peru	37.1	31.3	42.9	37.9	32.7	43.0	0.899
Quênia	-36.3	-47.5	-25.1	-46.1	-63.9	-28.3	0.447
República Dominicana	-17.6	-21.2	-14.1	-3.2	-7.9	1.6	<0.001
Ruanda	-18.8	-22.8	-14.8	-39.8	-46.4	-33.1	<0.001
Senegal	12.3	-19.1	43.8	10.6	-6.7	27.9	0.921
Tanzânia	-47.5	-57.4	-37.7	-61.9	-74.2	-49.5	0.089
Uganda	-38.7	-45.8	-31.5	-42.1	-52.0	-32.1	0.689
Zâmbia	-49.3	-59.6	-39.0	-18.0	-28.0	-7.9	<0.001
Zimbábue	-0.9	-17.8	15.9	9.2	-20.8	39.2	0.627

Tabela 4. Tendência das prevalências de tabagismo conforme nível socioeconômico.

País	Quartil 1 (mais pobres)			Quartil 2			Quartil 3			Quartil 4			Quartil 5 (mais ricos)		
	Variação anual absoluta	IC 95%	Valor-p	Variação anual absoluta	IC 95%	Valor-p	Variação anual absoluta	IC 95%	Valor-p	Variação anual absoluta	IC 95%	Valor-p	Variação anual absoluta	IC 95%	Valor-p
Armênia	-0.048	-0.096; -0.0003	0.049	-0.058	-0.122; 0.006	0.074	-0.029	-0.165; 0.108	0.682	-0.001	-0.133; 0.131	0.989	-0.045	-0.195; 0.106	0.562
Benin	-0.255	-0.411; -0.099	0.001	-0.059	-0.158; 0.040	0.246	-0.077	-0.135; -0.019	0.009	-0.026	-0.062; 0.010	0.162	-0.003	-0.019; 0.013	0.719
Camarões	-0.209	-0.271; -0.147	<0.001	-0.196	-0.248; -0.145	<0.001	-0.113	-0.160; -0.067	<0.001	-0.022	-0.057; 0.013	0.224	-0.059	-0.095; -0.025	0.001
Camboja	-0.364	-0.58; -0.147	0.001	-0.545	-0.681; -0.409	<0.001	-0.429	-0.549; -0.308	<0.001	-0.350	-0.458; -0.243	<0.001	-0.117	-0.155; -0.079	<0.001
Etiópia	-0.165	-0.284; -0.045	0.007	-0.051	-0.176; 0.073	0.419	-0.037	-0.124; 0.051	0.413	-0.012	-0.071; 0.048	0.706	-0.027	-0.066; 0.012	0.179
Filipinas	-0.444	-0.567; -0.320	<0.001	-0.234	-0.335; -0.132	<0.001	-0.089	-0.191; 0.013	0.086	-0.016	-0.130; 0.098	0.781	-0.019	-0.119; 0.079	0.696
Gana	-0.006	-0.026; 0.013	0.527	0.011	-0.010; 0.033	0.307	0.014	-0.040; 0.069	0.606	0.011	-0.026; 0.048	0.551	-0.018	-0.045; 0.009	0.183
Guinea	-0.051	-0.113; 0.012	0.111	-0.014	-0.073; 0.045	0.643	0.008	-0.039; 0.054	0.753	-0.007	-0.051; 0.038	0.768	-0.129	-0.248; -0.011	0.033
Haiti	-0.411	-0.519; -0.304	<0.001	-0.291	-0.374; -0.208	<0.001	-0.278	-0.379; -0.178	<0.001	-0.144	-0.202; -0.085	<0.001	-0.099	-0.176; -0.023	0.011
Índia	-0.783	-0.922; -0.645	<0.001	-0.496	-0.590; -0.401	<0.001	-0.428	-0.494; -0.362	<0.001	-0.295	-0.350; -0.241	<0.001	-0.154	-0.192; -0.116	<0.001
Indonésia	0.162	0.102; 0.221	<0.001	0.063	0.020; 0.106	0.004	-0.013	-0.064; 0.037	0.609	-0.005	-0.057; 0.047	0.843	-0.046	-0.090; -0.003	0.037
Jordânia	-0.037	-0.203; 0.129	0.665	0.186	0.021; 0.351	0.027	0.105	-0.073; 0.283	0.248	0.114	-0.116; 0.344	0.330	-0.256	-0.555; 0.043	0.094
