



Artigo Original

Prevalência de tabagismo e fatores sociodemográficos associados em idosos da Atenção Primária de Saúde

Ana Clara Silva de Jesus¹, Luis Gustavo Raposo dos Santos², Guilherme José Silva Ribeiro³, André de Araújo Pinto⁴.

¹ Universidade Estadual de Roraima, Centro de Ciências da Saúde, Boa Vista, Brasil, <https://orcid.org/0009-0007-9192-6667>

² Universidade Estadual de Roraima, Centro de Ciências da Saúde, Boa Vista, Brasil, <https://orcid.org/0009-0005-8567-6919>

³ Universidade Federal de Viçosa, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, Viçosa, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-7360-1785>

⁴ Universidade Estadual de Roraima, Centro de Ciências da Saúde, Boa Vista, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-7931-3987>

Información del artículo

Recibido: 13-12-2024

Aceptado: 17-10-2025

DOI: 10.15517/74n1qj39

Correspondencia

André de Araújo Pinto

Universidade Estadual de Roraima

andre.pinto@uerr.edu.br

RESUMO

Introdução: O aumento da população idosa, embora positivo, intensifica desafios relacionados às doenças crônicas, incluindo o tabagismo, cujos estudos ainda são limitados.

Objetivo: Estimar a prevalência de tabagismo em idosos e verificar sua associação com os fatores sociodemográficos.

Método: Estudo transversal realizado com 1.322 idosos atendidos na atenção básica de todo o estado de Roraima, Brasil. O consumo de tabaco foi avaliado pelos profissionais de saúde. As variáveis sociodemográficas disponíveis foram sexo, idade, cor da pele, escolaridade e local de residência. Utilizando regressão logística, foram calculadas as Odds Ratio (OR) para as possíveis associações.

Resultados: A prevalência de tabagismo foi de 11,6% e divergiu significativamente entre os grupos sociodemográficos ($p < 0,05$), exceto para a escolaridade ($p = 0,06$). O tabagismo nos idosos esteve diretamente associado ao sexo masculino (OR = 1,77), à faixa etária de 60-69 anos (OR = 4,70), à cor da pele indígena (OR = 2,97) e amarela (OR = 2,54), enquanto esteve inversamente associado à maior escolaridade (OR = 0,44). O local de residência não se mostrou significativo após ajuste.

Conclusão: Com um em cada 10 idosos fumantes, este estudo ressalta a necessidade de políticas públicas direcionadas à prevenção do tabagismo, especialmente entre homens, idosos mais jovens, indígenas e pessoas com menor escolaridade. Programas de cessação do tabagismo para grupos específicos podem ajudar a reduzir doenças crônicas, melhorar a qualidade de vida dos idosos e amenizar a pressão nos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Comportamento de saúde; Fatores de risco; Saúde do idoso; Uso de tabaco.

Resumen

Prevalencia del tabaquismo y factores sociodemográficos asociados en personas adultas mayores de la Atención Primaria de Salud

Introducción: El aumento de la población adulta mayor, aunque positivo, plantea desafíos relacionados con las enfermedades crónicas, incluido el tabaquismo, cuyos estudios siguen siendo limitados.

Objetivo: Estimar la prevalencia de tabaquismo en adultos mayores y verificar su asociación con factores sociodemográficos.

Método: Estudio transversal realizado con 1322 adultos mayores atendidos en la atención primaria de todo el estado de Roraima, Brasil. El consumo de tabaco fue evaluado por profesionales de la salud. Las variables sociodemográficas incluyeron sexo, edad, color de piel, nivel educativo y lugar de residencia. Utilizando regresión logística, se calcularon las Odds Ratio (OR) para las posibles asociaciones.

Resultados: La prevalencia de tabaquismo fue del 11.6 % y presentó diferencias significativas entre los grupos sociodemográficos ($p < 0.05$), excepto para el nivel educativo ($p = 0.06$). El tabaquismo en los adultos mayores estuvo directamente asociado al sexo masculino (OR = 1.77), al grupo de edad de 60-69 años (OR = 4.70), y al color de piel indígena (OR = 2.97) y amarillo (OR = 2.54), mientras que estuvo inversamente asociado a una mayor escolaridad (OR = 0.44). El lugar de residencia no fue significativo después del ajuste.

Conclusión: Dado que cada uno de diez adultos mayores fuma, este estudio destaca la necesidad de políticas públicas orientadas a la prevención del tabaquismo, especialmente en hombres, adultos mayores jóvenes, indígenas y personas con menor nivel educativo. Los programas de cesación del

tabaquismo dirigidos a grupos específicos pueden ayudar a reducir las enfermedades crónicas, mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor y aliviar la presión sobre los sistemas de salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Conductas relacionadas con la salud; Factores de riesgo; Salud del Anciano; Uso de tabaco.

