

Artigo Original

Consumo de álcool e tabaco: fator de risco para doença cardiovascular em população idosa do sul do Brasil

Alcohol and tobacco consumption: risk factor for cardiovascular disease on elderly population in the south of Brazil

 <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v5i1.2339>

Eveline Fronza Silva¹, Gabriela Laste²,
Ronaldo Lopes Torres³, Maria Paz L Hidalgo⁴,
Roberta Stroher⁵, Iraci Lucena da Silva Torres⁶

Resumo

Objetivo: este estudo transversal avaliou a prevalência de consumo de tabaco e/ou de álcool e de doenças cardiovasculares em população do sul do Brasil. Métodos e Indivíduos: população em estudo: 229 idosos (56,3% de mulheres e 43,7% de homens) com mais de 60 anos moradores da cidade de Cachoeira do Sul/RS. Utilizou-se questionário estruturado, contendo informações como idade, sexo, escolaridade, relato de uso de álcool, tabaco e doenças cardiovasculares. Resultados: 38,4% dos entrevistados relataram fazer uso de tabaco. Considerando os números totais por gênero, 66% dos homens e 17% das mulheres são tabagistas. Dentre os sujeitos que se declararam tabagistas,

37,5% consomem álcool e 24,5% dos entrevistados referiram serem ex-tabagistas. Gênero e escolaridade mostraram associação significativa com uso de tabaco na análise multivariada. As análises univariada e multivariada indicaram significativa associação entre doenças cardíacas e consumo de tabaco. Regressão logística mostrou associação entre hipertensão e tabagismo. A prevalência geral estimada para uso de álcool foi de 35,4% (12,4% para mulheres e 65% para homens). Cerca de 50% dos indivíduos hipertensos consomem álcool, e observamos associação significativa entre idade e consumo de álcool. Conclusão: Este é um estudo transversal não sendo adequado para estudo de causalidade. No entanto, podemos afirmar que, na amostra estudada, há associação entre consumo de álcool e/ou tabaco e aumento da prevalência de doenças cardiovasculares em idosos.

Palavras-Chave: Tabaco; Álcool; Idosos; Doenças cardiovasculares.

Abstract

Objective: This cross-sectional study evaluated the prevalence of tobacco and/or alcohol consumption and cardiovascular diseases in a population in southern Brazil. Methods and Individuals: study population: 229 elderly (56.3% of women and 43.7% of men) with more than 60 years living in the city of Cachoeira do Sul / RS. A structured questionnaire was used, containing information such as age, sex, education, and reports of alcohol, tobacco and cardiovascular diseases. Results: 38.4% of the interviewees reported using tobacco (66% of men and 17% of women) and 24.5% re-

¹ Programa de Pós Graduação Ambiente e Desenvolvimento do Centro Universitário UNIVATES

² Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul

³ Médico Pneumologista, Doutor em Ciências Pneumológicas

⁴ Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁶ Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço de correspondência: Av. Avelino Talini, 171 - Universitário, Lajeado - RS, 95900-000.

E-mail: iracitorres@gmail.com

Submetido em: 11/07/2016

Aceito em: 04/12/2016

ported being ex-smokers. Gender and schooling showed a significant association with tobacco use in the multivariate analysis. Among the subjects who declared themselves smokers, 37.5% consume alcohol. Univariate and multivariate analysis indicated a significant association between heart disease and smoking. Logistic regression showed association between hypertension and smoking. The overall prevalence estimated for alcohol use was 35.4% (12.4% of women and 65% of men). About 50% of hypertensive individuals consume alcohol and we observed a significant association between age and alcohol consumption. Conclusion: This is a cross-sectional study that is not suitable for causality study. However, we can affirm that there is an association between alcohol and/or tobacco consumption and an increase in the prevalence of cardiovascular diseases in the elderly.

Keywords: Tobacco; Alcohol; Elderly; Cardiovascular diseases.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os idosos representam mais de 18 milhões de pessoas, correspondendo a 10,5% da população, sendo que os idosos com mais de 80 anos alcançaram 1,4% do contingente brasileiro¹. Embora o envelhecimento seja um processo natural, é relacionado a alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde do indivíduo². Associadas a essas alterações, mudanças como aposentadoria, perda de amigos, solidão e isolamento social, deixam os idosos vulneráveis e mais propensos à intensificação de hábitos menos saudáveis, como o consumo abusivo de álcool e o tabagismo³. Assim, com o crescente envelhecimento populacional, aumenta a necessidade de maior entendimento de fatores de risco envolvidos na gênese das doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo das doenças cardiovasculares (DCV) prevalentes em idosos⁴.

