

Tabagismo entre Idosos Pernambucanos de Acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Rubenyta Martins Podmelle; Rogério Dubosselard Zimmermann

Universidade Federal de Pernambuco. rmartins63@hotmail.com

RESUMO

Introdução: o envelhecimento populacional ocorre mais intensamente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. O tabagismo entre idosos, apesar de ter elevada relação com os quadros de morbimortalidade, recebe pouca atenção devido à suposição de que o ato de fumar é seu último prazer. Atualmente, a população idosa de Pernambuco apresenta proporção igualmente elevada se comparada ao percentual nacional, no entanto, a produção de dados sobre o estilo de vida no estado é escassa. **Objetivo:** analisar o tabagismo entre idosos pernambucanos segundo variáveis socioeconômicas e de condições de saúde a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013). **Material e Métodos:** estudo analítico, descritivo e de corte transversal, elaborado a partir de dados secundários sobre tabagismo da PNS 2013. **Resultados:** o tabagismo mostrou-se associado com o gênero ($p=0,000$), a cor ou raça ($p=0,03$) e a situação conjugal ($p=0,006$) dos idosos, bem como ao fato desses idosos terem ou não um plano de saúde ($p=0,000$) ou uma doença crônica não transmissível ($p=0,02$). A maioria dos idosos relatou não fumar (82,7%). **Considerações Finais:** os achados evidenciaram que as recomendações reconhecidas como padrão de hábito saudável em relação ao tabagismo foi verificada na maioria dos idosos pernambucanos da presente amostra, no entanto, os valores verificados não são considerados suficientes para excluir-se a necessidade de intervenções na população.

Palavras-chave: Envelhecimento, Estilo de Vida, Hábito de Fumar, Nível de Saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que ocorre em ritmo acelerado, acontecendo de maneira mais intensa nos países em desenvolvimento¹. Como consequência do envelhecimento, doenças próprias deste processo, as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), começaram a apresentar maior expressão².

Prevenção e tratamento de DCNT e incapacidades funcionais relacionadas ao envelhecimento dependem, em grande parte, do estilo de vida que o indivíduo apresenta^{3,4}. Inatividade física, alimentação inadequada, uso excessivo de álcool e tabagismo são fatores de risco que têm elevada relação com os quadros de morbimortalidade da população idosa^{5,6}.

O tabagismo entre idosos recebe pouca atenção devido à suposição de que o ato de fumar é, para o idoso, seu último prazer. No entanto, o fumo é um agente agressor de alta relevância: o uso de tabaco por idosos tende a facilitar o acometimento por comorbidades, elevando os gastos com saúde^{7,8}. Além disso, o hábito de fumar ocorre, geralmente, associado a outros comportamentos

insalutíferos, tais como inatividade física, alimentação inadequada e uso excessivo de álcool⁹⁻¹², o que irá elevar ainda mais as chances do indivíduo desenvolver DCNT¹³.

No Brasil, cerca de um milhão e meio de idosos são fumantes, sendo sua causa constituída pela complexa interação entre fatores ambientais e pessoais e ações da nicotina¹⁴.

Estima-se que, em 2025, o Brasil alcance o sexto lugar dentre os países com maior número de idosos no mundo¹⁵. Atualmente, a população idosa corresponde a 13% da população total do Brasil. Em Pernambuco, o percentual é de 13,5%¹⁶, o que denota uma proporção igualmente elevada de idosos nessas localidades. Mesmo assim, o estado de Pernambuco não dispõe de dados acerca do estilo de vida de sua população idosa, o que se opõe à pertinência do assunto, uma vez que há a possibilidade de serem alcançados importantes desdobramentos para a saúde desta população.

