



Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados

Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons

Marcelia Barezzi Barbosa¹
Cláudio Vitorino Pereira²
Danielle Teles da Cruz²
Isabel Cristina Gonçalves Leite²

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência e os fatores associados ao consumo de tabaco e de álcool em uma amostra de idosos residentes do município de Juiz de Fora (MG), Brasil. **Método:** Estudo transversal, realizado por meio de inquérito domiciliar, com uma amostra de 400 idosos, com os quais foram realizadas entrevistas por meio de questionário, incluindo os testes de Fagerström e Audit C. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e regressão multinomial. **Resultados:** A prevalência de tabagismo foi de 9,0%, ex-tabagista 32,0%, consumo de álcool foi de 26,7% e uso concomitante de álcool e tabaco de 3,2%. No modelo de regressão logística multinomial, as características que permaneceram associadas significativamente ao tabagismo foram sexo masculino, idade de 60 a 70 anos; e presença de problemas de saúde autorreferida; e quanto ao consumo de álcool, as características que permaneceram associadas foram sexo masculino e fragilidade. **Conclusão:** O idoso que vive na comunidade, que consome bebidas alcoólicas e/ou que é tabagista representa uma baixa prevalência, porém, de maneira quase exclusiva, apresenta comprometimento do estado de saúde e potencialmente da qualidade de vida. Quanto ao perfil, há semelhanças dos aspectos sociodemográficos e de saúde, sugerindo a possibilidade de um enfoque mais direcionado quanto à abordagem desses indivíduos.

Palavras-chave:

Envelhecimento
Populacional. Saúde do Idoso.
Alcoolismo. Tabagismo.

Abstract

Objective: The present study aims to evaluate the prevalence of and factors associated with the use of tobacco and alcohol among elderly people living in the northern part of the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. **Method:** A cross-sectional study conducted through a home survey was performed with a sample of 423 elderly citizens. Interviews were conducted through a questionnaire including the Fagerström and Audit-C tests. The data were subjected to descriptive statistical analysis and multinomial regression.

Keywords: Demographic
Aging. Health of the Elderly.
Alcoholism. Tobacco Use
Disorder.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Processo: 480163/2012-0). Edital universal com recursos para material de consumo e permanente.

Results: The prevalence of elderly smokers was 9.0%, 32.0% were former smokers, 26.7% of the sample consumed alcoholic beverages and 3.2% used alcohol and smoked. In the multinomial logistic regression model, the factors that were significantly associated with smoking were the male gender, an age of 60 to 70 years old; the presence of self-reported health problems; while the consumption of alcohol was associated with the male gender and frailty. *Conclusion:* There was a low prevalence of elderly people living in the community who consumed alcoholic beverages and/or were smokers. Such individuals, however, almost exclusively suffered from impaired health and potentially a poor quality of life. Regarding the profile of such elderly persons, there were similarities between the socio-demographic and health variables, suggesting the possibility of a more targeted approach to these individuals.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é um fenômeno global responsável por gerar diversas repercussões na assistência aos idosos, desde o cuidado direto em seu domicílio até a necessidade de maiores investimentos nos programas e políticas públicas, tais como ampliação da rede de atenção básica voltada a eles^{1,2}.

Embora o envelhecimento seja um processo natural, leva também o organismo a várias alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde; o idoso pode sofrer gradual perda cognitiva, apresentar mudanças comportamentais e emocionais³.

O consumo de tabaco foi um comportamento tolerado e até exaltado ao longo de décadas. Os meios de comunicação em massa veicularam propagandas de cigarro, que reforçavam a crença no belo, na virilidade e masculinidade, com estabelecimento de um estilo de vida. Atualmente, há ênfase nos malefícios do tabagismo nos programas de televisão, artigos de revistas e jornais. A mudança do perfil de informação e propaganda, com o passar do tempo, justifica-se no alto índice de morbimortalidade^{3,4}. Em 2011, o tabagismo foi responsável por 147.072 óbitos, 2,69 milhões anos de vida perdidos, 157.126 infartos agudos do miocárdio, 75.663 acidentes vasculares cerebrais e 63.753 diagnósticos de câncer. O custo para o sistema de saúde foi de R\$ 23,37 bilhões. O monitoramento da carga tabágica tornou-se uma importante estratégia para fortalecimento das políticas de saúde pública⁵.

O consumo de álcool é a terceira causa de doença e morte prematura em nível mundial⁶.

Apesar das formas de classificação de consumo, a ingestão de bebidas alcoólicas pelo idoso pode ser potencialmente nociva à saúde independentemente do seu padrão (quantidade e frequência), mesmo que o idoso não receba um diagnóstico formal de abuso ou dependência⁷. A utilização de álcool e drogas por indivíduos idosos pode ocasionar piora do estado físico e/ou mental, isolamento social e comprometimento cognitivo⁸.