Abstract

Prevalence of Smoking and Associated Sociodemographic Factors in Older Adults in Primary Health Care.

Introduction: The increase in the older adult population, while positive, poses challenges related to chronic diseases, including smoking, which remains understudied.

Objective: To estimate the prevalence of smoking among older adults and assess its association with sociodemographic factors.

Methods: A cross-sectional study was conducted with 1,322 older adults receiving primary healthcare services across the state of Roraima, Brazil. Tobacco use was assessed by healthcare professionals. The available sociodemographic variables included sex, age, skin color, education level, and place of residence. Logistic regression was used to calculate Odds Ratios (OR) for possible associations.

Results: The prevalence of smoking was 11.6% and showed significant differences across sociodemographic groups ($p < 0.05$), except for the education level ($p = 0.06$). Smoking among older adults was directly associated with the male sex (OR = 1.77), the 60–69 age group (OR = 4.70), and the indigenous (OR = 2.97) and yellow (OR = 2.54) skin colors, while it was inversely associated with higher education (OR = 0.44). The place of residence was not significant after adjustment.

Conclusion: With one in ten older adults smoking, this study highlights the need for public policies aimed at smoking prevention, particularly among men, younger older adults, indigenous individuals, and those with lower education levels. Smoking cessation programs targeting specific groups can help reduce chronic diseases, improve the quality of life of older adults, and alleviate the burden on healthcare systems.

Keywords: Primary health care; Health behavior; Risk factors; Health of the elderly; Tobacco use.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais marcantes do século XXI, com projeções indicando que, até 2030, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 60 anos, número que deverá dobrar até 2050¹. No Brasil, o envelhecimento populacional também avança rapidamente, e a proporção de idosos cresceu de 6,1% em 1980 para 15,8% em 2022, um aumento de 159%². Embora represente uma conquista da longevidade, o fenômeno traz desafios para a saúde pública, incluindo o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^{3,4}.

Nesse contexto, o tabagismo é um dos principais fatores de risco para as DCNT e

responsável por grande parte das mortes evitáveis no mundo⁵. Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde estimou que 20,4 milhões de brasileiros (12,6%) usavam tabaco regularmente⁵, e entre os idosos já foram registradas prevalências superiores a 20%⁶. Apesar da relevância, ainda há poucos estudos que investiguem especificamente o consumo de tabaco nessa faixa etária, possivelmente em razão de limitações metodológicas, como amostras reduzidas de idosos e ausência de análises estratificadas.

Além de elevar o risco para doenças respiratórias, cardiovasculares e câncer, o tabagismo também compromete a saúde funcional dos idosos, reduzindo, por exemplo, a

força muscular respiratória^{7,8}. Ainda, frente a desfechos graves como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, o tabagismo configura fator causal relevante, elevando o risco de eventos fatais e mortalidade precoce⁷. Dessa forma, é imperativo monitorar o tabagismo entre os idosos para identificar padrões de consumo, compreender os fatores associados e desenvolver intervenções eficazes que possam mitigar seus impactos.

De acordo com a literatura, o uso de tabaco tende a ser maior entre homens^{5,9-11}, ao passo que estudos internacionais apontam prevalências mais elevadas entre indígenas em países como Estados Unidos, Austrália, Canadá e Nova Zelândia¹². No Brasil, maior frequência de consumo foi observada entre pessoas pretas e pardas¹³, e associação mais forte entre baixos níveis de escolaridade e maior prevalência de tabagismo¹⁴. Considerando essas evidências, hipotetiza-se que a prevalência de tabagismo em idosos varie conforme fatores sociodemográficos, sendo mais elevada entre homens, indivíduos mais jovens, pessoas com menor escolaridade e determinados grupos étnicos.

Diante desse contexto, é fundamental aprofundar a investigação sobre o consumo de tabaco na população idosa, especialmente à medida que o envelhecimento populacional avança e se torna uma preocupação central para a saúde pública. A identificação de subgrupos mais expostos ao tabagismo é uma estratégia útil para direcionar esforços de prevenção e cessação, ajudando a mitigar os impactos do tabagismo e promovendo um envelhecimento mais saudável. Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de tabagismo em idosos e verificar sua associação com os fatores sociodemográficos.

