

Fatores sociodemográficos e econômicos associados ao tabagismo na população idosa

Factors socio-demographic and economic associated with smoking in the elderly population

Dayane Aparecida Viana¹, Leiner Resende Rodrigues², Darlene Mara dos Santos Tavares²

RESUMO

Objetivos: Identificar a condição tabágica dos idosos e verificar os fatores sociodemográficos e econômicos associados ao hábito de fumar nessa população. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, observacional e analítico, com 980 idosos da zona urbana do município de Uberaba-MG. Utilizaram-se os instrumentos Miniexame do Estado Mental (MEEM) e Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ). Os idosos foram classificados como tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas de acordo com as Diretrizes para Cessação do Tabagismo. As análises procederam por meio do *software* SPSS-17. A condição tabágica dos idosos foi descrita por meio de frequências simples e absolutas. Aplicou-se o teste Cramer's V ($p \leq 0,05$) na análise bivariada e em seguida a Regressão Logística Multinomial Múltipla ($p \leq 0,05$) ajustados para sexo e faixa etária de acordo com a classificação tabágica. **Resultados:** Encontraram-se 122 (12,4%) idosos tabagistas, 320 (32,7%) ex-tabagistas e 538 (54,9%) não tabagistas. Os idosos tabagistas apresentaram-se com 3,57, 2,36 e 1,82 mais riscos de chances de ser do sexo masculino ($p < 0,001$), estar na faixa etária de 60 a 69 anos ($p = 0,004$) e não ter companheiro(a) ($p = 0,008$), respectivamente. Para os idosos ex-tabagistas, também foi encontrada maior chance de risco (5,34) para o sexo masculino ($p < 0,001$). **Conclusão:** Os resultados evidenciam que o sexo, a faixa etária e a situação conjugal são fatores associados ao tabagismo na população idosa.

Palavras-chave

Idoso, hábito de fumar, fatores de risco.

ABSTRACT

Objectives: To identify smoking status of elderly and to assess socio-demographic and economic factors associated with them. **Methods:** This is a quantitative, transversal, observational and analytical study with 980 elderly living in the urban area of the municipality of Uberaba (MG) – Brazil. The Mini Mental State Examination and the Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire were used. The elderly were classified as smokers, ex-smokers and nonsmokers according to the Guidelines for Smoking Cessation. The statistical analysis were performed with SPSS-17 software. The smoking status of the elderly was described by means of simple and absolute frequencies. We employed the Cramer's V ($p \leq 0.05$) in the bivariate analyses and then test the Multiple Multinomial Logistic Regression ($p \leq 0.05$) adjusted for sex and age according to smoking classification. **Results:** We found 122 (12.4%)

Recebido em
22/2/2014
Aprovado em
16/6/2014

1 Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde (PPGAS) de Uberaba.
2 UFTM, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Curso de Graduação em Enfermagem.
Este artigo é parte da dissertação.

DOI: 10.1590/0047-2085000000029

Endereço para correspondência: Dayane Aparecida Viana
Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
Av. Getúlio Guaritá, 107
38025-440 – Uberaba, MG, Brasil
E-mail: dayane.viana@hotmail.com

smokers, 320 (32.7%) ex-smokers, and 538 (54.9%) nonsmokers. The elderly smokers presented with 3.57, 2.36 and 1.82 greater chances of being male ($p < 0.001$), aged 60-69 years ($p = 0.004$) and single, divorced or widowed ($p = 0.008$), respectively. Elderly ex-smokers were also more likely (5.34) to be male ($p < 0.001$). **Conclusion:** The results showed that sex, age and marital status are associated with smoking in the elderly population.

Keywords

Aged, smoking, risk factors.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional, novos desafios têm surgido e aumentado nos países em geral, especificamente naqueles em desenvolvimento, no qual a maioria das pessoas longevas morre devido às doenças crônicas não transmissíveis¹.

Para isso, muito tem sido discutido sobre o processo de “[...] Envelhecimento Ativo, o qual trata do processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (QV) à medida que as pessoas ficam mais velhas”².