Lesoto	-0.528	-0.773; -0.284	<0.001	-0.583	-0.764; -0.401	<0.001	-0.463	-0.655; -0.270	<0.001	-0.527	-0.697; -0.358	<0.001	-0.129	-0.248; -0.011	0.032
Madagascar	-0.326	-0.708; 0.056	0.094	-0.744	-1.130; -0.359	<0.001	-0.932	-1.297; -0.567	<0.001	-0.668	-0.965; -0.372	<0.001	-0.431	-0.693; -0.169	0.001
Malawi	-0.229	-0.278; -0.179	<0.001	-0.146	-0.189; -0.103	<0.001	-0.153	-0.193; -0.114	<0.001	-0.112	-0.146; -0.077	<0.001	-0.035	-0.058; -0.013	0.002
Mali	-0.108	-0.208; -0.009	0.033	-0.176	-0.261; -0.090	<0.001	-0.165	-0.261; -0.068	0.001	-0.062	-0.118; -0.005	0.033	-0.008	-0.048; 0.031	0.676
Namíbia	-0.442	-0.666; -0.217	<0.001	-0.050	-0.198; 0.098	0.505	-0.374	-0.517; -0.232	<0.001	-0.326	-0.502; -0.150	<0.001	-0.639	-0.888; -0.389	<0.001
Nepal	-1.679	-1.854; -1.506	<0.001	-1.436	-1.612; -1.261	<0.001	-1.223	-1.364; -1.082	<0.001	-0.925	-1.049; -0.801	<0.001	-0.481	-0.574; -0.388	<0.001
Nigéria	-0.059	-0.093; -0.024	0.001	-0.045	-0.075; -0.015	0.003	-0.050	-0.074; -0.026	<0.001	-0.019	-0.043; 0.006	0.134	-0.004	-0.018; 0.010	0.587
Peru	-0.069	-0.093; -0.046	<0.001	0.019	-0.019; 0.057	0.344	-0.027	-0.087; 0.033	0.376	-0.114	-0.208; -0.019	0.018	-0.555	-0.683; -0.427	<0.001
Quênia	-0.032	-0.253; 0.189	0.774	-0.162	-0.243; -0.082	<0.001	-0.069	-0.143; 0.006	0.071	-0.025	-0.080; 0.029	0.370	-0.045	-0.109; 0.019	0.176
República Dominicana	-0.582	-0.705; -0.458	<0.001	-0.047	-0.589; -0.36	<0.001	-0.255	-0.371; -0.158	<0.001	-0.158	-0.257; -0.058	0.002	-0.111	-0.22; -0.003	0.044
Ruanda	-0.352	-0.465; -0.239	<0.001	-0.488	-0.599; -0.377	<0.001	-0.388	-0.482; -0.294	<0.001	-0.391	-0.471; -0.311	<0.001	-0.151	-0.192; -0.109	<0.001
Senegal	0.019	-0.021; 0.061	0.343	-0.005	-0.037; 0.026	0.732	0.019	-0.003; 0.040	0.094	0.023	-0.019; 0.065	0.293	0.046	-0.028; 0.121	0.224
Tanzânia	-0.163	-0.292; -0.033	0.014	-0.153	-0.226; -0.079	<0.001	-0.156	-0.230; -0.082	<0.001	-0.019	-0.043; 0.005	0.125	-0.023	-0.051; 0.005	0.103
Uganda	-0.214	-0.334; -0.095	<0.001	-0.232	-0.319; -0.143	<0.001	-0.183	-0.249; -0.117	<0.001	-0.062	-0.124; 0.001	0.053	-0.003	-0.021; 0.014	0.708
Zâmbia	-0.115	-0.215; -0.014	0.025	-0.112	-0.179; -0.044	0.001	-0.008	-0.058; 0.041	0.739	0.010	-0.038; 0.059	0.678	0.074	0.045; 0.103	<0.001
Zimbábue	-0.085	-0.124; 0.046	<0.001	-0.066	-0.094; -0.038	<0.001	-0.033	-0.069; 0.003	0.071	-0.058	-0.086; -0.031	<0.001	-0.040	-0.077; 0.003	0.032

Material Suplementar

Figura suplementar 2. Desigualdades evidenciadas pelas prevalências de tabagismo entre as mulheres conforme a escolaridade.