Desde a década de 60, as DCV lideram as causas de óbito no país, sendo responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira e, em 2011, corresponderam a 30,69% dos óbitos em todas as idades e a 37,4% das mortes entre os idosos⁵. As doenças cardiovasculares são relacionadas a diversos fatores de risco, tais como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias, estresse, sedentarismo e tabagismo⁶.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) estima que 21% da população mundial adulta, ou seja, 950 milhões de homens e 177 milhões de mulheres, seja tabagistas⁷. Em seu Relatório de 2015, sobre a Epidemia Global de Tabagismo, a OMS⁷ relata que o consumo de tabaco foi associado a cerca de 100 milhões de falecimentos em todo o mundo durante o século XX, com cerca de 6 milhões de mortes anualmente, superando os óbitos por HIV/AIDS, malária e tuberculose combinados. Prevê-se que o hábito de fumar seja responsável por 85% dos óbitos provocados por enfisema e 45% dos óbitos por infarto do miocárdio, além de ser o responsável por 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% por câncer⁸. Apesar desses resultados, quando comparados aos jovens que fumam, sabe-se que os idosos tabagistas apresentam maior dependência nicotínica e fumam maior número de cigarros, o que dificulta a cessação do hábito⁹. O hábito de fumar está particularmente associado aos usuários de bebidas alcoólicas, predispondo o indivíduo a importantes alterações na capacidade visual e cognitiva, causando sofrimento pessoal, familiar e alto custo social¹⁰.

O consumo mundial de álcool, em 2010, foi de 6,2 litros de álcool por adulto (acima de 15 anos de idade), e estima-se que cerca de 3,3 milhões de mortes, ou 5,9% de todas as mortes globais no ano de 2012, foram atribuídas ao consumo de álcool. É importante salientar que 7,6% das mortes no sexo masculino, neste mesmo ano, por conta do consumo de álcool. Assim como para o tabagismo, estes números são superiores aos atribuídos a outros tipos de óbitos, como HIV/AIDS, violência ou tuberculose¹¹.

No Brasil, estima-se que 120 mil internações anuais ocorram em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) por doenças associadas ao uso de bebidas alcoólicas. Além disso, o consumo de álcool está relacionado a diversos problemas de saúde: cânceres, transtornos psiquiátricos, epilepsia, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, doença cerebrovascular, diabetes, cirrose hepática, quedas, intoxicações e homicídios¹².

A relação entre consumo de álcool e DCV é bastante complexa. O efeito cardioprotetor, da utilização de baixos níveis de álcool, sobre doenças isquêmicas do coração e acidentes vasculares isquêmicos não ocorre ~~em~~ quando há um consumo pesado deste. Além disso, o consumo de álcool é

relacionado a prejuízos à saúde, como hipertensão, fibrilação atrial e acidente vascular hemorrágico, independentemente do padrão de consumo¹³.

Considerando os dados epidemiológicos relatados, o aumento do envelhecimento populacional e o impacto significativo das DCV entre os idosos justificam o objetivo desse estudo transversal, que avaliou a prevalência de consumo de tabaco e/ou de álcool e de doenças cardiovasculares, em população do sul do Brasil.

MÉTODOS E INDIVÍDUOS

Este é um estudo transversal de base populacional, no qual foram escolhidos de forma aleatória (sorteio utilizando o programa Epi-Info) 10% do total de bairros e distritos (cinco bairros e dois distritos) da cidade de Cachoeira do Sul, que possui uma população de 84.629 habitantes. Estima-se que 11% da população do município esteja com mais de 65 anos. A amostra selecionada corresponde a 10% do total da população idosa do município, composta de por 131 idosos da zona urbana e 98 da zona rural, de ambos os sexos, com idade acima de 60 anos. Este município, localizado na região do Jacuí - Centro Sul do Brasil, caracteriza-se por uma economia essencialmente agrária, destacando-se as lavouras de arroz, com 37.270 ha de área plantada, de milho, com 5.000 ha, de soja, com 48.000 há, e diversas cabanhas presentes no interior do município. Possui uma população, estimada no ano de 2010, de 83.827 habitantes e estima-se que 12% da população do município esteja com mais de 65 anos¹³.