Foi, então, elaborado o documento “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde”, o qual relata que há várias décadas vêm sendo criados programas de promoção à saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo à assistência primária em longo prazo, incluindo os aspectos sociais, econômicos, comportamentais, pessoais e culturais, o ambiente físico e o acesso ao serviço de saúde. Dentro dessa proposta, a abstinência do tabaco é uma das maneiras que tem sido abordada para se envelhecer ativamente².

O tabagismo é considerado uma doença e situa-se na Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID-10), no grupo de transtornos mentais e de comportamentos associados ao uso de substâncias psicoativas. O cigarro é composto por cerca de 4.700 produtos maléficos à saúde³, a saber: nicotina, dióxido de carbono (CO_2), alcatrão e outros⁴. As fumaças dos cigarros também possuem inúmeras substâncias nocivas e cancerígenas⁵. O radical livre liberado durante o fumo exerce o papel de aceleração do envelhecimento, por meio de ações maléficas nas funções biológicas fundamentais ou então favorecendo os processos patológicos por estimulação etiopatogênica⁶.

Mundialmente, existem aproximadamente 22% de homens com 60 anos ou mais que são fumantes e 8% das mulheres têm esse hábito⁷. No Brasil, Inquérito de Saúde realizado no estado de São Paulo apresentou, diante das variáveis socioeconômicas, prevalência de idosos tabagistas do sexo masculino (17,5%), com 60 a 69 anos (15,3%), não brancos (16,8%), com renda menor ou igual a um salário-mínimo (18,5%), menores quantidades de anos de estudo (13,6%) e que ainda estão em atividade ocupacional (16,3%)⁸.

A cessação do tabaco traz benefícios ainda que entre os idosos, aumentando de dois a três anos a expectativa de vida naqueles que fumavam até um maço de cigarros por dia⁹. Vale ressaltar que existe escassez de pesquisas sobre o tabagismo direcionadas para a população idosa¹⁰.

Nesse sentido, os objetivos do estudo foram identificar a condição tabágica dos idosos e verificar os fatores socio-demográficos e econômicos associados ao hábito de fumar nessa população.

MÉTODOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior e está delineada como quantitativa do tipo inquérito domiciliar, transversal, observacional e analítica. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM), sob o protocolo nº 2.265, de 2012.

O estudo foi desenvolvido na zona urbana do município de Uberaba/Minas Gerais (MG). A população residente no município pesquisado no ano de 2012 era de 302.623 indivíduos, e 38.202 tinham 60 anos ou mais, o que corresponde a 12,6% da população geral¹¹.

Para o cálculo amostral, utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional, levando-se em consideração os diversos bairros do município como estratos, sendo a seleção aleatória simples. Foram considerados: 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $p = 0,5$ para as proporções de interesse, dessa forma partiu-se do número de 3.034 idosos. Foram perdidos 266 idosos que faleceram e 275 por outros motivos e 628 foram excluídos (idosos que não foram localizados após três visitas consecutivas, encontravam-se hospitalizados, mudaram de endereço, apresentaram declínio cognitivo e aqueles que se recusaram a participar). Ao final, foram entrevistados 980 idosos que atenderam aos critérios de inclusão (indivíduos com 60 anos ou mais, sem declínio cognitivo, residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE); número esse que corresponde a 2,5% da população de idosos do referido município¹¹.

A coleta foi dividida em duas etapas, a saber: a primeira da qual a presente pesquisa utilizou os dados foi realizada no período de junho a dezembro de 2012. Os entrevistadores foram treinados e capacitados, e abordavam o idoso no domicílio, faziam a apresentação dos objetivos e das informações necessárias e, logo após a anuência e assinatura do TCLE, conduziam-no à entrevista.

Todos os questionários foram aplicados na forma de entrevista e, quando o idoso não compreendia a pergunta, o entrevistador relia a questão na íntegra novamente. As entrevistas foram revisadas por supervisores de campo, sendo professores doutores e mestres da UFTM. Caso houvesse incompletude e inconsistência das respostas, as entrevistas eram devolvidas ao entrevistador para adequação.

Utilizaram-se os instrumentos validados e traduzidos no Brasil: O Miniexame do Estado Mental (MEEM), com a finalidade de avaliar a cognição do idoso, uma vez que no questionário havia questões subjetivas. Os escores variaram de 0 a 30 pontos, sendo o ponto de corte considerado de acordo com a escolaridade do idoso: 13 para analfabetos, 18 para os idosos que apresentarem de 1 a 11 anos de estudos e 26 para aqueles que tiverem mais que 11 anos de estudos¹².

O Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ)¹³ foi utilizado a fim de caracterizar a população de acordo com o perfil sociodemográfico e econômico, a saber: sexo (masculino e feminino); faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais); raça/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena); estado conjugal (sem companheiro; com companheiro); arranjo de moradia [sozinho(a), acompanhado(a)]; escolaridade em anos de estudo (analfabetos, um a quatro anos de estudo, cinco e mais); renda individual mensal em salário-mínimo (ausência de renda, menos de um salário-mínimo, um a três, quatro e mais); aposentado em anos (sim/quantidade de anos; não).

A classificação tabágica foi escolhida de acordo com as Diretrizes para Cessação do Tabagismo¹⁴, sendo: tabagistas (aquele que referiu ter fumado pelo menos um cigarro por dia por, pelo menos, um mês); ex-tabagistas (aquele que não fuma há pelo menos seis meses); não tabagista (aquele que nunca experimentou o tabaco).

Todos os dados foram registrados em arquivo digital preparado especificamente para esse fim, por meio de planilhas do Excel, sendo tabulados em dupla entrada, a fim de verificar a consistência dos dados. Posteriormente, os dados foram exportados para o *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 17.0 para análise.

A condição tabágica dos idosos foi descrita por meio de frequências simples e absolutas. Foi aplicado o teste Cramer's V ($p \leq 0,05$) na análise bivariada, a fim de verificar quais as variáveis sociodemográficas e econômicas que seriam incluídas no ajuste de Regressão Logística Multinomial Múltipla, entre os idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas. Utilizou-se a Regressão Logística Multinomial Múltipla ($p \leq 0,05$) para verificar os fatores associados ao consumo de tabaco ajustados para sexo e faixa etária. Os idosos não tabagistas foram considerados a categoria de referência. O tabagismo foi considerado o desfecho, e os dados sociodemográficos e econômicos foram as variáveis preditoras.

RESULTADOS

Entre os 980 idosos entrevistados, 122 (12,4%) eram tabagistas, 320 (32,7%), ex-tabagistas e 538 (54,9%), não tabagistas.

Em relação aos dados sociodemográficos e econômicos dos idosos, o presente estudo verificou na análise bivariada que seriam incluídas no ajuste de Regressão Logística Multinomial Múltipla as variáveis significativas: sexo ($p < 0,001$), faixa etária ($p < 0,001$), estado conjugal ($p = 0,002$) e aposentadoria ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Após os ajustes para sexo e faixa etária, observou que os idosos tabagistas têm maior risco de chance de ser do sexo masculino (IC 95%: 2,21-5,77), entre 60 e 69 anos (IC 95%: 1,30-4,26) e sem companheiro (IC 95%: 1,16-2,85). Para os idosos ex-tabagistas, também foi encontrada maior chance de risco para o sexo masculino (IC 95%: 3,76-3,78) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A literatura apresenta poucos dados concernentes à prevalência de consumo de tabaco entre idosos no contexto mundial e nacional¹⁵.

Na metanálise que incluiu 48 artigos de todos os continentes do hemisfério de Norte a Sul, houve a prevalência de 13% de idosos tabagistas⁷. Estudo realizado na Inglaterra verificou que 12% das pessoas com 65 anos ou mais eram fumantes¹⁶. Investigação feita na América do Norte, Estados Unidos, observou que 9,3% dos indivíduos consumiam tabaco¹⁷. A *World Health Organization*¹⁸ evidencia que, na população adulta, o número de fumantes se destaca naqueles países com baixa e média renda. Porém, para essa população específica de idosos, na presente pesquisa que foi realizada no Brasil, o qual é considerado um país em desenvolvimento, os percentuais foram bem aproximados dos de países desenvolvidos.

Segundo dados do Vigitel, existem no Brasil 8,7% de idosos que consomem tabaco no país, percentual esse abaixo do encontrado no presente estudo¹⁹. Já a PETab encontrou (12,9%) percentual aproximado da presente investigação²⁰. No entanto, esses estudos fizeram uma categorização da faixa etária diferente da presente pesquisa (≥ 60 anos), a saber: Vigitel, de 55 a 64 anos e ≥ 65 anos¹⁹, e PETab, de 45 a 64 anos e ≥ 65 anos²⁰.