Estudo português apontou que 6% a 11% dos pacientes idosos admitidos em hospitais gerais apresentavam sintomas de dependência alcoólica⁹. Quanto ao tabagismo, a sua prevalência nos idosos é menor quando comparado aos adultos¹⁰, em decorrência de óbito precoce dos tabagistas, da cessação tabágica com o surgimento de doenças e da opção em aderir a comportamentos mais saudáveis. Porém, o número absoluto de idosos tabagistas tende a aumentar com o envelhecimento da população¹¹.

Os efeitos deletérios do tabagismo ocasionam diminuição na expectativa de vida. As mulheres tabagistas podem apresentar 4,47 anos a menos em relação as não tabagistas, enquanto, os homens que fazem uso rotineiro do tabaco possuem decréscimo de 5,03 anos em relação àqueles que não fumam. Além disso, o tabagismo ocasiona diminuição da qualidade de vida, devido às condições patológicas a ele relacionadas¹².

O hábito de fumar está particularmente associado a usuários de bebidas alcoólicas¹³. Essa junção de exposição a fatores de riscos predis põem o sujeito a importantes alterações na capacidade visual e cognitiva, que causam sofrimento pessoal, familiar e alto custo social⁸.

Contudo, no Brasil, poucos dados existem no que diz respeito à prevalência do tabagismo e consumo de álcool na população idosa. O presente estudo tem por objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados ao uso de tabaco e de álcool em uma amostra de idosos residentes do município de Juiz de Fora (MG).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que incluiu indivíduos de 60 anos ou mais, não institucionalizados e residentes na região da Zona Norte da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. A amostra é representativa da população do município, por ser a Zona Norte a região com a maior disponibilidade territorial na área urbana e o segundo maior quantitativo populacional do município, além de agregar o maior quantitativo de bairros, concentração de assentamentos subnormais e de programas sociais. O presente estudo origina-se da segunda onda de um estudo longitudinal, cuja primeira onda foi desenvolvida em 2010¹⁴.

Nessa segunda onda do estudo, o cálculo do tamanho da amostra foi estimado a partir do estudo desenvolvido em 2010 e dados do Censo 2010. Tratando-se de múltiplos desfechos investigados na atual etapa, o tamanho amostral foi calculado com base na prevalência de 50%, *deff* 1,5 (considerando efeito de estratificação de *cluster*) e nível de significância de 95%. O estudo de 2010 foi constituído por 420 idosos e os participantes foram selecionados por amostragem aleatória estratificada e conglomerada em múltiplos estágios. As unidades primárias foram os setores censitários. Para o sorteio, os setores foram agrupados em estratos definidos de acordo com as diferentes modalidades de atenção à saúde à qual a população do setor estava adstrita, subdivididos em atenção primária [Estratégia Saúde da Família (ESF) ou tradicional], atenção secundária ou área descoberta. A seleção desses setores foi feita com probabilidades proporcionais ao seu tamanho de forma independente em cada estrato.

Para o inquérito de 2014, o cálculo do tamanho da amostra foi estimado a partir dos dados do trabalho anterior e dos resultados do censo de 2010 do IBGE referentes à população da área delimitada, no nível de desagregação setor censitário. Houve mudanças

no quantitativo populacional e na constituição desses setores, o que exigiu o redimensionamento da amostra probabilística representativa baseada em estratificação e conglomeração. Foram revisitados todos os idosos participantes da primeira onda. As perdas ao longo dos quatro anos decorrentes da dinâmica populacional foram compensadas pelo método *oversample*, respeitando a amostragem por conglomerados. Idade, sexo e nível de escolaridade foram variáveis selecionadas para determinar a entrada de novos sujeitos.

Assim, 248 idosos incluídos na amostra de 2010 participaram do estudo, além de 175 novos idosos, sendo a pesquisa composta por 423 indivíduos. Nos casos em que os idosos não alcançaram a pontuação mínima no Miniexame de Estado Mental (MEEM) esses foram julgados incapazes de responder ao questionário, então o seu cuidador foi o respondente (neste caso, questões de autopercepção não foram respondidas). Na ausência de outro respondente, o idoso foi excluído do estudo.

O questionário utilizado foi padronizado e testado previamente por meio de um estudo piloto, com 50 indivíduos idosos residentes em uma região distinta da selecionada para amostragem desta pesquisa, a fim de verificar a aplicabilidade do instrumento e ainda aprimorar o perfil de entrevistador dos pesquisadores de forma prática. A coleta de dados ocorreu no domicílio dos idosos, entre os meses de setembro de 2014 e março de 2015. Foi realizado controle de qualidade das informações coletadas, no qual 10% da amostra foram avaliadas por nova entrevista parcial.