Foi utilizada uma amostra de conveniência baseada nos setores visitados pelos censores do IBGE, no período de julho a outubro de 2007. O tamanho amostral foi calculado baseado na dissertação de mestrado da primeira autora deste artigo, intitulada "Impacto da utilização de agrotóxicos sobre a saúde dos idosos em Cachoeira do Sul / RS: um estudo transversal" (<http://hdl.handle.net/10737/54>). Desta forma, utilizou-se o cálculo amostral original^{14, 15}, uma vez que, neste estudo, usou-se a mesma população de estudo do projeto maior. Para o cálculo amostral, foi considerada uma prevalência de uso de agrotóxicos de 45%, com um erro de 15% e um acréscimo de 10% para possíveis perdas, estimando-se que aproximadamente 229 idosos deveriam ser entrevistados.

O trabalho de campo foi realizado pela primeira autora deste estudo no momento da coleta de dados da Contagem da População (2007), tanto da zona urbana quanto da rural, até contemplar a amostra. Realizou-se entrevista domiciliar utilizando um questionário estruturado e validado no estudo "Avaliação do impacto da exposição a agrotóxicos sobre a saúde de população rural: Vale do Taquari"¹⁶. Este questionário foi elaborado para avaliar os seguintes parâmetros demográficos e comportamentais: município, gênero, idade (em anos completos), escolaridade (em anos de estudo), ocupação, região em que habitava (rural *versus* urbana), tabagismo, consumo de álcool e qualidade de sono, relato de doenças ou manifestações relacionadas, incluindo hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, hiperglicemia, artrite, cefaleia, doenças neurológicas, ansiedade, depressão, transtornos do sono, câncer, hérnia, doenças respiratórias, renais, cardíacas, orais, cutâneas, oculares, vasculares, gastrintestinais e endócrinas. Salientamos que o projeto desenvolvido no Vale do Taquari foi um projeto "guarda-chuva", onde o projeto Cachoeira do Sul estava inserido. Doenças e fatores de risco relacionados ao sistema cardiovascular foram agrupados (incluindo hipertensão arterial sistêmica, doenças vasculares, cardíacas e renais, hiperglicemia, hipercolesterolemia, uso de tabaco e consumo de bebidas alcoólicas), e os indivíduos da amostra foram categorizados em aqueles que relatavam pelo menos uma doença ou um fator de risco e os aqueles que não apresentavam qualquer doença ou fator de risco cardiovascular.

É interessante ressaltar que, em prévio estudo publicado por nosso grupo de pesquisa, utilizando esta mesma população estratificada em zona rural e urbana, não observamos diferença entre as zonas de moradia na proporção de idosos em relação ao consumo de álcool e tabaco¹⁵. Sendo assim, no presente estudo, optamos por não estratificar por zona de moradia.

Para garantir a preservação da privacidade, a minimização de riscos e desconfortos e a busca de benefícios, todos os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e em casos de impossibilidade, o TCLE foi assinado por seu responsável. O protocolo segue as condições estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprova-

do pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS com protocolo número 05/002.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS for Windows, versão 10.0. Na análise univariada, o teste qui-quadrado (χ^2) (Mantel-Haensel com correção de Yates), ou teste exato de Fisher, foi usado para verificar diferenças em proporções para as variáveis estudadas. Os dados foram expressos em frequências. A associação das categorias propostas com tabaco e álcool foi analisada por meio de Análise multivariada (regressão logística). Todas as variáveis foram incluídas no modelo de regressão logística, para controle de potencial confundidor e colinearidade. Os valores foram considerados significativos, quando o erro de tipo I ($P\alpha$) foi menor ou igual a 0,05.

RESULTADOS

Perfil de saúde dos usuários de tabaco

Foram entrevistados 229 idosos, com média de idade de 73 ± 8 anos, sendo 56% do sexo feminino. 54,6% do total da amostra encontravam-se na faixa etária de 65 a 75 anos. Analisando a escolaridade, 86% dos entrevistados estudaram menos de 4 anos, sendo que este percentual aumenta conforme se estabelece relação com os grupos etários, por exemplo, no grupo com mais de 75 anos, somente 10,4% estudaram mais de 4 anos (Tabela 1A).