Similar ao presente estudo, um inquérito realizado em quatro municípios do estado de São Paulo observou que 12,2% dos indivíduos com 60 anos ou mais têm o hábito de fumar⁸. Divergente da presente pesquisa, Pereira *et al.*²¹ entrevistaram 211 idosos do município de Teixeira e verificaram que 19,4% dos pesquisados eram fumantes, percentual esse acima da média nacional.

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas, de acordo com a classificação tabágica dos idosos. Uberaba/MG, 2012

| Variáveis | Tabagista | | Ex-tabagista | | Não tabagista | | Total | | V | p* |
|----------------------|-----------|------|--------------|------|---------------|------|-------|------|-------|---------|
| | N | (%) | n | (%) | N | (%) | n | (%) | | |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Masculino | 53 | 15,2 | 188 | 53,9 | 108 | 30,9 | 349 | 35,6 | 0,371 | < 0,001 |
| Feminino | 69 | 10,9 | 132 | 20,9 | 430 | 68,1 | 631 | 64,4 | | |
| Faixa etária | | | | | | | | | | |
| 60 a 69 anos | 56 | 19,8 | 77 | 27,2 | 150 | 53,0 | 283 | 28,9 | 0,104 | < 0,001 |
| 70 a 79 anos | 47 | 9,6 | 170 | 34,7 | 273 | 55,7 | 490 | 50,0 | | |
| 80 anos ou mais | 19 | 9,2 | 73 | 35,3 | 115 | 55,6 | 207 | 21,1 | | |
| Raça/Cor | | | | | | | | | | |
| Branca | 64 | 11,5 | 173 | 31,1 | 320 | 57,5 | 557 | 56,9 | 0,068 | 0,329 |
| Preta | 18 | 15,5 | 41 | 35,3 | 57 | 49,1 | 116 | 11,8 | | |
| Parda | 39 | 14,2 | 90 | 32,7 | 146 | 53,1 | 275 | 28,1 | | |
| Amarela | 1 | 4,2 | 12 | 50,0 | 11 | 45,8 | 24 | 2,5 | | |
| Indígena | - | - | 3 | 42,9 | 4 | 57,1 | 7 | 0,7 | | |
| Estado conjugal | | | | | | | | | | |
| Sem companheiro | 78 | 13,9 | 158 | 28,1 | 326 | 58,0 | 562 | 57,3 | 0,114 | 0,002 |
| Com companheiro | 44 | 10,5 | 162 | 38,8 | 212 | 50,7 | 418 | 42,7 | | |
| Escolaridade | | | | | | | | | | |
| Analfabeto | 32 | 15,1 | 68 | 32,1 | 112 | 52,8 | 212 | 21,7 | 0,060 | 0,135 |
| 1 a 4 anos de estudo | 63 | 11,5 | 193 | 35,2 | 293 | 53,4 | 549 | 56,1 | | |
| 5 ou mais | 27 | 12,4 | 58 | 26,6 | 133 | 61,0 | 218 | 22,3 | | |
| Renda individual | | | | | | | | | | |
| Ausência de renda | 10 | 13,3 | 15 | 20,0 | 50 | 66,7 | 75 | 7,7 | 0,061 | 0,300 |
| Menos de 1 salário | 2 | 11,8 | 5 | 29,4 | 10 | 58,8 | 17 | 1,7 | | |
| 1 a 3 salários | 101 | 12,5 | 276 | 34,2 | 430 | 53,3 | 807 | 82,6 | | |
| 4 ou mais salários | 9 | 11,5 | 23 | 29,5 | 46 | 59,0 | 78 | 8,0 | | |
| Aposentado | | | | | | | | | | |
| Sim | 81 | 12,2 | 258 | 38,7 | 327 | 49,1 | 666 | 68,0 | 0,192 | < 0,001 |
| Não | 41 | 13,1 | 62 | 19,8 | 210 | 67,1 | 313 | 32,0 | | |
| Total | 122 | 12,4 | 320 | 32,7 | 538 | 54,9 | 980 | 100 | | |

Fonte: autora, 2013.