Considerou-se o consumo de álcool e/ou tabaco como variáveis dependentes. As variáveis independentes foram agrupadas em três blocos: variáveis demográficas e socioeconômicas (Bloco 1: sexo; idade; escolaridade; cor de pele autorreferida; situação conjugal; nível socioeconômico – Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2013); variáveis referentes à saúde do idoso [Bloco 2: morbidades autorreferidas; fragilidade, mensurada de acordo com Escala de Edmonton; sugestão de ansiedade e/ou depressão, de acordo com a Escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4); quedas] e variáveis relacionadas ao serviço de saúde (Bloco 3: uso do Sistema Único de Saúde - SUS; plano de saúde; satisfação com o serviço médico de saúde; realização de consulta médica nos últimos três meses;

internação nos últimos três meses; atendimento no serviço de emergência nos últimos três meses). Para avaliação e classificação das questões sobre o consumo de tabaco e de álcool, foram utilizados o Teste de Fagerstrom e o Audit-C, respectivamente; ambos respondidos somente pelo próprio idoso.

Os dados foram submetidos à análise univariada descritiva para a obtenção das frequências e das prevalências das variáveis investigadas. Para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central e de dispersão. O teste qui-quadrado foi utilizado na análise bivariada, com correção de *Rao-Scott*. Toda análise foi realizada em módulo apropriado para análise complexa.

A análise multivariada foi baseada no modelo teórico proposto de determinação por blocos hierarquizados de variáveis (Figura 1), com o intuito de controlar possíveis fatores de confusão. De acordo com os apontamentos da literatura, os blocos hierárquicos foram construídos da seguinte forma: no primeiro bloco (determinantes distais) foram incluídas as variáveis demográficas e socioeconômicas. Essas foram responsáveis por condicionar as variáveis dos demais níveis de fatores associados. No segundo bloco (composto por determinantes intermediários) foram incluídas as questões referentes ao perfil de saúde do idoso. No terceiro bloco foram alocadas as variáveis relacionadas a serviços de saúde.

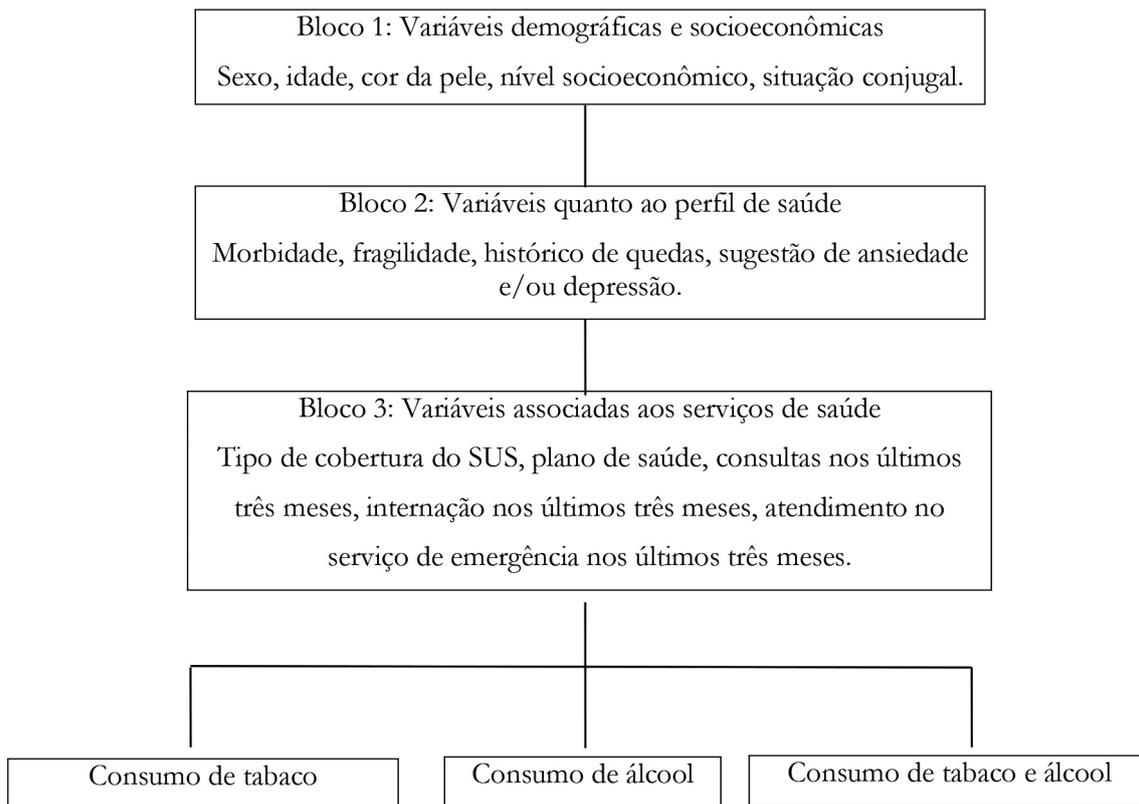


Figura 1. Modelo teórico de investigação da associação das variáveis independentes com o consumo de álcool e/ou tabaco em blocos hierarquizados. Juiz de Fora, MG, 2016.