MATERIAIS E MÉTODO

Este é um estudo observacional, transversal e de natureza correlacional,

conduzido como parte de uma pesquisa maior intitulada “*Fatores de risco cardiovasculares e sequelas associadas à infecção pelo vírus Sars-COV-2 em idosos do estado de Roraima*”. Os dados foram coletados em 2020, por profissionais de saúde, e inseridos em um sistema de controle de doenças do Departamento de Vigilância Epidemiológica (DVE) da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. Este estudo foi conduzido e relatado de acordo com as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Roraima, conforme parecer nº 5,3850, em atendimento à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Roraima, com 636.707 habitantes e 223.644 km², é o estado menos populoso do Brasil, com densidade de 2,85 pessoas por km² e 65% da população concentrada na capital, Boa Vista. A renda média mensal é de R\$ 1.425, e o estado ocupa o 15º lugar no ranking de renda entre os estados brasileiros. Com expectativa de vida de 71,8 anos e um IDH de 0,699, Roraima apresenta avanços em renda e educação, oferecendo um cenário relevante para estudar o tabagismo em idosos.

De acordo com os registros disponíveis no DVE, 4.194 registros estavam disponíveis para análise, contendo um número expressivo de informações ausentes. Para assegurar uma amostra mínima adequada realizou-se uma estimativa considerando um fator de efeito do desenho (deff) de 2, um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 4 pontos percentuais. Ainda, considerou-se uma prevalência de 50% por ser a opção mais conservadora quando o desfecho é desconhecido¹⁵, e por maximizar o termo de variância na fórmula e, consequentemente, garantir o maior tamanho amostral necessário¹⁶. Para compensar eventuais perdas, foi adicionado um acréscimo de 20%, estabelecendo um

mínimo necessário de 1.260 registros. A amostra final foi robusta, totalizando 1.322 idosos.

Os critérios de inclusão abrangeram todos os registros disponíveis de idosos com 60 anos ou mais, residentes em Roraima, atendidos em qualquer uma das 115 unidades básicas de saúde do estado. Foram excluídos os registros sem informações completas sobre o tabagismo ou dados sociodemográficos que permitissem a identificação demográfica dos idosos. Os dados foram concedidos em novembro de 2022 sobre acordos de confidencialidade. Todas as autoridades de saúde envolvidas no gerenciamento do sistema consentiram anuência por escrito.

Em 2020, os idosos foram acompanhados por profissionais de saúde por meio de ligações telefônicas, como uma medida para garantir a continuidade do atendimento durante a pandemia de COVID-19. De acordo com o DVE, essa abordagem foi adotada para minimizar o risco de contágio, permitindo monitorar a saúde, fornecer orientações e realizar triagens sem a necessidade de contato presencial. Durante as ligações telefônicas, os profissionais de saúde registraram as informações em formulários físicos, que posteriormente foram inseridas no sistema de controle interno do DVE.

O tabagismo (variável dependente) foi avaliado por meio da seguinte pergunta: “*Você fuma?*”, tendo como opções de resposta 1- Sim e 2- Não^{17,18}. As variáveis independentes incluíram a idade, medida em anos completos e posteriormente categorizada em faixa etária, e o sexo, classificado como masculino ou feminino. A cor da pele/raça foi determinada por autoidentificação, de acordo com o sistema de classificação nacional, com os participantes se autodeclarando como amarelo, branco, preto, pardo ou indígena e local de residência (interior ou capital). O nível de escolaridade foi coletado originalmente em nove categorias ordinais. No entanto, devido à distribuição altamente

heterogênea da amostra, as categorias de maior escolaridade tinham um número insuficiente de observações ($n < 5$). Para garantir a estabilidade do modelo e evitar o risco de sparsity na regressão logística, a variável foi agrupada em três níveis: “sem educação”, “<8 anos” ou “≥8 anos”.

Os dados foram analisados por meio de distribuição de frequências (para variáveis categóricas) e média e desvio-padrão (para a idade). A associação entre tabagismo e variáveis sociodemográficas foi verificada por meio do teste qui-quadrado, sendo que o qui-quadrado para tendência foi utilizado em variáveis ordinais. Recorreu-se a regressão logística binária, por meio dos modelos bruto e ajustado para determinar as Odds Ratio (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). O modelo ajustado incluiu todas as variáveis sociodemográficas, independentemente do valor de p no modelo bruto. A multicolinearidade entre os preditores foi avaliada por meio do fator de inflação da variância (VIF) e da Tolerância em regressão linear múltipla. O nível de significância adotado foi de 5%. Todas as análises foram conduzidas no software IBM SPSS Statistics (versão 20.0; IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

RESULTADOS

O estudo incluiu 1.322 idosos, com idade média de 70,4 anos ($\pm 7,87$). A maioria dos participantes era do sexo feminino (55,0%) e a maior parte tinha entre 60 e 69 anos. Em relação à cor da pele, quase metade se autodeclarou parda, sem educação formal, e mais de 60% residiam na capital do estado. As distribuições detalhadas das variáveis sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1. A prevalência de tabagismo observada no estudo foi de 11,6% (IC 95% = 9,8-13,0), variando de 4,6% entre os idosos longevos (80 anos ou mais) a 22,1% entre os idosos autodeclarados indígenas (Tabela 2).