A partir disto, o objetivo do presente estudo foi analisar o tabagismo entre idosos pernambucanos segundo variáveis socioeconômicas e de condições de saúde a partir dos dados da PNS 2013.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo analítico, descritivo e de corte transversal, elaborado a partir de dados secundários sobre estilo de vida da PNS 2013. A PNS 2013 foi idealizada para a determinação de indicadores de saúde com precisão e a garantia da continuidade no monitoramento destes indicadores no território nacional. Esta pesquisa, parte constituinte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, faz uso da amostra mestra deste sistema, com maior espalhamento geográfico e ganho de precisão para as estimativas específicas de saúde¹⁶.

A PNS 2013 teve sua população constituída por indivíduos acima dos 18 anos de idade moradores de cada domicílio particular do Brasil, selecionados por amostragem conglomerada em três estágios: setores censitários (unidades primárias de amostragem), domicílios (unidades de segundo estágio) e moradores (unidades de terceiro estágio)¹⁶.

O trabalho de campo ocorreu sob responsabilidade do IBGE. Todos os envolvidos foram capacitados para compreender minuciosamente a pesquisa. As entrevistas foram feitas com a utilização de PDAs (Personal Digital Assistance), computadores de mão, programados adequadamente para processos de crítica das variáveis. Inicialmente, foi feito contato com algum dos moradores do domicílio selecionado. O agente de coleta descreveu para o morador os objetivos, procedimentos e

importância de sua participação na pesquisa, sendo, então, elaborada uma lista de todos os moradores acima dos 18 anos de idade daquele domicílio para seleção aleatória do morador encarregado de responder a entrevista individual¹⁶.

O tamanho amostral definiu-se a partir do nível de precisão desejado para estimativas de cada indicador de interesse, que são, basicamente, proporções de pessoas em categorias determinadas. As estimativas desejadas mantiveram-se em níveis altos, uma vez que, mesmo que não apresentassem níveis elevados de precisão, as faixas de coeficiente de variação foram sempre consideradas aceitáveis, o que proporcionou estimativas precisas¹⁶.

A sua amostra foi calculada em 81.767 domicílios e foram coletados dados em 62.986 deles (22% de não resposta), onde 205.546 adultos foram entrevistados, dentre os quais 23.815 eram idosos. As quatro faixas etárias utilizadas foram as de 18 a 24, 25 a 39, 40 a 59 e 60 e mais anos. Mais detalhes sobre a metodologia, plano amostral da PNS e fatores de ponderação podem ser obtidos em publicação anterior¹⁶.

O questionário sobre estilo de vida da PNS 2013 englobou as seguintes categorias: consumo alimentar, atividade física, hábito de assistir televisão, uso de álcool e tabagismo¹⁶, do qual apenas a última categoria será analisada. Segundo a World Health Organization (WHO)¹⁷, independentemente da frequência, intensidade e idade de início, o indivíduo que tem o hábito de fumar está exposto a inúmeras substâncias altamente maléficas à saúde. A partir disto, dos participantes da PNS 2013, foram coletados apenas os dados de idosos de Pernambuco que responderam à pergunta selecionada sobre o hábito de fumar, independentemente da frequência ou intensidade.

Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS versão 20 (*Statistical Package for Social Science*), sendo realizada a análise estatística descritiva, onde foram determinadas as frequências absolutas e relativas da variável, bem como a estatística analítica bivariada, comparando-se o tabagismo entre idosos pernambucanos segundo as variáveis socioeconômicas (cor ou raça, sexo, situação conjugal, escolaridade e plano de saúde (saúde suplementar)) e de condições de saúde (presença de DCNT e deficiência), por meio do teste qui-quadrado ou do teste exato de Fisher (quando 25% ou mais das células apresentaram valores esperados menor que 5). Em todos os testes estatísticos foi utilizado como referência o nível de significância (p) de 5%. As estimativas das prevalências foram apresentadas em proporções (%).

RESULTADOS

A PNS 2013 envolveu 1055 idosos domiciliados em Pernambuco. A maioria desses idosos era do gênero feminino (56,6%), pardo (49,8%), casado (48,9%), estudou no máximo até o ensino fundamental I (48,9%) e não tinha diagnóstico de DCNT (58%). A grande maioria não era portadora de deficiência (86,9% ou mais) e não tinha cobertura de saúde suplementar (77,3%). Dos que tinham, a maioria pagava 300 reais ou mais de mensalidade.