Foram incluídas aquelas variáveis que obtiverem valor de $p \leq 0,10$ na análise bivariada. Utilizou-se a técnica de retirada gradativa das variáveis com base nos níveis de significância, permaneceram no modelo final aquelas que mantiverem um valor de $p < 0,05$. Para estimar as *odds ratio* (OR) brutas e ajustadas utilizou o modelo de regressão logística multinomial, com estimativa robusta de variância e intervalo de confiança de 95% (IC 95%). A *odds ratio* apresenta-se adequada para essa análise tendo em vista a baixa frequência dos eventos de interesse na amostra, não levando à superestimação da razão de prevalência.

Foram obedecidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, em conformidade com o que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora aprovou o estudo (Parecer nº 771/916), sendo esse financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo: 480163/2012-0). Todos os idosos participantes dessa pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram analisados 423 questionários, dos quais 23 idosos foram excluídos por reprovação no MEEM e não possuíam outro respondente. A amostra final foi constituída por 400 idosos, sendo que 315 (78,8%) questionários foram respondidos pelo próprio idoso e 85 (21,2%) por outro respondente. A comparação dos perfis dos idosos segundo respondente indicou semelhança entre os grupos, sendo analisados em conjunto.

Os participantes, quanto suas características sociodemográficas, eram em sua maioria mulheres (64,5%), casados ou em regime de união estável (55,8%), autodeclarados brancos (45,5%) e com renda média bruta familiar no mês entre 1.147,00 e 1.685,00 reais (59,0%). A média de idade foi de 73,8 anos ($\pm 8,0$) e a de escolaridade 4,2 anos ($\pm 3,4$). A presença de comorbidades foi relatada por 89,0% dos idosos, e 57,8% apresentavam algum nível de fragilidade (segundo a Escala de Edmonton). A sugestão de

ansiedade foi verificada em 72,7% dos idosos e a sugestão de depressão em 77,1% (Escala PHQ-4). Em relação aos serviços de saúde, a maioria dos idosos relatou utilizar o Sistema Único de Saúde (96,5%) e 60,3% possuíam plano de saúde. Dos idosos que utilizavam serviço médico de saúde, 81,3% estavam satisfeitos com o serviço.

As características da amostra segundo variáveis independentes foram descritas na Tabela 1.

No que se refere ao consumo de álcool, 26,7% dos idosos ingeriam bebidas alcoólicas. Destes, de acordo com a classificação do Audit-C, 78,6% faziam uso de uma a duas doses padrão ao beber, 83,3% nunca consumiam oito ou mais doses padrão de uma vez (uso binge, ou seja, uso pesado de álcool), e 5,4% foram classificados como consumidores de risco.

A prevalência do tabagismo foi de 9,0%, dentre eles 58,3% fumavam por volta de 31 a 50 anos; e a prevalência de ex-tabagistas foi de 32,0%. Aos idosos tabagistas aprovados no MEEM ($n = 30$) foi aplicado o Teste de Fagerström: 40,0% fumavam o primeiro cigarro do dia entre 6 e 30 minutos após acordar; 66,7% não tinham dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos; 70,0% afirmaram que o primeiro cigarro da manhã era o que trazia maior satisfação; 56,7% não fumavam mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia; 63,3% não fumavam quando acamados por doença; e 56,7% fumavam menos que 10 cigarros por dia. Na classificação do consumo 23,3% dos idosos apresentaram grau elevado de dependência da nicotina. A prevalência dos idosos que faziam uso de bebidas alcoólicas e que tinham o hábito de fumar foi de 3,2% dos entrevistados.

Na análise multivariada ajustada por bloco, no bloco 1 a variável sexo apresentou significância estatística ($p < 0,05$) tanto para o consumo de álcool como para o tabagismo; e idade foi estatisticamente significativa somente para o tabagismo. No bloco 2, foram significativas as variáveis fragilidade e presença de comorbidade autorreferida, para o consumo de álcool e para o tabagismo, respectivamente. No bloco 3 não houve variável significativa estatisticamente para nenhum dos desfechos.

Tabela 1. Características da amostra segundo variáveis independentes. Juiz de Fora, MG, 2016.