Tabela 1*Características gerais dos idosos participantes do estudo (n = 1322). Roraima, Brasil, 2020.*

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	727 (55,0)
Masculino	595 (45,0)
Idade (média, DP)	70,4 ($\pm$ 7,87)
Faixa etária	
60-69	712 (53,9)
70-79	416 (31,4)
80 ou mais	194 (14,7)
Cor da pele	
Amarela	61 (4,6)
Indígena	140 (10,6)
Branca	302 (22,8)
Preta	222 (16,8)
Parda	597 (45,2)
Escolaridade	
$\geq$ 8 anos	303 (22,9)
< 8 anos	395 (29,9)
Sem estudo	624 (47,2)
Local	
Interior	475 (35,9)
Capital	847 (64,1)

Nota: n: frequência absoluta; %: frequência relativa; DP: desvio-padrão.**Fonte:** Banco de dados dos autores.

Diferenças significativas foram observadas entre o tabagismo e as variáveis sociodemográficas. A prevalência foi maior entre homens ($p = 0,007$), idosos de 60 a 69 anos (13,8%; $p = 0,002$), indígenas (22,1%) e amarelos

(21,3%), enquanto as demais categorias apresentaram cerca de 9,9% ($p < 0,001$). Houve tendência de maior prevalência entre indivíduos com menor escolaridade, sem significância estatística, e entre residentes do interior em relação à capital ($p = 0,037$).

Tabela 2

Análise bivariada dos fatores sociodemográficos com o tabagismo em idosos. Roraima, Brasil, 2020.

Variáveis	Tabagismo		p-valor*
	Não n (%)	Sim n (%)	
Geral	1168 (88,4)	154 (11,6)	
Sexo			0,007
Feminino	685 (90,5)	69 (9,5)	
Masculino	510 (85,7)	85 (14,3)	
Faixa etária			0,002**
60-69	614 (86,2)	97 (13,8)	
70-79	369 (88,7)	47 (11,3)	
80 ou mais	184 (95,4)	10 (4,6)	
Cor da pele			<0,001
Indígena	109 (77,9)	31 (22,1)	
Amarela	48 (78,7)	13 (21,3)	
Branca	272 (90,1)	30 (9,9)	
Preta	200 (90,1)	22 (9,9)	
Parda	539 (90,3)	58 (9,7)	
Escolaridade			0,060**
≥ 8 anos	277 (91,4)	26 (8,6)	
< 8 anos	348 (88,1)	47 (11,9)	
Sem estudo	543 (87,0)	81 (13,0)	
Local			0,037
Interior	408 (85,9)	67 (14,1)	
Capital	760 (89,7)	87 (10,3)	

Nota: n: frequência absoluta; %: frequência relativa; *Qui-quadrado de Pearson; **Qui-quadrado para tendência.

Fonte: Banco de dados dos autores.

As análises de regressão logística para as possíveis associações entre o tabagismo com as demais variáveis revelaram o perfil do fumante idoso (Tabela 3). As análises multivariadas indicaram que o tabagismo foi significativamente associado ao sexo masculino (OR = 1,77; IC 95%: 1,25-2,51), com homens apresentando maiores chances de fumar em comparação às mulheres. Além disso, a análise por faixa etária mostrou que os idosos mais jovens (60–69 anos) tiveram maior risco de tabagismo (OR = 4,70; IC 95%: 2,27-7,29), com uma diminuição desse risco nas faixas etárias mais avançadas. Em se tratando da cor da pele/raça,

os idosos indígenas (OR = 2,97; IC 95%: 1,44-6,14) e de cor amarela (OR = 2,54; IC 95%: 1,53-4,21) foram mais propensos a fumar, em comparação aos pardos. Quanto à escolaridade, os mais escolarizados (≥ 8 anos de estudo) tiveram menos de fumar (OR = 0,44; IC 95%: 0,25-0,76) comparados aos que não possuíam estudo. Já o local de residência, apesar de mostrar associação na análise bruta, não permaneceu significativo após o ajuste ($p = 0,177$). Os valores de VIF variaram de 1,02 a 1,16 e as Tolerâncias foram todas superiores a 0,86, indicando ausência de multicolinearidade relevante entre os preditores do modelo.