Dentre os sujeitos entrevistados, 38,4% relataram fazer uso de tabaco e 24,5% relataram serem ex-tabagistas (dados não demonstrados). Na análise multivariada ($p < 0,05$ para ambos – Tabela 2), tanto o gênero quanto a escolaridade mostraram associação positiva com uso de tabaco. Observou-se maior prevalência de uso de tabaco entre os homens ($p = 0,001$ - Tabela 1B), destacando-se que 56,3% da amostra total são do sexo feminino e que apenas 17% das mulheres relataram fazer o uso dessa substância, versus 66% dos homens. Quanto ao uso de álcool, 37,5% dos tabagistas relataram fazer o uso (dado não demonstrado). A baixa escolaridade teve relação positiva com o uso do tabaco: 94,3% dos tabagistas tem menos de 4 anos de escolaridade ($p = 0,005$ - Tabela 1B). Com relação às faixas etárias analisadas, observamos que 48% dos

idosos, com idade entre 60 e 65 anos, fumam, o que corresponde a um incremento de aproximadamente 33% do percentual observado entre os indivíduos com mais de 65 anos (37,1%). Dentre os ex-tabagistas, 64,3% fumaram mais de 20 anos e 41,1% pararam de fumar há mais de 20 anos ($p < 0,001$ – dados não mostrados).

Ao analisarmos a associação de doenças cardíacas e o consumo de tabaco, evidenciou-se significância, tanto na análise univariada quanto na multivariada ($p = 0,001$ - Tabela 1B e 2). Ao controlar o potencial confundidor e a colinearidade, por meio da regressão logística, observou-se associação entre hipertensão e tabagismo ($p = 0,03$ – Tabela 2). Ao considerar a hipertensão em ex-tabagistas, observamos que 33,3% dos indivíduos com menos de 65 anos relataram esta patologia; esse percentual dobra, em relação aos indivíduos com mais de 65 anos (64%) ($p = 0,06$ – dados não demonstrados). Também foi observada associação significativa entre dislipidemia e tabagismo ($p = 0,03$ – Tabela 2). la 1A: Características gerais da amostra estudada:

Tabela 1A: Características gerais da amostra estudada:

Características	Frequência
Gênero	
Feminino	129 (56,3%)
Masculino	100 (43,7%)
Endereço	
Rural	98 (42,8%)
Urbano	131 (57,2%)
Escolaridade (anos de estudo)	
Menos de 4 (1)	197 (86%)
Igual ou mais de 4 (2)	32 (14%)

Tabela 1B: Análise Univariada da associação de uso de tabaco, características demográficas e relato de doenças, (1referencia 16, 2referencia 14).

Variável	Categorias	TABACO		P	Razão de Prevalência	95%CI
		Positivo N=88	Negativo N=141			
Gênero	Masculino (n= 100)	66	34	0,001*	9,44	5,09- 17,51
	Feminino (n= 129)	22	107			
Escolaridade	Menos de 4 anos (n= 197)	83	114	0,005*	0,43	0,94- 0,68
	Mais de 4 anos (n= 32)	5	27			
Idade	60 a 65 anos (n=27)	13	14	0,3	0,64	0,28-1,42
	Mais de 65 anos (n= 202)	75	127			
Hipertensão	Sim (n= 119)	46	73	0,52	1,20	0,59-1,74
	Não (n= 110)	42	68			
Diabetes	Sim (n=19)	7	12	1,0	0,93	0,35-2,46
	Não (n=210)	81	129			
Dislipidemia	Sim (n=38)	14	24	1,0	1,0	0,49-2,03
	Não (n=190)	73	117			
Doenças cardíacas	Sim (n=49)	40	9	0,001*	12,2	5,52-27,06
	Não (n=180)	48	132			

*Diferença significativa entre os grupos.

Tabela 2: Análise Multivariada da associação de uso de tabaco, características sociodemográficas e relato de doenças.

Variável	Beta	S.E.	P	R
Gênero	-1,51	0,37	0,001*	-0,22
Escolaridade	1,37	0,59	0,02*	0,10
Idade	0,72	0,54	0,17	0,001
Hipertensão	-0,89	0,42	0,03*	-0,09
Diabetes	0,74	0,77	0,33	0,001
Doenças Cardíacas	4,43	1,1	0,001*	0,22
Dislipidemia	-2,41	1,07	0,03*	-0,1
Constantes	-1,02	0,6	0,09	

*Diferença significativa entre os grupos.