Variáveis	Consumo de Álcool		Tabagismo		Ex n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	
Bloco 1: Variáveis demográficas e socioeconômicas					
Sexo					
Masculino	42 (39,6)	64 (60,4)	13 (9,2)	49 (34,5)	80 (56,3)
Feminino	42 (20,1)	167 (79,9)	23 (8,9)	187 (72,5)	48 (18,6)
Idade					
60-70 anos	37 (27,2)	99 (72,8)	25 (15,9)	84 (53,5)	48 (30,6)
71-80 anos	34 (27,4)	90 (72,6)	10 (6,7)	89 (59,7)	50 (33,6)
Mais de 80 anos	13 (23,6)	42 (76,4)	1 (1,1)	63 (67,0)	30 (31,9)
Escolaridade					
Analfabeto	6 (20,7)	23 (79,3)	6 (12,2)	30 (61,2)	13 (26,5)
1 a 4 anos	47 (24,0)	149 (76,0)	21 (8,5)	149 (60,1)	78 (31,5)
5 anos ou mais	31 (34,4)	59 (65,6)	9 (8,7)	57 (55,3)	37 (35,9)
Situação conjugal					
Casado ou união estável	49 (27,8)	127 (72,2)	22 (9,9)	118 (52,9)	83 (37,2)
Outros	35 (25,2)	104 (74,8)	14 (7,9)	118 (66,7)	45 (25,4)
Nível socioeconômico					
A ou B	29 (32,6)	60 (67,4)	7 (6,0)	67 (57,3)	43 (36,8)
C	48 (26,1)	136 (73,9)	22 (9,3)	142 (60,2)	72 (30,5)
D ou E	7 (16,7)	35 (83,3)	7 (14,9)	27 (57,4)	13 (27,7)
Bloco 2: Variáveis referentes à saúde do idoso*					
Comorbidades					
Presença	71 (25,4)	208 (74,6)	29 (8,2)	217 (61,1)	109 (30,7)
Ausência	13 (36,1)	23 (63,9)	7 (15,6)	19 (42,2)	19 (42,2)
Doenças do sistema nervoso					
Sim	1 (8,3)	11 (91,7)	2 (11,8)	11 (64,7)	4 (23,5)
Não	70 (26,2)	197 (73,8)	27 (8,0)	206 (60,9)	105 (31,1)
Transtornos mentais e comportamentais					
Sim	1 (4,2)	23 (95,8)	5 (12,5)	31 (77,5)	4 (10,0)
Não	70 (27,5)	185 (72,5)	24 (7,6)	186 (59)	105 (33,3)
Doenças do sistema circulatório					
Sim	56 (27,5)	148 (72,5)	21 (8,0)	158 (60,5)	82 (31,4)
Não	15 (20,0)	60 (80,0)	8 (8,5)	59 (62,8)	27 (28,7)
Doenças do sistema respiratório					
Sim	2 (15,4)	11 (84,6)	2 (11,1)	11 (61,1)	5 (27,8)
Não	69 (25,9)	197 (74,1)	27 (8,0)	206 (61,1)	104 (30,9)
Doenças do sistema endócrino					
Sim	15 (19,5)	62 (80,5)	10 (9,8)	61 (59,8)	31 (30,4)
Não	56 (27,7)	146 (72,3)	19 (7,5)	156 (61,7)	78 (30,8)

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	Consumo de Álcool		Tabagismo		
	Sim	Não	Sim	Não	Ex
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Doenças do sistema osteomuscular					
Sim	16 (20,3)	63 (79,7)	7 (7,4)	61 (64,9)	26 (27,7)
Não	55 (27,5)	145 (72,5)	22 (8,4)	156 (59,8)	83 (31,8)
Doenças neoplásicas					
Sim	4 (26,7)	11 (73,3)	0 (0)	15 (68,2)	7 (31,8)
Não	67 (25,4)	197 (74,6)	29 (8,7)	202 (60,7)	102 (30,6)
Sugestão de ansiedade					
Sim	18 (20,9)	68 (79,1)	6 (7,0)	55 (64,0)	25 (29,1)
Não	66 (28,8)	163 (71,2)	24 (10,5)	127 (55,5)	78 (34,1)
Sugestão de depressão					
Sim	11 (15,3)	61 (84,7)	5 (6,9)	47 (65,3)	20 (27,8)
Não	73 (30,0)	170 (70,0)	25 (10,3)	135 (55,6)	83 (34,2)
Fragilidade					
Presente	7 (11,3)	55 (88,7)	8 (6,8)	70 (59,8)	39 (33,3)
Ausente	63 (32,6)	130 (67,4)	21 (9,5)	130 (58,6)	71 (32,0)
Quedas					
Sim	29 (26,9)	79 (73,1)	9 (6,4)	90 (63,8)	42 (29,8)
Não	55 (26,6)	152 (73,4)	27 (10,4)	146 (56,4)	86 (33,2)
Medicamentos de uso contínuo					
1 a 4 medicamentos	49 (28,8)	121 (71,2)	22 (10,8)	119 (58,3)	63 (30,9)
Mais que 4 medicamentos	25 (20,8)	95 (79,2)	9 (5,5)	103 (62,4)	53 (32,1)
Bloco 3: Variáveis relacionadas ao serviço de saúde					
Usa o Sistema Único de Saúde					
Sim	82 (27,0)	222 (73,0)	34 (8,8)	225 (58,4)	126 (32,7)
Não	2 (18,2)	9 (81,8)	2 (13,3)	11 (73,3)	2 (13,3)
Plano de Saúde					
Sim	54 (27,8)	140 (72,2)	17 (7,1)	144 (59,8)	80 (33,2)
Não	30 (24,8)	91 (75,2)	19 (11,9)	92 (57,9)	48 (30,2)
Internação nos últimos três meses					
Sim	1 (7,7)	12 (92,3)	1 (5,6)	12 (66,7)	5 (27,8)
Não	83 (27,5)	219 (72,5)	35 (9,2)	224 (58,6)	123 (32,2)
Precisou ser socorrido na emergência nos últimos três meses					
Sim	8 (23,5)	26 (76,5)	5 (11,6)	25 (58,1)	13 (30,2)
Não	76 (27,0)	205 (73,0)	31 (8,7)	211 (59,1)	115 (32,2)
Realização de consulta nos últimos três meses					
Sim	61 (25,3)	180 (74,7)	25 (8,2)	186 (61,2)	93 (30,6)
Não	23 (31,1)	51 (68,9)	11 (11,5)	50 (52,1)	35 (8,7)

*Excluídos os não respondentes.