Tabela 3

Odds ratio bruta e ajustada e IC 95% para associação entre o tabagismo e fatores sociodemográficos em idosos. Roraima, Brasil, 2020.

Variáveis	Bruta	p-valor	Ajustada*	p-valor
	OR (IC 95%)		OR (IC 95%)	
Sexo		0,007		0,001
Masculino	1,59 (1,13-2,30)		1,77 (1,25-2,51)	
Feminino	Ref.		Ref.	
Faixa-etária		0,003		<0,001
60–69	3,28 (1,62-6,02)		4,70 (2,27-7,29)	
70–79	2,62 (1,26-5,46)		3,02 (1,44-4,65)	
≥ 80	Ref.		Ref.	
Cor da pele		<0,001		<0,001
Indígena	2,57 (1,29-4,92)		2,97 (1,44-6,14)	
Amarela	2,64 (1,63-4,82)		2,54 (1,53-4,21)	
Branca	1,03 (0,64-1,63)		1,40 (0,84-2,35)	
Preta	1,02 (0,61-1,71)		0,91 (0,53-1,54)	
Parda	Ref.		Ref.	
Escolaridade		0,148		0,014
≥ 8 anos	0,63 (0,39-1,00)		0,44 (0,25-0,76)	
< 8 anos	0,91 (0,62-1,33)		0,72 (0,47-1,12)	
Sem estudo	Ref.		Ref.	
Local		0,038		0,177
Interior	1,44 (1,02-2,00)		1,29 (0,89-1,87)	
Capital	Ref.		Ref.	

Nota: *análise ajustada por todos os fatores sociodemográficos; OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; Ref: indica o grupo de referência.

Fonte: Banco de dados dos autores.

DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo indicam uma prevalência de tabagismo de 11,6% entre idosos, com variações significativas associadas ao sexo, faixa etária, cor da pele e escolaridade. Homens, idosos mais jovens (60-69 anos), autodeclarados indígenas e amarelos apresentaram maior prevalência de tabagismo. Por outro lado, a maior escolaridade, especificamente ≥ 8 anos de estudo, configurou-se como um fator de proteção contra o tabagismo. O estudo avança ao identificar esses fatores sociodemográficos como preditores do tabagismo na população idosa, revelando um cenário complexo que exige a implementação de estratégias de saúde pública específicas para essa população.

Um em cada 10 idosos relatou o uso de tabaco. Prevalência semelhante (11,4%) foi encontrada na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019⁵. No entanto, prevalências superiores foram encontradas em idosos do Rio Grande do Sul (33,8%)¹⁹ e dos Estados Unidos (28%)¹⁰. O consumo de tabaco entre os idosos pode ser uma forma de lidar com questões emocionais, como o isolamento social e a solidão, condições que afetam particularmente essa faixa etária²⁰. Essa prevalência também pode ser explicada pela maior dificuldade de interrupção do tabagismo nesse público, resultado de um longo histórico de uso e de uma compreensão limitada sobre os danos causados pelo tabaco²¹. É fundamental combater o tabagismo, pois ele aumenta as chances de desenvolver o câncer de pulmão, representando 90% dos casos²², e triplica o risco de mortalidade nos idosos em comparação com indivíduos mais jovens (< 55 anos)¹⁰.

Em comparação com as mulheres, os homens foram mais suscetíveis ao uso de tabaco. Esse resultado é consistente com estudos prévios conduzidos com dados epidemiológicos do Rio Grande do Sul¹⁹, de todo o Brasil⁹ e de outros países como Bangladesh e Madagascar²³. Homens fumam mais que mulheres, possivelmente devido

às desigualdades educacionais. Por exemplo, em países de baixa renda, homens com menos acesso à educação têm menos conhecimento sobre os riscos do tabagismo e menos acesso a programas de cessação, contribuindo para uma maior prevalência entre eles²³. Além disso, normas culturais frequentemente associam o tabagismo à masculinidade, resultando em taxas mais altas entre homens, enquanto as mulheres enfrentam maior estigma social ao usar tabaco¹¹. Mediante a essas circunstâncias, é imperativo que as estratégias direcionadas para reduzir o tabagismo nos idosos se concentrem, prioritariamente, nos homens, cuja prevalência de consumo é significativamente maior.