Total de variância explicada pelo modelo 79,91%

Perfil de saúde dos usuários de álcool

Entre os idosos entrevistados, 35,4% relataram serem usuários de álcool, sendo em sua maioria homens ($p=0.001$ - Tabela 3). Na análise multivariada ($p<0,05$ - Tabela 4), a idade mostrou associação positiva com uso de álcool. Entre os indivíduos com mais de 65 anos, 34,6% são usuários de álcool versus 40,7% dos indivíduos com idade entre 60 e 65 anos. A maioria dos usuários de álcool consome cerveja (45,5%) e 34,1% consome mais de um tipo de bebida, tais como cerve-

ja, vinho, cachaça, entre outros ($p<0.001$ - dados não mostrados). Não foi observada associação significativa entre doenças cardíaca e consumo de álcool ($p>0,05$ - Tabela 4). 62,5% dos indivíduos entre 60 e 65 anos apresenta alguma doença cardíaca versus 61,1% com mais de 65 anos.

Em torno de 50% dos indivíduos das duas faixas etárias categorizadas neste estudo apresenta hipertensão e consome álcool, havendo uma associação significativa entre essas duas variáveis ($p<0,05$ - Tabela 4).

Tabela 3: Análise Univariada da associação de uso de álcool, características demográficas e relato de doenças (1referencia 16, 2referencia 14).

Variável	Categorias	ALCOOL		P	Razão de Prevalência	95%CI
		Positivo N=81	Negativo N=148			
Gênero	masculino(n= 100)	65	35	0,001*	13,12	6,74-25,52
	feminino (n= 129)	16	113			
Escolaridade ¹	menos de 4 anos (n= 197)	72	125	0,24	0,68	0,3-1,48
	mais de 4 anos (n= 32)	9	23			
Idade ²	60 a 65 anos (n=27)	11	16	0,34	0,77	0,34-1,75
	Mais de 65 anos (n= 202)	70	132			
Hipertensão	sim (n= 119)	44	75	0,68	1,16	0,67-1,99
	não (n= 110)	37	73			
Diabetes	sim (n=19)	5	14	0,46	0,63	0,21-1,82
	não (n=210)	76	134			
Dislipidemia	sim (n=81)	15	24	0,7	1,2	0,58-2,4
	não (n=148)	66	124			
Doença cardíaca	sim (n=49)	39	10	0,001*	12,8	5,9-27,84
	não (n=180)	42	138			

*Diferença significativa entre os grupos.

Tabela 4: Análise multivariada da associação de uso de álcool, características demográficas e relato de doenças.

Variável	Beta	S.E.	P	R
Idade	1,82	0,567	0,001*	0,19
Hipertensão	-2,14	0,53	0,001*	-0,25
Diabetes	-0,77	0,57	0,17	0,001
Doenças cardíacas	-0,27	0,60	0,66	0,001
Dislipidemias	-0,199	0,51	0,696	0,001
Tabagismo	0,23	0,51	0,65	0,001
Constante	1,44	0,54	0,008	

*Diferença significativa entre os grupos.

Total de variância explicada pelo modelo 82,89%

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou uma relação entre a prevalência de FRCV em idosos e o consumo de álcool e tabaco. Observamos que 38,4% dos idosos entrevistados relataram tabagismo. Esse é um resultado preocupante, pois exposições longas e intensas ao tabaco²¹, associadas ao processo de envelhecimento, induzem maior risco de desenvolvimento de doenças relacionadas ao tabagismo. O resultado desse estudo foi superior ao encontrado em estudos realizados com idosos em Goiânia (10,0%), em Bambuí (19,6%)¹⁷, em Pelotas (14,4%)¹⁸ e na amostra brasileira (12,7%)¹⁹. Entretanto, foi semelhante ao resultado encontrado em Fortaleza-CE (27,6%)²⁰.

Dentre os sujeitos entrevistados, 21,39% relatou doenças cardíacas, e este dado corrobora estudos prévios que demonstram que doenças cardíacas são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em idosos²². A prevalência dessas doenças eleva-se a partir dos 60 anos²³ e apresentam diversos fatores de risco (FR) modificáveis, tais como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias, tabagismo⁶.