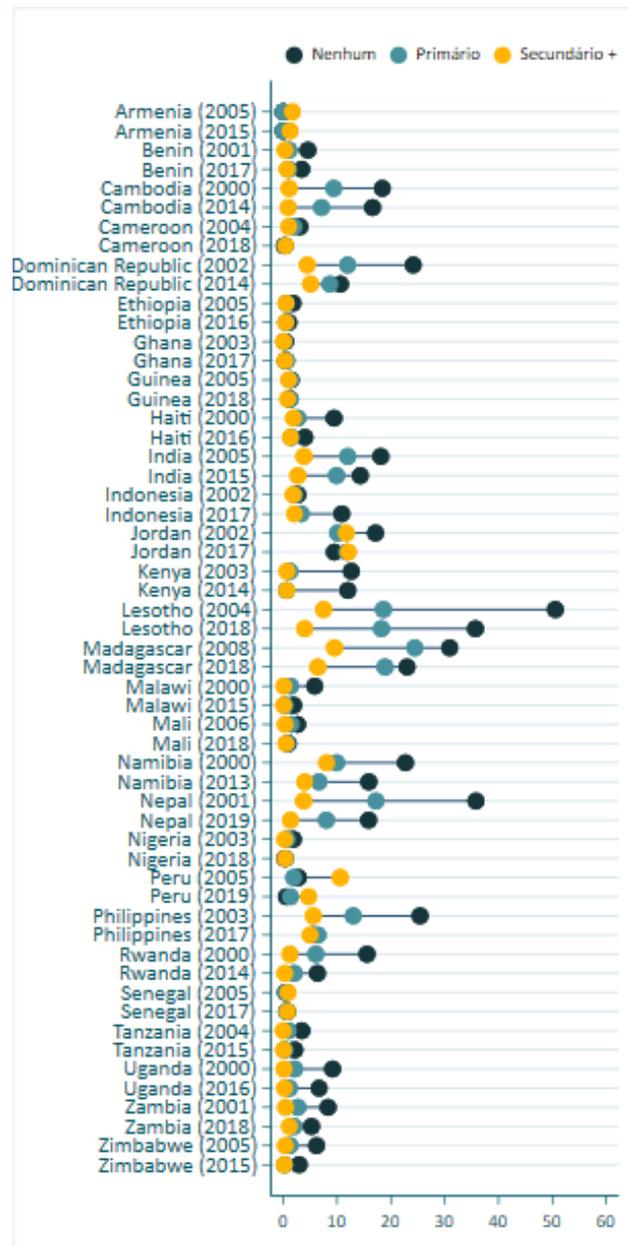


Figura suplementar 3. Desigualdades evidenciadas pelas prevalências de tabagismo entre as mulheres conforme a área de residência.