Os idosos mais jovens (60-69 anos) foram mais propensos ao uso do tabaco, e uma tendência de declínio em relação ao avançar da idade foi observada. Estudos conduzidos no Brasil⁶ e nos Estados Unidos¹⁰ encontraram resultados semelhantes em pesquisas com idosos. Dados da PNS de 2019 realizada com adultos brasileiros (18 anos ou mais) também indicaram que a prevalência de tabagismo reduz com idade⁵. Os idosos mais jovens provavelmente têm uma percepção reduzida dos danos causados pelo tabagismo, o que também está associado a uma maior probabilidade de iniciação ao tabaco em populações mais jovens²⁴. Por outro lado, os idosos mais longevos tendem a se sentir mais motivados a parar de fumar devido a um histórico maior de tentativas anteriores, confiança e autoeficácia para interromper o uso²⁵. Ademais, os idosos mais velhos costumam demonstrar maior preocupação com a saúde e maior necessidade de controlar fatores de risco para doenças crônicas, incluindo o uso de tabaco²⁶. Assim as políticas de saúde devem considerar as diferenças etárias no comportamento de fumar e promover abordagens personalizadas para maximizar a eficácia das intervenções.

Os idosos autodeclarados indígenas e amarelos possuíam maior chance de fumar em comparação aos pardos. Resultados divergentes

foram encontrados na literatura, ora indicando que pessoas pretas e pardas consomem mais tabaco¹³, ora que brancos, pretos e pardos têm maior prevalência de tabagismo²⁷. Outro estudo ainda mostrou que pessoas com cor de pele preta exibiram maiores taxas de tabagismo comparados aos brancos e hispânicos²⁸. Esses resultados contrastantes sugerem que o tabagismo pode estar mais relacionado a fatores socioculturais e econômicos do que à cor da pele ou raça. Ainda assim, a prevalência de tabagismo em povos indígenas é significativamente maior do que entre o grupo étnico dominante em países como EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Groenlândia¹². Provavelmente, para os autodeclarados indígenas, o hábito de fumar pode estar relacionado ao seu significado cultural sagrado, transmitido entre gerações²⁹. Em relação à associação com indivíduos autodeclarados amarelos, isso pode refletir fatores culturais, onde o tabagismo é aceito como símbolo de status ou parte de rituais sociais, além de influências da globalização na normalização do hábito. Mais estudos são necessários para compreender melhor os fatores que influenciam o tabagismo em diferentes grupos étnicos.

O uso de tabaco foi significativamente menor entre os idosos com mais anos de estudos. Embora a literatura sobre essa relação seja limitada, especialmente entre idosos, estudos com trabalhadores brasileiros¹⁴ e com adultos em geral¹³ sugerem um padrão semelhante. Pessoas com menor escolaridade podem ter menos acesso a informações sobre os riscos do tabaco e maior exposição a ambientes onde o tabagismo é mais aceito socialmente³⁰. Nesse contexto, acredita-se que a educação aumenta capacidade de processar informações de saúde e tomar decisões mais conscientes. Dessa forma, quando instruídas sobre os prejuízos e os efeitos deletérios do tabagismo, as pessoas ficam menos expostas ao uso e mais aptas à decisão de cessação³¹. Portanto, é imperativo que as políticas públicas destinadas ao combate do

tabagismo considerem o grau de instrução dos indivíduos.

Limitações e pontos fortes

Algumas limitações devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente, o uso de um número significativo de informações ausentes pode ter afetado a precisão das análises. Além disso, o uso de variáveis binárias não captura informações importantes, como a intensidade do tabagismo ou tempo de exposição, o que limita a compreensão mais profunda sobre os padrões de consumo entre os idosos. Outra limitação é a natureza transversal do estudo, que impede o estabelecimento de relações causais entre tabagismo e os fatores sociodemográficos analisados. Finalmente, a falta de estratificação detalhada por fatores psicossociais e econômicos ausentes limita a compreensão dos determinantes do tabagismo nessa população específica. Apesar das limitações, o estudo possui pontos fortes, como a robustez da amostra, composta por 1.322 idosos, o que confere maior poder estatístico às análises. Além disso, ao focar em uma população vulnerável como os idosos, o estudo contribui significativamente para a compreensão do tabagismo em áreas sub-representadas no Brasil.