No presente estudo, foi observada associação entre hipertensão e uso de tabaco corroborando estudos prévios, os quais demonstraram que, em idosos, o hábito de fumar está associado à alta taxa de mortalidade e entre as principais causas desta mortalidade estão as doenças cardiovasculares^{24, 25}. O hábito de fumar está associado ao desenvolvimento de hipertensão, aterosclerose, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, enfisema pulmonar, coronariopatias⁸. Além disso, cabe ressaltar que a prevalência de hipertensão arterial aumenta com a idade, sendo que mais de 50% da população, com 60 anos ou mais, tem hipertensão²⁶. Portanto, sendo estes dois fatores, o uso de tabaco e a hipertensão, predisponentes às doenças cardíacas, cerebrovasculares e renais²⁷.

Observou-se também associação significativa entre dislipidemias e tabagismo. Além disso, ao analisarmos o conjunto de doenças cardíacas, observamos que entre os indivíduos com mais de 65 anos, os tabagistas apresentaram maior prevalência das mesmas (64%). Por outro lado, entre os ex-tabagistas, esse percentual cai para 46%. Estas alterações podem ser explicadas pelo aumento da liberação de catecolaminas, responsáveis

pela elevação da frequência cardíaca, da pressão arterial e da resistência periférica, associado ao aumento da capacidade trombogênica, ambos induzidos pela nicotina. Associa-se, ainda, redução de 15% a 20% dos glóbulos vermelhos transportarem oxigênio. O monóxido de carbono, resultante de queima, liga-se à hemoglobina, lesando os vasos e favorecendo o depósito de gorduras²⁸. Neste mesmo sentido, um estudo, realizado com ex-tabagistas da Região Metropolitana de Belo Horizonte, mostra associação positiva com diagnóstico médico para angina ou infarto do miocárdio²⁹. É importante salientar que, apesar da presença de associação entre tabagismo e doenças cardíacas, no presente estudo, temos um intervalo de confiança amplo, o que pode ser resultado do tamanho amostral. O fato de somente 40 sujeitos apresentarem doenças cardíacas e informarem o consumo de tabaco pode ser uma limitação do estudo. Desta forma, os resultados deste estudo devem ser analisados com cautela, considerando que a população estudada foi amostrada por conveniência e que o número de idosos entrevistados pode não ter sido suficiente para evidenciar diferenças nas estratificações realizadas.

Em nosso estudo, observamos que 36,24% da população idosa com menos que 4 anos de escolaridade faz uso de tabaco *versus* 2,18% da população com escolaridade maior que 4 anos. Estes dados sugerem um fator de proteção entre fumo e escolaridade: quanto maior o nível de escolaridade menor o uso de tabaco. É importante salientar que, nas décadas de 10 a 40 do século XX, havia menor frequência à escola, priorizando o trabalho em detrimento da educação. Uma maior concentração de fumantes na população de menor escolaridade também foi verificada em outro estudo transversal realizado, utilizando dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), nas 26 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal³⁰, e segundo o Ministério da Saúde o uso regular do tabaco é ainda maior em pessoas com menor escolaridade. A prevalência naqueles que possuem o nível fundamental incompleto é de 20,2%, enquanto que na população que possui o ensino superior completo é de 8,8%³¹.

Em relação ao gênero, a amostra total foi constituída por 56,3% de mulheres e, dentre elas, apenas 17,5% relataram fazer o uso de tabaco *versus* 66% dos indivíduos do sexo masculino,

ou seja, o consumo de tabaco entre os homens foi aproximadamente 4 vezes maior do que no sexo feminino. Os últimos dados da organização mundial da saúde (OMS) mostraram que a maior prevalência no uso de tabaco foi observada em indivíduos do sexo masculino. Entre os países avaliados, Cuba apresentou o maior percentual, 54,7% da população masculina é fumante.

No Brasil, 22,1% dos homens são fumantes *versus* 13,3% das mulheres³². Em relação a algumas cidades brasileiras, um estudo feito em Bambuí (MG) e Belo Horizonte (MG) também encontrou um número maior de homens idosos fumantes, 31,4% e 19,6%, respectivamente, enquanto que 10,3% e 8,1% das mulheres eram fumantes. A menor prevalência do tabagismo observada entre as mulheres idosas, neste estudo, deve ser analisada com cautela, uma vez que esse hábito tende a aumentar entre as mulheres mais jovens, considerando que nas regiões Sul e Sudeste do Brasil a prevalência de mulheres fumantes já se aproxima daquela observada para a população masculina. Consequentemente, nas próximas décadas, deve ser observado um aumento na prevalência de tabagismo entre as mulheres idosas¹⁷.