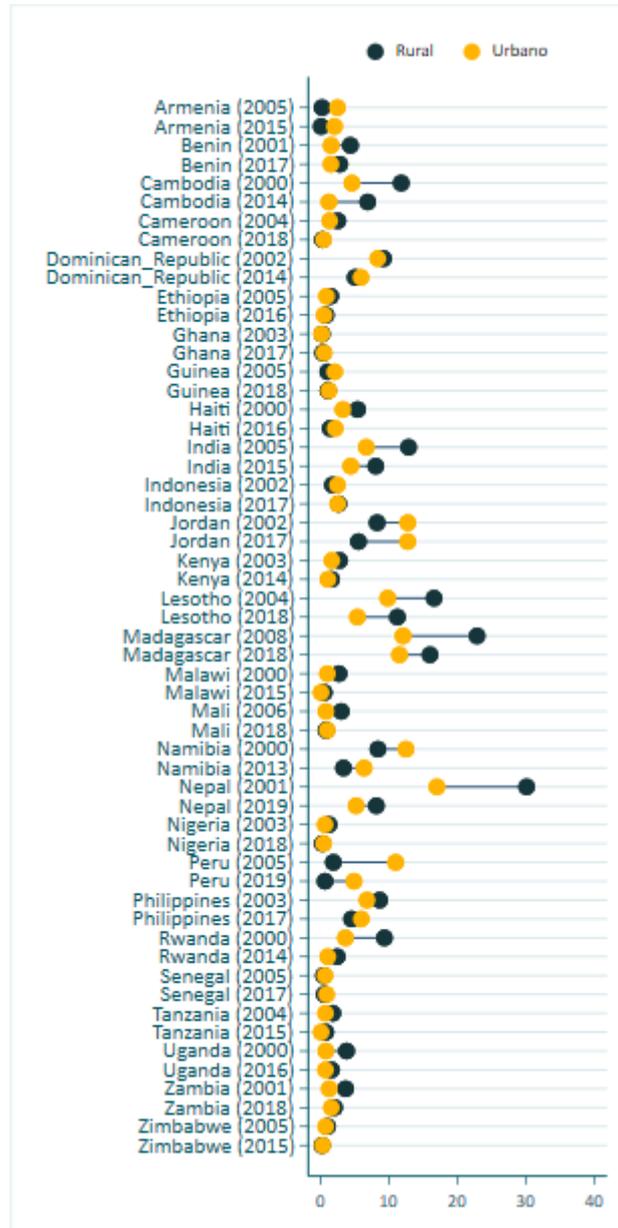


Tabela suplementar 5. Tendência das prevalências de tabagismo conforme área de residência.

País	Urbano				Rural			
	Variação anual absoluta	IC 95%		Valor-p	Variação anual absoluta	IC 95%		Valor-p
Armênia	-0.044	-0.131	0.043	0.320	-0.013	-0.037	0.011	0.286
Benin	-0.025	-0.087	0.036	0.418	-0.109	-0.178	-0.040	0.002
Camarões	-0.067	-0.093	-0.041	<0.001	-0.170	-0.206	-0.134	<0.001
Camboja	-0.248	-0.314	-0.182	<0.001	-0.381	-0.474	-0.288	<0.001
Etiópia	-0.034	-0.094	0.026	0.272	-0.049	-0.112	0.014	0.127
Filipinas	-0.017	-0.098	0.063	0.673	-0.229	-0.299	-0.159	<0.001
Gana	0.020	0.002	0.039	0.033	0.012	-0.004	0.028	0.139
Guinea	-0.091	-0.172	-0.010	0.027	-0.007	-0.044	0.030	0.725
Haiti	-0.081	-0.141	-0.022	0.008	-0.305	-0.36	-0.249	<0.001
Índia	-0.227	-0.289	-0.165	<0.001	-0.480	-0.544	-0.416	<0.001
Indonésia	-0.020	-0.059	0.018	0.303	0.065	0.033	0.096	<0.001
Jordânia	0.030	-0.096	0.155	0.643	-0.142	-0.265	-0.019	0.023
Lesoto	-0.181	-0.323	-0.038	0.013	-0.435	-0.538	-0.332	<0.001
Madagascar	-0.050	-0.299	0.198	0.692	-0.686	-0.891	-0.482	<0.001
Malawi	-0.070	-0.097	-0.043	<0.001	-0.149	-0.170	-0.127	<0.001
Mali	-0.014	-0.062	0.034	0.573	-0.139	-0.201	-0.077	<0.001
Namíbia	-0.477	-0.646	-0.309	<0.001	-0.426	-0.536	-0.315	<0.001
Nepal	-0.412	-0.527	-0.298	<0.001	-1.204	-1.320	-1.089	<0.001
Nigéria	-0.006	-0.025	0.012	0.499	-0.057	-0.074	-0.039	<0.001
Peru	-0.323	-0.380	-0.266	<0.001	-0.070	-0.091	-0.049	<0.001
Quênia	-0.048	-0.120	0.025	0.197	-0.093	-0.167	-0.020	0.013
República Dominicana	-0.222	-0.288	-0.156	<0.001	-0.405	-0.492	-0.318	<0.001
Ruanda	-0.141	-0.193	-0.089	<0.001	-0.413	-0.468	-0.358	<0.001
Senegal	0.026	-0.022	0.074	0.286	0.009	-0.010	0.029	0.341
Tanzânia	-0.057	-0.094	-0.019	0.003	-0.104	-0.147	-0.060	<0.001
Uganda	-0.003	-0.034	0.027	0.829	-0.173	-0.221	-0.125	<0.001
Zâmbia	0.045	0.009	0.081	0.015	-0.081	-0.128	-0.034	0.001
Zimbábue	-0.044	-0.070	-0.015	0.003	-0.063	-0.084	-0.043	<0.001

Tabela suplementar 6. Tendência das prevalências de tabagismo conforme escolaridade.