* Cramer's V ($p \leq 0,05$).**Tabela 2.** Razão de chance e intervalo de confiança (IC) das variáveis sociodemográficas e econômicas de acordo com a classificação tabágica dos idosos. Uberaba/MG, 2012

| Variáveis | Classificação tabágica | | | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------|---------|-----------------|------------------------|---------|
| | Tabagista | | | Ex-tabagista | | |
| | Razão de chance | Intervalo de confiança | p* | Razão de chance | Intervalo de confiança | p* |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 3,57 | 2,21-5,77 | < 0,001 | 5,34 | 3,76-7,58 | < 0,001 |
| Feminino | - | - | - | - | - | - |
| Faixa etária | | | | | | |
| 60 a 69 anos | 2,36 | 1,30-4,26 | 0,004 | 0,81 | 0,52-1,26 | 0,356 |
| 70 a 79 anos | 1,13 | 0,73-1,56 | 0,678 | 1,07 | 0,73-1,57 | 0,707 |
| 80 anos ou mais | - | - | - | - | - | - |
| Estado conjugal | | | | | | |
| Sem companheiro | 1,82 | 1,16-2,85 | 0,008 | 1,11 | 0,80-1,54 | 0,509 |
| Com companheiro | - | - | - | - | - | - |
| Aposentado | | | | | | |
| Sim | 0,96 | 0,60-1,53 | 0,883 | 1,36 | 0,94-1,97 | 0,099 |
| Não | - | - | - | - | - | - |

Fonte: autora, 2013.

* Regressão Logística Multinomial Múltipla ($p \leq 0,05$). Categoria de referência: idosos não tabagistas.

Pesquisa realizada no Brasil com 84 indivíduos com média de idade de 33,44 anos verificou que 21,43% da amostra eram tabagistas, valores esses acima do encontrado no presente estudo²². Na literatura brasileira, em 1989, a prevalência de adultos fumantes era de 32%²³. Segundo dados mais recentes, existem no Brasil 14,8% de indivíduos acima de 15 anos que têm esse hábito²⁰. Dessa forma, mesmo que os delineamentos dos estudos não sejam equiparáveis, é possível observar intensa redução do consumo de tabaco no país.

Nesse sentido, vale ressaltar que, de acordo com o *International Tobacco Control* (ITC), o Brasil é líder nas Américas em relação ao controle do tabaco e está em primeiro lugar em nível mundial nas advertências sanitárias em embalagens²⁴.

O processo antitabaco se iniciou em 1975 e vem, ao longo dessas décadas, criando diversas leis, programas e campanhas de controle para prevenção e cessação do vício²⁵. O governo e instituições de combate ao cigarro vêm atuando em diversos segmentos, por exemplo, nos preços e impostos dos produtos derivados do tabaco; leis que proíbem o consumo de cigarro em lugares fechados; advertências sanitárias e alertas nas embalagens e nas propagandas explicativas sobre os riscos de fumar e os benefícios de quem cessa²⁴.

Ao contrário do que discutimos acima, a redução do vício do cigarro entre os idosos não acontece na mesma velocidade que entre a população adulta, podendo esse fato ser observado ao se comparar o percentual (12,4%) de idosos tabagistas do presente estudo com a prevalência (12,8%) encontrada por Lima-Costa no ano de 2004²⁶. Dessa maneira, mesmo com metodologia diferente, é possível verificar que quase dez anos depois houve uma redução mínima do consumo de tabaco nessa população. Isso pode estar relacionado à escassez de ações de saúde que incentivam o abandono desse hábito nos indivíduos com 60 anos ou mais²⁷.

As proporções de idosos ex-tabagistas observada no presente estudo corroboram os dados do Vigitel, o qual evidencia que 35,2% das pessoas com 65 anos ou mais cessaram o hábito do tabaco¹⁹. Divergente da presente pesquisa, Lima e Faustino²⁸ encontraram em sua revisão integrativa prevalência de idosos ex-tabagistas que variou de 22,1% a 56,6%. De acordo com os dados coletados em 2008 pelo PNAD, 41,5% dos idosos tentaram parar de fumar no último ano que antecedeu a pesquisa²⁹, percentual esse acima do da presente investigação.