Por outro lado, a Coréia apresenta maior proporção de homens alcoolistas e fumantes³³. O consumo abusivo de álcool em homens é consistente com a literatura³⁴. Um estudo chinês mostrou prevalências de alcoolismo de 16% para os homens e 2% para as mulheres (35). Outro estudo brasileiro, com pacientes hospitalizados, detectou uma prevalência de 22% entre os homens e apenas 3% entre as mulheres³⁶. Nossos dados, em relação a maior prevalência do consumo de bebida alcoólica entre os homens, corroboram dados de outros estudos nacionais^{18, 26}.

Em relação ao uso temporal de bebida alcoólica, verificou-se que 35,4% dos indivíduos referiram consumo atual e 16,2% haviam bebido no passado. De acordo com dados de outros estudos, o álcool é um fator de risco e de agravamento de patologias do sistema cardiovascular. O aumento no nível alcoólico sanguíneo eleva a pressão arterial, lenta e progressivamente, na proporção de 2mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingerido diariamente^{37, 38}. Indivíduos que não consomem álcool apresentam menor média e menor prevalência de hipertensão arterial do que aqueles que consomem álcool regularmente. Outros estudos têm confirmado a existência de importante asso-

ciação entre o consumo abusivo de álcool e descontrole da pressão arterial^{3, 27}. A literatura aponta que a ingestão de bebidas alcoólicas em excesso (três ou mais doses ou mais de 40g de etanol por dia) está associada ao aumento da pressão arterial³⁹. Nossos resultados corroboram estes estudos, demonstrando associação significativa entre hipertensão arterial e uso de álcool. Entretanto, cabe ressaltar que, em nosso estudo, não avaliamos a quantidade consumida de álcool, portanto não podendo inferir se foi o consumo abusivo que determinou esta associação.

A partir da estratificação em faixas etárias, observamos que, entre os indivíduos com mais de 65 anos, 34,6% consomem álcool *versus* 40,7% dos indivíduos com idade entre 60 e 65 anos, corroborando dados da literatura que mostram que quanto maior a faixa etária menor o consumo de álcool^{25, 34}. É importante salientar que, no mundo, a população idosa está aumentando e que ela é mais vulnerável ao uso de álcool e tabaco, com possibilidade de gerar um grande problema de saúde pública. Idosos apresentam vários problemas de saúde e usam muitos medicamentos que, combinados com as substâncias nocivas presentes no fumo e no álcool, se tornam mais suscetíveis a interações farmacológicas, a agravamento de quadro instalado e a maior dificuldade de recuperação. Considerando a importância do problema, em 2003, o ministério da saúde lançou a Política Nacional para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas⁴⁰, enquanto que a Política Nacional sobre o Álcool foi definida através do decreto nº 6.117, no ano de 2007⁴¹, e serviu de base para as ações nacionais aplicadas nos dias de hoje. Porém, nosso país carece de estratégias voltadas à prevenção e educação em saúde direcionadas à população idosa.

É importante salientar que os resultados do presente estudo são decorrentes de um estudo transversal, ou seja, não determinando riscos absolutos, o que torna importante a realização de estudos longitudinais para estabelecer a relação de causalidade. No entanto, é possível afirmar que idosos usuários de álcool e tabaco apresentam maior prevalência de comorbidades relacionadas ao sistema cardiovascular. Desta forma, propomos que, além das políticas nacionais de combate ao tabagismo e ao álcool, já existentes, é importante incentivar ações de saúde direcionadas especificamente aos idosos, buscando prevenir o

estabelecimento de fatores de risco à saúde dessa população.