A Tabela 2 apresenta os resultados após análise de regressão logística multinomial. Permaneceram no modelo final a variável sexo masculino para o consumo de álcool e para o tabagismo (OR ajustada= 2,14; IC 95% 1,14-4,04 / OR ajustada= 2,23; IC 95%

1,02-4,88), idade (OR ajustada= 20,54; IC 95% 2,69-157,08) e presença de comorbidades autorrelatadas (OR ajustada= 0,36; IC 95% 0,13-0,99) para o tabagismo; e para o consumo de álcool manteve-se a presença de fragilidade (OR ajustada= 0,31; IC 95% 0,12-0,80).

Tabela 2. Consumo de álcool e tabaco na população idosa, variáveis finais. Juiz de Fora, MG, 2016.

Variáveis	Consumo de Álcool		Tabagismo		Ex	p
	OR ajustada (IC 95%)	p	OR ajustada (IC 95%)	p		
Sexo		0,018		0,045		<0,001
Masculino	2,14 (1,14; 4,04)		2,23 (1,02; 4,88)		6,05 (3,72; 9,84)	
Feminino	1		1		1	
Idade				< 0,001		
60 - 70 anos			20,54 (2,69; 157,08)			
71 - 80 anos			7,37 (0,91; 59,49)			
> 80 anos			1			
Comorbidades				0,047		0,224
Presença			0,36 (0,13; 0,99)		0,63 (0,30; 1,33)	
Ausência			1		1	
Fragilidade		0,015				
Sim	3,23 (1,25-8,31)					
Não	1					

DISCUSSÃO

Os dados deste estudo relatam a prevalência de idosos que consomem álcool e/ou tabaco na cidade de Juiz de Fora, MG. A proporção de tabagistas entre os homens foi maior do que entre as mulheres, assim como quando relacionado com o consumo do álcool. Os principais achados em relação ao consumo de álcool e de tabaco relativos ao bloco das variáveis demográficas e socioeconômicas foram o sexo masculino, enquanto que a variável idade principalmente na faixa etária de 60-70 anos se relacionou somente com o tabagismo. No bloco das variáveis quanto ao perfil de saúde, para o consumo de álcool a presença de fragilidade apresentou significância estatística, e para o tabagismo a presença de comorbidades se apresentou relevante.

A maior prevalência de alcoolistas e tabagistas, verificada em um estudo populacional no Brasil, foi encontrada em indivíduos do sexo masculino¹¹,

assim como estudo realizado na Tailândia¹⁵. Pesquisas realizadas no Reino Unido e nos Estados Unidos também demonstraram que o uso abusivo de álcool apresenta maior percentual entre os homens^{16,17}.

Embora pouco diagnosticado e não adequadamente avaliado, o consumo do álcool é comum entre indivíduos idosos e merece mais atenção pelo crescente aumento deste grupo etário. Ações em saúde pública têm direcionado a identificação do alcoolismo prioritariamente entre adultos e jovens, no entanto, as consequências físicas, sociais, psicológicas e cognitivas do álcool também abrangem os idosos. Os distúrbios cognitivos (Alzheimer e Parkinson) causados pelo álcool são mais frequentes entre idosos com longo tempo de consumo¹⁸.

A prevalência estimada de consumo de álcool desse grupo etário é de 10% na comunidade, 14% nas urgências hospitalares, 18% nas internações em enfermarias e 23% a 44% em unidades psiquiátricas¹⁹,

porém em nossa comunidade encontramos uma prevalência de 26,7% de idosos que ingerem bebidas alcoólicas. Faz-se necessário investigar o abuso de álcool pelos idosos tendo em vista melhorias sociais e em saúde, devido às transições demográfica e epidemiológica, este pode tornar-se um sério problema de saúde pública²⁰.

A sensibilidade aos efeitos do álcool aumenta com a idade: idosos podem começar a ter problemas pelo uso do álcool, mesmo que o seu padrão de consumo continue o mesmo²¹.

Segundo dados do Vigitel, em 2016, o tabagismo apresentava prevalência de 13,5% em indivíduos com idade entre 55 e 64 anos, já quando analisado pessoas com idade igual ou superior a 65 anos o percentual de tabagistas foi de 7,7%²², muito próximo do achado na população do presente estudo. O uso do tabaco associa-se à piora do estado de saúde e qualidade de vida, além de ser um fator de risco para a mortalidade prematura e as incapacidades por doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e câncer, dentre outras²³.