País	Nenhum			Primário			Secundário +					
	Variação anual absoluta	IC 95%	Valor-p	Variação anual absoluta	IC 95%	Valor-p	Variação anual absoluta	IC 95%	Valor-p			
Armênia	-	-	-	-	-	-	-0.042	-0.097	0.012	0.130		
Benin	-0.095	-0.167	-0.022	0.010	-0.027	-0.063	0.009	0.151	0.009	-0.016	0.034	0.470
Camarões	-0.217	-0.269	-0.164	<0.001	-0.123	-0.157	-0.088	<0.001	-0.046	-0.071	-0.020	<0.001
Camboja	-0.651	-0.285	0.154	0.561	-0.206	-0.296	-0.117	<0.001	-0.024	-0.061	0.012	0.194
Etiópia	-0.053	-0.126	0.020	0.156	-0.003	-0.051	0.045	0.903	-0.006	-0.049	0.038	0.802
Filipinas	-1.439	-1.877	-1.001	<0.001	-0.375	-0.492	-0.257	<0.001	-0.023	-0.080	0.034	0.438
Gana	0.009	-0.018	0.036	0.516	0.021	-0.016	0.058	0.261	0.012	-0.0004	0.024	0.059
Guinea	-0.034	-0.079	0.011	0.136	-0.037	-0.112	0.038	0.330	-0.020	-0.088	0.049	0.571
Haiti	-0.362	-0.473	-0.25	<0.001	-0.116	-0.177	-0.054	<0.001	-0.053	-0.099	-0.006	0.026
Índia	-0.381	-0.467	-0.294	<0.001	-0.208	-0.292	-0.124	<0.001	-0.112	-0.141	-0.083	<0.001
Indonésia	0.593	0.384	0.802	<0.001	0.072	0.035	0.109	<0.001	-0.002	-0.034	0.031	0.926
Jordânia	-0.522	-0.894	-0.149	0.006	0.214	-0.046	0.474	0.106	0.059	-0.060	0.179	0.328
Lesoto	-1.547	-2.624	-0.471	0.005	-0.180	-0.329	-0.032	0.017	-0.142	-0.221	-0.063	<0.001
Madagascar	-0.793	-1.157	-0.428	<0.001	-0.552	-0.792	-0.311	<0.001	-0.308	-0.469	-0.147	<0.001
Malawi	-0.282	-0.345	-0.218	<0.001	-0.075	-0.093	-0.057	<0.001	-0.008	-0.022	0.005	0.235
Mali	-0.122	-0.181	-0.063	<0.001	-0.046	-0.120	0.028	0.225	0.001	-0.037	0.038	0.981
Namíbia	-0.615	-1.043	-0.187	0.005	-0.273	-0.433	-0.114	0.001	-0.313	-0.423	-0.202	<0.001
Nepal	-1.214	-1.360	-1.068	<0.001	-0.420	-0.564	-0.277	<0.001	-0.042	-0.082	-0.001	0.043
Nigéria	-0.081	-0.107	-0.055	<0.001	-0.021	-0.049	0.006	0.128	-0.0001	-0.011	0.011	0.989
Peru	-0.074	-0.129	-0.020	0.008	-0.083	-0.122	-0.044	<0.001	-0.321	-0.376	-0.266	<0.001
Quênia	-0.061	-0.409	0.287	0.731	-0.045	-0.085	-0.005	0.029	-0.007	-0.048	0.034	0.735
República Dominicana	-1.172	-1.503	-0.841	<0.001	-0.327	-0.439	-0.216	<0.001	0.013	-0.047	0.072	0.671
Ruanda	-0.574	-0.711	-0.436	<0.001	-0.208	-0.257	-0.158	<0.001	-0.065	-0.108	-0.023	0.002
Senegal	0.025	0.002	0.049	0.034	0.023	-0.026	0.073	0.362	0.016	-0.043	0.075	0.590
Tanzânia	-0.125	-0.243	-0.007	0.038	-0.067	-0.094	-0.039	<0.001	0.004	-0.004	0.011	0.340
Uganda	-0.177	-0.329	-0.024	0.023	-0.080	-0.121	-0.04	<0.001	0.006	-0.005	0.016	0.319
Zâmbia	-0.188	-0.351	-0.024	0.024	-0.028	-0.063	0.008	0.123	0.043	0.019	0.067	0.001
Zimbábue	-0.286	-0.467	-0.105	0.002	-0.065	-0.093	-0.037	<0.001	-0.017	-0.035	0.006	0.059

COMUNICADO À IMPRENSA

Estudo avaliou tabagismo entre mulheres: tendências e desigualdades em países de baixa-média renda

Uma pesquisa realizada com dados nacionais de 28 países de baixa e média renda mostrou que em quase todos os países o uso de tabaco entre mulheres foi maior em mulheres mais pobres, menos escolarizadas e que vivem na área rural.