AGRADECIMENTOS: Centro Universitário UNIVATES

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Síntese de indicadores de 2008. [acesso em 26 Set 2013]; Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2008/Tabelas/
2. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr.* 2000; 13(3):157-65.
3. Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB, et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2):284-91.
4. Da Cruz IBM, Almeida MSC, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco de morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(2):172-7.
5. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores de Mortalidade. 2011. [acesso em 28 Set 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquéritos telefônicos (VIGITEL). Brasília: 2009. [acesso em 29 Set 2016]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>
7. World Health Organization (WHO). Report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco. Geneva: WHO; 2015. [acesso em 01 Nov 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1&ua=1
8. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2010. [acesso em 01 Nov 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf
9. Cox JL. Smoking cessation in the elderly patient. *Clin. Chest. Med.* 1993; 14:423-8.
10. Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2): 284-91.
11. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health, 2014. Geneva: WHO; 2014. [Acesso em 16 Nov 2016]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1
12. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26:7-10.
13. Roerecke. M; Rehm. J. The cardio protective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2012 Jul;107(7):1246-60. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03780.x
14. Silva, Eveline Fronza Da. Impacto da utilização de agrotóxicos sobre a saúde dos idosos em Cachoeira do Sul/RS: um estudo transversal. Lajeado. Dissertação [Mestrado - Curso de Ambiente e Desenvolvimento] – UNIVATES, 2008.
15. Silva EF, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciencia e Saude Coletiva.* 2013 Apr; 18(4): 1029-40.
16. Souza A, Medeiros AR, Souza AC, Wink M, Siqueira IR, Ferreira MBC, Fernandes L, Hidalgo MPL, Torres ILS. Avaliação do impacto da exposição a agrotóxicos sobre a saúde de população rural: Vale do Taquari (RS, Brasil). *Cien Saúde Colet* 2011; 16(8):3519-3528.
17. 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.
18. Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cad Saude Publica*. 2009; 25 (7): 1569-77.
 19. 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.
 20. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17 (2):327-35.
 21. Cabrera MAS, Wajngarten M, Gebara OCE, Diamant J. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(3):767-75.
 22. Gottlieb MG, Schwanke CA, Gomes I, da Cruz IBM. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2011; 14(2):365-380.
 23. Grundy EMD. The epidemiology of aging. In: Tallis RC, Fillit HW, editors. *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Philadelphia: Elsevier Science Ltd.; 2003. p. 3-20.
 24. Viebig RF, Valero MP, Araújo F, Yamada AT, Mansur AJ. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 86(5):353-60.
 25. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto Contexto Enferm*, 2008; 17(2):327-335.
 26. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(5):621-628.
 27. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(2):285-294.
 28. Araujo TL, Maciel ICF, Maciel GGF, Silva ZMSA. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. *Rev. Soc. Cardiol*. 1998; 8(2):1-6.
 29. Peixoto SV, Firmo JA, Lima-Costa M. Health conditions and smoking among older adults in two communities in Brazil (The Bambuí and Belo Horizonte Health Surveys). *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(9):1925-34.
 30. Silva GA, Valente JG, Almeida LM, Moura EC, Malta DC. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. *Rev Saude Pública* 2009;43(Supl 2):48-56.
 31. Ministério da Saúde. Número de fumantes no Brasil cai 20,5% em cinco anos. 2014. [acesso em 09 Nov 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/15973-numero-de-fumantes-no-brasil-cai-20-5-em-cinco-anos>
 32. WHO. World Health Organization. Global report on trends in tobacco smoking 2000-2025. [acesso em 09 Nov 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1
 33. Kim O, Baik S. Alcohol consumption, cigarette smoking, and subjective health in Korean elderly men. *Addictive Behaviours* 2004; 29(8):1595-603.
 34. 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.*, Rio De Janeiro, 2011; 14(4):713-719.
 35. Kim JM, Shin IS, Stewart R, Yoon JS. Alcoholism in older Korean men: prevalence, aetiology, and comorbidity with cognitive impairment and dementia in urban and rural communities. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:821-7.
 36. Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Lorangeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil

- using the AUDIT and Fagerstrom questionnaires. São Paulo Med J 2000; 118:139-43.
37. Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. Tratado de geriatria e gerontologia. 2nd ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
 38. Carvalho Filho ET. Fisiologia do envelhecimento. In: Papalão NM. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.60-70.
 39. Levine DM, Cohen JD, Dustan HP, Falkner B, Flora JA, Lefebvre C, et al. Behavior changes and the prevention of high blood pressure: workshop II. Circulation 1993; 88:1387-90.
 40. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2003; 1ª Edição.
 41. Brasil. Decreto n.º 6.117 de 22 de Maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Diário Oficial da União 23 mai 2007; (1):5.