Convergente aos dados encontrados no presente estudo, algumas pesquisas citadas a seguir também verificaram maior risco de chance de os idosos serem do sexo masculino. O *The Global Adult Tobacco Survey* (GATS) de 16 países verificou que a prevalência de tabagismo em idosos do sexo masculino variou de 12,6% (IC: 10,9-14,4) nos Estados Unidos e 12,6% (IC: 12,0-13,3) na Inglaterra até 40,7% (IC: 34,2-41,4) na Rússia. Já as idosas tabagistas apresentaram-se em proporção bem menor, variando de 0,00% na Ucrânia a 21,0% (IC: 16,3-26,7) nas Filipinas³⁰. No Brasil, o Estudo Multidimen-

sional dos Idosos de Porto Alegre (EMIPPOA) encontrou prevalência significativamente maior ($p = 0,004$) em homens fumantes (20,8%), quando comparados às mulheres (13,0%)³¹. O inquérito de São Paulo também observou maior concentração de consumidores de tabaco (17,5%, IC: 10,1-14,7) entre os idosos do sexo masculino⁸.

Um dos fatores que tem sido discutido na literatura é que os homens apresentam mais de hábitos de vida não saudáveis como o tabagismo do que as mulheres³². Isso ocorre pelo fato de o consumo de cigarros ter se espalhado na década de 1920 do século passado, inicialmente entre os homens³³.

O sexo tem sido considerado um dos fatores sociodemográficos de associação com o tabaco, mostrando que a prevalência é maior em homens do que em mulheres. Uma informação relevante é o grande número de experimentação de tabaco entre os indivíduos do sexo feminino e o consequente aumento da prevalência nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, a redução do consumo de cigarros é mais rápida entre homens do que entre as mulheres. O contrário acontece para os países em desenvolvimento, porém essa redução acontece de forma bem mais lenta³⁴. Portanto, a situação da prevalência de fumantes, segundo o sexo, em idosos deve ser analisada com cautela, uma vez que se observa propensão à inversão dos percentuais^{35,36}.

Nota-se que, apesar de estarem sendo evidenciadas maiores proporções de hábito de fumar entre os homens, esses têm deixado de fumar mais do que as mulheres, de acordo com a presente pesquisa e os estudos a seguir.

Os dados da Pesquisa sobre Mortalidades Atribuíveis ao Tabagismo (Pesquisa-SAM), realizada em 16 capitais brasileiras, evidenciaram maior prevalência de ex-tabagistas no sexo masculino, variando de 30,3% em Brasília a 69,2% em Vitória, sendo este último percentual acima do encontrado no presente estudo³⁷. Assim como na presente investigação, os resultados do Vigitel também verificaram que os homens estão deixando de fumar com o avanço da idade, e aqueles que tinham entre 18 e 24 anos apresentaram percentual de abandono do fumo de 11,4%, e aqueles que tinham 65 anos ou mais apresentaram 52,6%²⁰.

Essa redução também acontece dentro das faixas etárias senis. No presente estudo, observou-se que os idosos tabagistas tendem a estar entre 60 e 69 anos. Os dados corroboram os resultados evidenciados na investigação realizada em Porto Alegre com 832 indivíduos com 60 anos ou mais, o qual apresentou prevalência significativamente maior (23,9%) naqueles que se encontravam na primeira faixa etária da velhice, quando comparados às outras³¹. Freitas *et al.*³⁸ também verificaram maior proporção de idosos tabagistas com 60 a 69 anos.

Essa população costuma subestimar os riscos e superestimar os benefícios do vício¹⁰. Nesse sentido, os idosos só são encorajados a abandonar o cigarro quando surge alguma doença relacionada³³, que, por sua vez, tende a aparecer com maior tempo de exposição ao tabaco e idade avançada³⁹.

Além disso, a morte precoce dos indivíduos com 60 anos ou mais que consomem cigarro é uma das características que levam à redução dessa prevalência com o avanço da idade⁴⁰.

Outro fator significativamente estatístico observado no presente estudo é o maior risco de chance de os idosos tabagistas não terem companheiro, o que corrobora o estudo de Senger *et al.*³¹. Divergente da presente pesquisa, Madruga *et al.*⁴¹ verificaram em seu estudo que o estado conjugal não influenciou na condição tabágica dos idosos, assim como na investigação realizada por Freitas *et al.*³⁸.