“A pesquisa mediu as mudanças ao longo do tempo nas prevalências e desigualdades sociais no tabagismo, explica a enfermeira Indiara da Silva Viegas, autora da pesquisa desenvolvida em trabalho de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel, sob orientação dos docentes Fernando Wehrmeister, Andrea Wendt e Cauane Blumenberg.

Os dados mais recentes de cada país mostraram que a prevalência de tabagismo variou de 0,2% em Zimbábue a 14,8% em Madagascar. Em relação às mudanças ao longo do tempo, o tabagismo diminuiu em 24 países. Por outro lado, quando se observou as desigualdades sociais no tabagismo, apenas em 12 países tiveram redução nessas diferenças entre as mulheres mais pobres e mais ricas.

Alguns países apresentaram padrões de desigualdade diferente da maioria. Por exemplo, na Armênia, Guiné, Jordânia, Namíbia e Peru o tabagismo foi mais comum entre as mulheres mais ricas. Ainda, na Armênia, Jordânia, Namíbia e Peru o tabagismo foi mais comum entre as mulheres residentes da zona urbana ao contrário dos demais países onde o uso de tabaco foi mais comum na zona rural.

Dos 28 países estudados, o Nepal destacou-se pela maior redução tanto na prevalência de tabagismo quanto nas desigualdades.

O estudo mostrou resultados relevantes, visto que apresenta dados com representatividade nacional de 28 países além de contabilizar as mudanças ao longo do tempo. Os resultados apontados fornecem características importantes a respeito do tabagismo entre as mulheres e possibilitam o monitoramento do uso de tabaco ao longo de anos nos países selecionados. Além disso, o estudo destaca o cenário de desigualdade, identificando os grupos vulneráveis e consequentemente auxiliando no planejamento de políticas públicas de redução focadas em grupos específicos.

ANEXOS

ANEXO A: Questões do inquérito MICS utilizadas nesta pesquisa.



TOBACCO AND ALCOHOL USE MODULE

The purpose of this module is to collect information on the use of tobacco and alcohol. The module includes 5 questions on cigarette smoking (TA1-TA5), 4 questions on use of smoked tobacco products (TA6-TA9), 4 questions on the use of smokeless tobacco products (TA10-TA13), and 4 questions on alcohol use (TA14-TA17). The module is administered to all women, age 15-49 years.

The questions will help to understand:

- ever and current use of cigarettes and the age at which cigarette smoking first started
- ever and current use of smoked and smokeless tobacco products
- the intensity of use, of cigarettes, and smoked and smokeless tobacco products
- ever and current use of alcohol, and intensity of use

Electronic cigarettes, also known as e-cigarettes or vapour cigarettes, are battery-operated devices that resemble traditional cigarettes. However, instead of burning tobacco, they generally contain cartridges filled with nicotine and other chemicals. When the e-cigarette is used, the liquid chemicals in the cartridge are turned into a vapour or steam that is inhaled by the smoker. If mentioned, e-cigarettes should be included in the other response category of question TA12.

TA1. Have you ever tried cigarette smoking, even one or two puffs?

Record '1' if 'Yes', and continue to the next question. If 'No', record '2' and skip to TA6. Note that one or two puffs at any time in the past will be sufficient for a "Yes" answer in this question. Note that this question is only on cigarettes, and does not include other smoked or smokeless tobacco products. If the respondent has only had tobacco products other than cigarettes, record '2'.

This question is asked by reference to one or two puffs as an introductory question to ensure that we do not miss out on former users.

TA2. How old were you when you smoked a whole cigarette for the first time?

Write the age at which the respondent first smoked a whole cigarette. If the respondent says she has never smoked a whole cigarette in her life, then record '00' and skip to TA6.

Note that this question is no longer about smoking one or two puffs from a cigarette, but is about smoking a whole cigarette.

It is possible that someone who has tried cigarette smoking with one or two puffs (TA1='1') will respond with a 'Never smoked a whole cigarette' to this question.

TA3. Do you currently smoke cigarettes?

Here you will ask the respondent whether she is currently smoking cigarettes. The intention is to capture those who smoke on a daily basis, as well as those who smoke occasionally, and those who smoke infrequently. Whether the respondent regards herself as currently smoking or not will determine the response to this question. Do not indicate to the respondent that you

are asking the question to see if she smokes regularly or occasionally, as this type of information is collected in the next two questions.