Em relação à faixa etária, verificou-se que o tabagismo é mais prevalente em idosos com idade entre 60 e 69 anos^{24,25}, o que condiz com os dados desta pesquisa. Com o avançar da idade o percentual de fumantes diminui²⁶. O tabagismo atual é mais prevalente entre os idosos do sexo masculino^{21,24}, corroborando os achados deste estudo. Um estudo aponta maior prevalência do hábito em idosos, contudo a pesquisa é oriunda de ambulatórios com atendimento para indivíduos que desejam parar de fumar, o que evidencia não só uma preocupação maior por parte da mulher no que diz respeito ao cuidado em saúde, mas principalmente, a busca pelo tratamento que vise à cessação tabágica²⁶.

Atualmente, há uma série de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para auxílio no abandono ao tabagismo, que também podem ser uma alternativa para os idosos^{27,28}. Quanto a grupos de tabagismo exclusivos para idosos não foram identificados estudos até o momento que discorram sobre a necessidade, mas há a sugestão da participação dessa população em programas de cessação do uso de tabaco em companhia de outras faixas etárias, com objetivo de favorecer a dinâmica e o enriquecimento do repertório temático, além

de permitir a relação intergeracional. Os idosos, geralmente, possuem menos laços sociais, quando em comparação com os jovens e adultos, por isso, deve-se preferir a abordagem em grupo, ampliando a rede de relacionamentos, os vínculos afetivos e as relações de interdependência²⁵.

Os idosos ainda tabagistas, constituídos por aqueles que conseguiram sobreviver às taxas excessivas das mortes prematuras provocadas pelo tabaco, tendem a ser pouco motivados a parar de fumar, subestimando os próprios riscos e considerando-se relativamente imunes aos prejuízos causados pelo tabaco²⁹.

Na literatura, foi evidenciada uma forte associação entre o tabagismo e consumo de álcool em idosos²⁴. Porém, poucas pesquisas investigaram as tendências e consequências do tabagismo e do consumo de álcool nessa população. Foi observada também associação direta do hábito de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas em idosos com depressão³⁰. Em nosso estudo, a depressão apresentou significância para o consumo de álcool.

Em um estudo conduzido em Minnesota, a presença de fragilidade nos idosos, principalmente na faixa etária entre 60-79 anos, correlacionou-se com o tabagismo e, por vezes, com preocupações com o consumo de álcool³¹, porém em nosso estudo a presença de fragilidade foi associada somente ao consumo de álcool. A fragilidade é um termo comumente usado para indivíduos idosos com riscos de desfechos precários, mas seu conceito por vezes é mal ou variavelmente definido na literatura, faltando uma definição e também um quadro clínico consensual³².

A propensão individual para desenvolver doenças relacionadas ao álcool está vinculada a múltiplas dimensões como padrão e duração do consumo e, ainda, em associação com fatores fisiológicos, biológicos, psicológicos e sociais³³.

Como limites do estudo pode-se ressaltar um eventual viés de memória, tendo em vista o autorrelato por parte dos idosos ou cuidadores; devido ao seu desenho transversal, não permite avaliação das relações temporais e mudanças de status de exposição ao longo do tempo. Contudo, ressalta-se a importância de estudos de base populacional e a minimização de possíveis vieses de seleção.

CONCLUSÃO

A prevalência de tabagismo no estudo foi de 9,0%; 5,4% de consumo de risco para o álcool e 3,2% de uso atual de tabaco e álcool. O perfil mais associado aos hábitos em questão foi idoso do sexo masculino, mais jovem e frágil.

Os idosos muitas vezes se tornam mais vulneráveis ao uso de álcool e tabaco e, gradualmente, esse comportamento poderá gerar um grande problema de saúde pública, já que o número de idosos no mundo aumenta progressivamente. Eles fazem parte de uma classe que apresenta vários problemas de saúde, uso de muitos medicamentos que, combinados com as substâncias nocivas presentes no fumo e álcool, tornam os idosos mais susceptíveis a interações, agravamento do quadro instalado, dificuldade de recuperação e da interação social.

A prevalência de tabagismo atual em idosos diminui com o avançar da idade, sendo mais prevalente na faixa etária dos 60–70 anos. Os

idosos do sexo masculino representam a maioria dos tabagistas quando comparados com idosas do sexo feminino. E a prevalência do consumo de bebidas alcólicas está igualmente distribuída nas faixas etárias e pelo teste de rastreio de consumo de álcool, a maioria encontra-se fora do risco de consumo nocivo.

Constata-se uma escassez de instrumental teórico que discorra sobre a questão em idosos, uma vez que os estudos recentes priorizam o jovem e o adulto tabagista e alcoolista. Não obstante, quando o idoso tabagista e/ou usuário de álcool faz parte da amostra, o que se tem disponível são prevalências, e os demais achados estão avaliados de maneira global e poucas investigações consideram as tendências e consequências desses hábitos entre a população idosa.