O parceiro é visto positivamente e negativamente, uma vez que aquele que fuma pode atrapalhar o outro a abandonar o hábito⁴², e aqueles companheiros que não são fumantes tendem a estimular o parceiro a cessar o vício, dando apoio nas diferentes fases de abstinência⁴³.

Pesquisa realizada com 572 idosos residentes em 13 instituições de longa permanência verificou que os menores níveis de dependência à nicotina estavam relacionados aos indivíduos que, de alguma forma, mantinham um vínculo afetivo, independente do tipo⁴⁴. Segundo Fernandes⁴⁵, o tabagismo é considerado um refúgio para enfrentar a solidão. Na investigação de Carvalho *et al.*⁴⁴, a solidão está associada à dificuldade de cessação do hábito, principalmente naqueles com idade mais avançada. De acordo com as Diretrizes para Cessação do Tabaco, o apoio familiar e de amigos é de grande relevância para a redução do tabagismo entre idosos⁴⁶.

O estudo apresenta como limitação o delineamento transversal, o qual observa os preditores e desfechos apenas naquele momento, não podendo ser observada a causalidade.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa encontrou percentual de 12,4% de idosos tabagistas e 32,7% de ex-tabagistas. Havendo 3,57 mais riscos de chance de os idosos tabagistas serem do sexo masculino; 2,36 mais riscos de chance de estarem na faixa etária de 60 a 69 anos e 1,82 mais risco de chances de não terem companheiro(a). Os idosos ex-tabagistas apresentaram 5,34 mais riscos de chance de serem do sexo masculino.

Diante dos resultados, verifica-se a necessidade da elaboração de ações que conscientizem a população idosa dos malefícios que o tabaco provoca e dos benefícios alcançados com o abandono do vício, mesmo na idade avançada.

Ressalta-se que são necessários mais estudos que envolvam o consumo de tabaco entre os idosos, objetivando esclarecer melhor outros fatores predisponentes.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Dayane Aparecida Viana, Leiner Resende Rodrigues e Darlene Mara dos Santos Tavares – Contribuíram signifi-

cativamente na concepção e desenho do estudo, análise, interpretação dos dados, elaboração do artigo, revisão crítica do seu conteúdo intelectual e aprovação da sua versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prof. Dr. José Antônio Baddini Martinez da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, por suas considerações, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. Disponível em: <http://www.onu.org.br/populacao-com-mais-de-60-anos-alcancara-1-bilhao-de-pessoas-em-uma-decada/>. Acesso em: 2 Nov, 2012.
2. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, DF; 2005. 60p. (Organização Pan-Americana da Saúde).
3. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. As propriedades psicométricas do teste de Fagerström para dependência de nicotina. *J Bras Pneumol*. 2009;35(1):73-82.
4. Souza JCA, Conegero CI. Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado da Educação. Universidade Estadual de Maringá. Caderno de Educação: Tabagismo. (Programa de Desenvolvimento Educacional). Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2276-6.pdf>. Acesso em: 2 Nov, 2012.
5. Ruas ECM. Advertências sanitárias: uma estratégia de comunicação na redução do tabagismo. *Rev Eletr de Com Inf Inov Saúde* (Rio de Janeiro). 2012;6(3).
6. Sindicato Nacional dos Papeleiros. Cigarro causa mais danos à pele que o sol. Disponível em: www.sinap.org.br/canais/tempo_saude.php?id=2772008. Acesso em: 2 Nov, 2012.
7. Marinho V, Laks J, Coutinho ESF, Blay SL. Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2213-33.
8. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de saúde no estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):583-95.
9. George FHM. Programa tipo de actuação em cessação tabágica. Circular Normativa nº 26/DSPPS. Portugal; 2007. 76p.
10. Halty LS, Hüttner MD. Quais são as práticas mais efetivas para abordar os pacientes idosos?. In: Araújo AJ. Manual de condutas e práticas em tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro: Gen Editorial; 2012.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Coordenação Geral de Informações de Saúde. População residente: notas técnicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popdesc.htm>. Acesso em: 2 Nov, 2012.
12. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci YJ. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
13. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. Assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community [tese]. London: London School of Hygiene and Tropical; 1987.

14. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004;30(Supl 2):3-76.
15. Araújo AJ. Manual de condutas e práticas em tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia Tisiologia. Rio de Janeiro: Gen Editorial; 2012.
16. National Institut for Health Research. The Information Centre (2008). Statistics on Drug Misuse. England, 2008. Disponível em: <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/Drugmisuse08/Statistics%20on%20Drug%20Misuse%202008%20final%20format%20v12.pdf>. Acesso em: 10 Set, 2013.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation. *MMWR*. 2008;13(58):1227-32. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5844a2.htm>. Acesso em: 10 Set, 2013.
18. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011. 176p.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF; 2012. 134p.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer; Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa Especial de Tabagismo: PETab: Relatório Brasil. Rio de Janeiro, RJ; 2011. 15p.
21. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Tinoco ALA, Rosado LEFPL, et al. Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(Supl 1):5-15. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/202>. Acesso em: 10 Set, 2013.
22. Munaretti CL, Terra MB. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(2):108-15.
23. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Instituto de Planejamento de Gestão Governamental. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição. Brasília; 1989. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=pnsn. Acesso em: 10 Set, 2012.
24. ITC Brasil: Resumo. Brasília, DF; 2009. 4p. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/810_ITC_BRAZIL.pdf. Acesso em: 2 Nov, 2013.
25. Mirra AP, Marcondes RS, Pereira ISTB, Stewien GTM. Resgate histórico do controle do tabagismo na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: relato de uma experiência. *Saúde Soc*. 2009;18(1):164-70.
26. Lima-Costa MF. A saúde dos adultos na região metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. *Fiocruz*; 2004. 120p.
27. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo: faltam campanhas para idosos. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=2058>. Acesso em: 10 Set, 2013.
28. Lima PVSF, Faustino AM. Aspectos gerais do tabagismo entre idosos no Brasil: revisão de literatura. *Rev Eletrônica Gest Saúde*. 2013;4(1):1860-77. Disponível em: <http://www.gestaosaude.unb.br/index.php/gestaosaude/article/view/381/pdf>. Acesso em: 10 Out, 2012.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: tabagismo 2008. Rio de Janeiro, RJ; 2009. 128p.
30. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhala N, et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet*. 2012;380(9842):668-79. Disponível em: <http://press.thelancet.com/GATS.pdf>. Acesso em: 5 Set, 2013.
31. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider H, Gomes I, Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):713-9.
32. Camarano AA (Org.). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro, RJ: IPEA; 2002.
33. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(1):1-10.
34. World Health Organization. World no tobacco day 2004 materials. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/em>. Acesso em: 10 Set, 2013.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro, RJ; 2004. 186p.
36. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):1925-34.
37. Corrêa PCR, Barreto SM, Passos VMA. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. *BMC Public Health*. 2009;9:206.
38. Freitas ERF, Ribeiro LRG, Oliveira LD, Rissas JM, Domingues VI. Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(2):277-87.
39. Agahi N, Shaw BA. Smoking trajectories from midlife to old age and the development of non-life-threatening health problems: a 34-year prospective cohort study. *Prev Med*. 2013;57:107-12.
40. Gravina CF, Rosa RF, Franken RA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(3 Supl 2):101-12.
41. Madruga CS, Ferri CP, Pinsky I, Blay SL, Caetano R, Laranjeira R. Tobacco use among the elderly: The first Brazilian National Survey (BNAS). *Aging Ment Health*. 2010;14(6):720-4.
42. Dobkin PL, De CM, Paraherakis A, Gill K. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*. 2002;97(3):347-56.
43. Afonso F, Pereira MG. Comportamento tabágico: um estudo com fumantes, ex-fumantes e não fumantes. *Temas Psicol*. 2013;21(2):379-89.
44. Carvalho AA, Gomes L, Tavares AB. Tabagismo em idosos em instituições brasileiras de longa permanência. *Acta Médica Portuguesa*. 2010;23:167-72. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/619/303>. Acesso em: 12 Ago, 2013.
45. Fernandes HJ. Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança. [dissertação]. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto; 2007. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2668/1/Solidao%20em%20idosos%20do%20meio%20rural%20do%20concelho%20de%20Braganca.pdf>. Acesso em: 10 Out, 2013.
46. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-80.