Record '1' if 'Yes', and continue to the next question. If 'No', record '2' and skip to TA6.

TA4. In the last 24 hours, how many cigarettes did you smoke?

Record the total number of cigarettes smoked by the respondent during the last 24 hours. Here, if need be, explain to the respondent that we are interested in knowing the consumption of at least one whole cigarette.

If a range is given, record the minimum number of cigarettes smoked. For example, after probing, if a woman still says that she smoked 10-15 cigarettes, record '10'. If the respondent did not smoke any cigarettes during the last 24 hours, write "00".

TA5. During the last one month, on how many days did you smoke cigarettes?

Record the total number of days on which the respondent smoked cigarettes during the last one month. Again, smoking cigarettes refers to smoking a whole cigarette, rather than a few puffs. If the answer given is less than 10 days, record the number of days. If the respondent says she smoked "everyday" or "almost every day", record "30". If the response is '10 days or more but less than a month', record "10".

TA6. Have you ever tried any smoked tobacco products other than cigarettes, such as cigars, water pipe, cigarillos or pipe?

Record '1' if 'Yes', and continue to the next question. If 'No', record '2' and skip to TA10. Note that the questions refer to "having tried" any of the mentioned smoked tobacco products, without any reference to frequency of use or when the product was used. This information is collected in the next few questions.

TA7. During the last one month, did you use any smoked tobacco products?

Similar to TA6, this question, as well as TA8 and TA9, must not include use of cigarettes as this has already been asked and answered. Record '1' if 'Yes', and continue to the next question. If 'No', record '2' and skip to TA10. "Use" will be dependent on the respondent's perception.

TA8. What type of smoked tobacco product did you use or smoke during the last one month?

Record the codes for the tobacco products smoked by the respondent during the last one month. Give the respondent the chance to tell you all types of smoked tobacco products she may have used or smoked. Do not rush to the next question. Pause and let the respondent mention all products that she may have used.

TA9. During the last one month, on how many days did you use (names of products mentioned in TA8)?

Record the total number of days the respondent smoked tobacco products during the last one month. If the answer refers to a period less than 10 days, record the number of days. If the

respondent says she has been using smoked tobacco products “everyday” or “almost every day”, record “30”. If the response is ‘10 days or more but less than a month’, record “10”.

TA10. Have you ever tried any form of smokeless tobacco products, such as chewing tobacco, snuff, or dip?

This time we are interested with ever use of smokeless tobacco products. Record ‘1’ if ‘Yes’, and continue to the next question. If ‘No’, record ‘2’ and skip to TA14.

Note that the question refers to “having tried” any of the mentioned smokeless tobacco products, without any reference to frequency of use or when the product was used. This information is collected in the next few questions.

TA11. During the last one month, did you use any smokeless tobacco products?

Record ‘1’ if ‘Yes’, and continue to the next question. If ‘No’, record ‘2’ and skip to TA14. “Use” is dependent on the respondent’s perception.

TA12. What type of smokeless tobacco product did you use during the last one month?

Record the codes for the smokeless tobacco products used by the respondent during the last one month. Give the respondent the chance to tell you all types of smokeless tobacco products she may have used. Do not rush to the next question. Pause and let the respondent mention all products that she may have used.

TA13. During the last one month, on how many days did you use (names of products mentioned in TA12)?

Record the total number of days the respondent used smokeless tobacco products during the last one month. If the answer refers to a period less than 10 days, record the number of days. If the respondent says she has been using smoked tobacco products “everyday” or “almost every day”, record “30”. If the response is ‘10 days or more but less than a month’, record “10”.

The final four questions of the module are on alcohol consumption.

TA14. Now I would like to ask you some questions about drinking alcohol. Have you ever drunk alcohol?

Record ‘1’ if ‘Yes’, and continue to the next question. If ‘No’, record ‘2’ and skip to the next module.

TA15. We count one drink of alcohol as one can or bottle of beer, one glass of wine, or one shot of cognac, vodka, whiskey or rum. How old were you when you had your first drink of alcohol, other than a few sips?

Make sure that the respondent understands what we mean by one drink of alcohol. Otherwise, we may be capturing those cases when the respondent may have taken just a few sips very early on, which is not the intention of this question. We are looking for the consumption of at least one drink, as described in the question.