CONCLUSÃO

Um em cada 10 idosos relatou uso de tabaco na APS, revelando a importância de monitorar o tabagismo nesse público. Os resultados confirmaram a hipótese inicial, de que o tabagismo na população idosa varia conforme os fatores sociodemográficos. Esses resultados implicam na necessidade de desenvolver intervenções direcionadas a grupos mais vulneráveis ao tabagismo, como homens, idosos de origem indígena e com baixa escolaridade. Estudos futuros devem se concentrar na investigação de subgrupos específicos, como idosos de diferentes etnias, para melhor compreender as razões culturais e sociais por trás

desses padrões. Pesquisas investigando as barreiras enfrentadas pelos idosos no processo de cessação do tabagismo, bem como a eficácia de

programas de saúde pública direcionados a esses problemas podem ser úteis.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado a este estudo.

REFERÊNCIAS

1. Freitas EGF, Salibi G. Modern approaches to the special education programs for the prevention of cognitive dysfunction in elderly people in the practice of GPs from the point of view of evidence-based medicine. *Special Journal of the Medical Academy and Other Life Sciences*. 2023;1(1):51–78. doi:10.58676/sjmas.v1i1.7
2. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: População por Idade e Sexo: Pessoas de 60 Anos ou Mais de Idade: Resultados do Universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186>
3. Omotayo O, Maduka CP, Muonde M, Olorunsogo TO, Ogugua JO. The rise of non-communicable diseases: a global health review of challenges and prevention strategies. *IMSRJ*. 2024;4(1):74-88. doi:10.51594/imsrj.v4i1.738
4. Francisco PMSB, Bacurau AGM, Assumpção D. Prevalence of chronic diseases and ownership of health insurance among the elderly: comparison of data from the Brazilian National Health Survey of 2013 and 2019. *Cad Saude Publica*. 2022;38(8):e00040522. doi:10.1590/0102-311XPT040522.
5. Malta DC, Gomes CS, Andrade FMd, Vasconcelos NMd, Prates EJS, Pereira CA, Fagundes JAA. Tabagismo no Brasil: percepções dos resultados de pesquisas domiciliares. *REME Rev Min Enferm*. 2023;27:e-1518. doi:10.35699/2316-9389.2023.40164
6. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, De Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):713-19. doi:10.1590/S1809-98232011000400010
7. Nascimento BEM, Gamba Jr. N, Pereira LdOMG, Spitz R, Gleiser S, Perez C, Vianna C, Cavalcante T, Volchan E. Neurociências, artes gráficas e saúde pública: as novas advertências sanitárias para maços de cigarros. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2010;17:243-52. doi:10.1590/S0104-59702010000500014
8. Freitas ERFS, Araujo ECL, Alves KS. Influência do tabagismo na força muscular respiratória em idosos. *Fisioter Pesq*. 2012;19(4):326-31. doi:10.1590/S1809-29502012000400006
9. Giraldo-Osorio A, Moreira RS, Alburquerque Neto P, Santiago-Pérez MIS, Rey J, Mourino N, Montes Martinez A, Ruano-Ravina A, Pérez-Rios M. Mortality attributed to tobacco consumption in Brazil, 2016. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210007. doi:10.1590/1980-549720210007