Ações de saúde, políticas de prevenção e intervenção devem ser planejadas, utilizando uma abordagem integrada com o social, o psicológico e o biológico, visando a diminuir o consumo abusivo do álcool e o tabagismo, bem como prevenir seus malefícios à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LM, Sena ELS, Pinheiro GML, Meira EC, Lira LSSP. Public policies for the elderly in Brazil: an integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(12):3543-52.
2. World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO; 2015.
3. Vargas R, Barbosa RM, Tavares FA. Ilusão das imagens: olhar psicossocial sobre fumar nos filmes brasileiros. *Psicol Soc*. 2014;26(N. Esp):235-44.
4. Gus I, Ribeiro RA, Kato S, Bastos J, Medina C, Zazlavsky C, et al. Variations in the prevalence of risk factors for coronary artery disease in Rio Grande do Sul-Brazil: a comparative analysis between 2002 and 2014. *Arq Bras Cardiol*. 2015;105(6):573-79.
5. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1283-97.
6. Anderson P, Moller L, Galea G, editores. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO; 2012.
7. Pillon SC, Cardoso L, Pereira GAM, Mello E. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):742-8.
8. Lintzeris N, Rivas C, Monds LA, Leung S, Withall A, Draper B. Substance use, health status and service utilisation of older clients attending specialist drug and alcohol services. *Drug Alcohol Rev*. 2016;35(2):223-31.
9. Serviço Nacional de Saúde. *Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. [Sem local]: Ministério da Saúde; 2012.
10. Malta DC, Campos MO, Oliveira MM, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):373-87.
11. Doolan DM, Froelicher ES. Smoking cessation interventions and older adults. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):119-27.

12. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1283-97.
13. Jiang N, Gonzalez ME, Ling PM, Glantz SA. Relationship of Smokefree Laws and Alcohol Use with Light and Intermittent Smoking and Quit Attempts among US Adults and Alcohol Users. *PLOS ONE*. 2015;10(10):1-17.
14. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):138-46.
15. Tran TT, Yiengprugsawan V, Chinwong D, Seubsman S, Sleight A. Environmental tobacco smoke exposure and health disparities: 8-year longitudinal findings from a large cohort of Thai adults. *BMC Public Health*. 2015;15:1-11.
16. Odermatt R, Stutzer A. Smoking bans, cigarette prices and life satisfaction. *J Health Econ*. 2015;44:176-94.
17. Silfen SL, Cha J, Wang JJ, Land TG, Shih SC. Patient characteristics associated with smoking cessation interventions and quit Attempt Rates Across 10 Community Health Centers With Electronic Health Records. *Am J Public Health*. 2015;105(10):2143-9.
18. Carraro TE, Rassool GH, Luis MAV. Nursing formation and the drugs phenomenon in the South of Brazil: nursing students' attitudes and beliefs on care. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(N. Esp.):863-71.
19. Rigo JC, Rigo JFO, Faria BC, Stein A, Santos VM. Trauma associated with alcohol use in the elderly. *Brasília Méd*. 2005;42(1/2):35-40.
20. Rao R, Schofield P, Ashworth M. Alcohol use, socioeconomic deprivation and ethnicity in older people. *BMJ Open*. 2015;5:1-6.
21. Silva AA. Alcoolismo em idosos. *Rev Cient Elet Psicol*. 2008;4(10):1-6.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: MS; 2017.
23. José BPS, Corrêa RA, Malta DC, Passos VMA, França EB, Teixeira RA, et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20 Supl. 1:75-89.
24. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, De Carli GA. Alcoholism and smoking in the elderly: relation to dietary intake and socioeconomic aspects. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):713-9.
25. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. *J Bras Pneumol*. 2008;34(9):695-701.
26. Goulart D, Engroff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, et al. Smoking in the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(2):313-20.
27. Prochaska JJ, Benowitz NL. The Past, present and future of Nicotine Addiction Therapy. *Annu. Rev. Med*. 2016;67:1-21.
28. Phillips A. Supporting smoking cessation in older patients: a continuing challenge for community nurses. *Bri J Community Nurs*. 2016;21(9):457-61.
29. Pellizzon RF. Research in Health area: 1 - DeCS Database (Descriptors in Health Sciences). *Acta Cir Bras*. 2004;19(2):153-63.
30. Cavalcanti BM, Urbano RV, Brandt CT, Bravo Filho V, Ventura MC, Nose W. Visual impairment due to tobacco and alcohol consumption in elderly patients from the western countryside of Pernambuco State, Brazil. *An Fac Med Univ Fed Pernamb*. 2007;52(2):95-9.
31. Chamberlain AM, Sauver JL, Jacobson DJ, Manemann SM, Fan C, Roger VL, et al. Social and behavioural factors associated with frailty trajectories in a population-based cohort of older adults. *BMJ Open*. 2016;6:1-11.
32. Abellan Van Kan G, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B. The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2010;26(2):275-86.
33. Rogers RG, Boardman JD, Pendergast PM, Lawrence EM. Drinking problems and mortality risk in the United States. *Drug Alcohol Depend*. 2015;151:38-46.

Recebido: 20/11/2017

Revisado: 14/02/2018

Aprovado: 23/02/2018