10. Jeon J, Inoue-Choi M, Mok Y, McNeel TS, Tam J, Freedman ND, Meza R. Mortality relative risks by smoking, race/ethnicity, and education. *Am J Prev Med.* 2023;64(4 Suppl 1):S53-S62. doi:10.1016/j.amepre.2022.12.006
11. Zhang M, Liu S, Yang L, Jiang Y, Huang Z, Zhao Z, Deng Q, Li Y, Zhou M, Wang L, Chen Z, Wang L. Prevalence of smoking and knowledge about the smoking hazards among 170,000 Chinese adults: a nationally representative survey in 2013-2014. *Nicotine Tob Res.* 2019;21(12):1644-51. doi:10.1093/ntr/ntz020.
12. Merkin A, Nikolaev A, Nikoforov I, Komarov A, Glover M. Trends in tobacco smoking and smoking cessation in Russia with a focus on Indigenous populations: a narrative review. *Glob Epidemiol.* 2021;3:100043. doi:10.1016/j.gloepi.2020.100043
13. Garcia GAF, Silva EKP, Giatti L, Barreto SM. The intersection race/skin color and gender, smoking and excessive alcohol consumption: cross-sectional analysis of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Cad Saude Publica.* 2021;37(11):e00224220. doi:10.1590/0102-311X00224220
14. Silveira PM, Silva KS, Mello GT, Knebel MTG, Borgatto AF, Nahas MV. Smoking among industrial workers in Brazil: association with sociodemographic factors, alcohol consumption, and stress levels. *J Bras Pneumol.* 2020;46(1):e20180385. doi:10.1590/1806-3713/e20180385
15. Luiz, RR.; Magnanini, MM. The logic of sample size determination in epidemiological research. *Cad Saúde Colet.* 2000;8(2):9–28.
16. Arya R, Antonisamy B, Kumar S. Sample size estimation in prevalence studies. *Indian J Pediatr.* 2012;79(11):1482–8. doi:10.1007/s12098-012-0763-3
17. Ribeiro GJS, Nobre LN, Santos GR, Moriguchi EH, Pinto AA. Association between heart failure and consumption of ultra-processed foods in older adults: a cross-sectional study. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2024;27:e240020. doi:10.1590/1981-22562024027.240020.en
18. Ribeiro GJS, Moriguchi EH, Pinto AA. Clustering of Cardiovascular Risk Factors and Heart Failure in Older Adults from the Brazilian Far North. *Healthcare.* 2024;12(9):951. doi: 10.3390/healthcare12090951
19. Xavier MO, Del-Ponte B, Santos IS. Epidemiology of smoking in the rural area of a medium-sized city in Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2018;52(suppl 1):10s. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000269
20. Ribeiro TCS, Barros MBA, Lima MG. Smoking and loneliness in older adults: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2022;38(3):e00093621. doi: 10.1590/0102-311X00093621
21. Sarkar S, Chawla N, Dayal P. Smoking and tobacco use cessation in the elderly. *J Geriatr Ment Health.* 2020;7(2):70-7. doi: 10.4103/jgmh.jgmh_23_20
22. Souza MC, Vasconcelos AGG, Rebelo MS, Rebelo PAP, Cruz OG. Profile of patients with lung cancer assisted at the National Cancer Institute, according to their smoking status, from 2000 to 2007. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(1):175-88. doi:10.1590/1415-790x201400010014eng
23. Sreeramareddy CT, Harper S, Ernstsens L. Educational and wealth inequalities in tobacco use among men and women in 54 low-income and middle-income countries. *Tob Control.* 2018;27(1):26-34. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053266

24. Strong DR, Leas E, Elton-Marshall T, Wackowski OA, Travers M, Bansal-Travers M, Hyland A, White M, Noble M, Cummings KM, Taylor K, Kaufman AR, Choi K, Pierce JP. Harm perceptions and tobacco use initiation among youth in Wave 1 and 2 of the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study. *Prev Med.* 2019;123:185-91. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.03.017
25. Smith P, Daniel R, Murray RL, Moore G, Nelson A, Brain K. Psychosocial determinants of quit motivation in older smokers from deprived backgrounds: a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2021;11:e044815. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044815
26. Lin Y, Zhou S, Liu H, Cui Z, Hou F, Feng S, Zhang Y, Liu H, Lu C, Yu P. Risk analysis of air pollution and meteorological factors affecting the incidence of diabetes in the elderly population in Northern China. *J Diabetes Res.* 2020;2020:3673980. doi:10.1155/2020/3673980
27. Morais EAH, Oliveira BE, Roesberg JMA, Souza PSN, Souza RNB, Costa SF, Marques VDS, Abreu MNS. Individual and contextual factors associated with smoking among young Brazilian adults. *Cien Saude Colet.* 2022;27(6):2349-62. doi:10.1590/1413-81232022276.20622021
28. Burke LA, Steffen AD, Kataria S, Watson KS, Winn RA, Oyaluade D, Williams B, Duangchan C, Asche C, Matthews AK. Associations in cigarette smoking and health conditions by race/ethnicity among a diverse sample of patients receiving treatment in a federally qualified health care setting in Chicago. *Health Equity.* 2023;7(1):80-8. doi: 10.1089/heq.2022.0056
29. Jetty R; Canadian Paediatric Society, First Nations, Inuit and Métis Health Committee, Ottawa, Ontario. Tobacco use and misuse among Indigenous children and youth in Canada. *Paediatr Child Health.* 2017;22(7):395-399. doi:10.1093/pch/pxx124
30. Andersen AJ, Hecker I, Wallez S, Witteveen A, Lora A, Mittendorfer-Rutz E, Corrao G, Walter H, Haro JM, Sijbrandij M, Monzio Compagnoni M, Felez-Nobrega M, Kalisch R, Bryant R, Melchior M, Mary-Krause M. Are we equally at risk of changing smoking behavior during a public health crisis? Impact of educational level on smoking from the TEMPO cohort. *BMC Public Health.* 2023;23:1016. doi: 10.1186/s12889-023-15799-1
31. Maralani V. Understanding the links between education and smoking. *Soc Sci Res.* 2014;48:20-34. doi: 10.1016/j.ssresearch.2014.05.007