Em relação ao tabagismo, a maioria relatou não fumar (82,7%) (Tabela 1). Na tabela 2 pode-se ver que o tabagismo mostrou-se associado com o gênero ($p=0,000$), a cor ou raça ($p=0,03$) e a situação conjugal ($p=0,006$) dos idosos, bem como ao fato desses idosos terem ou não um plano de saúde ($p=0,000$) ou uma doença crônica não transmissível ($p=0,02$). A frequência de idosos que fumavam foi significativamente maior entre aqueles do gênero masculino (27,1%), pretos ou pardos (25% e 19,9%, respectivamente), solteiros (27,0%), sem plano de saúde (21%) e sem doença crônica não transmissível (20,5%).

Tabela 1. Tabagismo entre idosos de Pernambuco segundo a PNS 2013.

Indicadores	n	%	% Válida
Fuma algum produto do tabaco			
Sim	88	8,4	17,3
Não	420	39,8	82,7
Não disponível*	547	51,8	

* Estimativas de respondentes já alcançadas para cada indicador de interesse.

Tabela 3. Tabagismo entre idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

Características socioeconômicas e de condições de saúde	Tabagismo		Valor de p^1
	Sim % (n)	Não % (n)	
Gênero			0,000*
Masculino	27,1 (52)	72,9 (140)	
Feminino	11,4 (36)	88,6 (280)	
Cor ou raça ²			0,03
Branca	12,0 (24)	88,0 (176)	
Preta	25,0 (12)	75,0 (36)	
Parda	19,9 (50)	80,1 (201)	
Situação conjugal			0,006*

Casado	16,4 (33)	83,6 (168)	
Separado ou viúvo	12,8 (25)	87,2 (171)	
Solteiro	27,0 (30)	73,0 (81)	
Escolaridade			0,21*
Até o fundamental I (5º ano)	18,4 (34)	81,6 (151)	
6º ano ao ensino médio	12,7 (16)	87,3 (110)	
Superior ou pós-graduação	10,3 (6)	89,7 (52)	
Portador de deficiência física			0,99*
Sim	17,2 (5)	82,8 (24)	
Não	17,3 (83)	82,7 (396)	
Portador de deficiência auditiva			0,69*
Sim	15,2 (7)	84,8 (39)	
Não	17,5 (81)	82,5 (381)	
Portador de deficiência visual			0,60*
Sim	19,7 (12)	80,3 (49)	
Não	17,0 (76)	83,0 (371)	
Tem algum plano de saúde			0,000*
Sim	5,1 (6)	94,9 (112)	
Não	21,0 (82)	79,0 (380)	
Valor do plano de saúde			0,55**
< 300 reais	7,7 (2)	92,3 (24)	
300 reais ou mais	2,3 (1)	97,7 (42)	
Diagnosticado com DCNT			0,02*
Sim	12,6 (26)	87,4 (180)	
Não	20,5 (62)	79,5 (240)	

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher.

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena

DISCUSSÃO

Entre os idosos pernambucanos, os resultados apontam que a grande maioria dos referiu não fumar, assemelhando-se a outros estudos^{8,18-22}. Estes resultados sugerem diminuição do hábito de fumar com o aumento da idade⁸. Ainda, o aparecimento de agravos à saúde, a maior probabilidade de morte precoce dos tabagistas e a crescente preocupação com a saúde e bem estar entre os indivíduos idosos são apontados como possíveis condições que favorecem estes dados²³. O baixo índice de tabagismo numa população pode ser considerado fator de proteção para o desenvolvimento de DCNT¹⁹.

Segundo Goulart et al.²⁴, fumantes mais velhos apresentam mais problemas de saúde relacionados ao tabagismo e maior dificuldade de cessação. Ou seja, desconsiderar os idosos que

afirmam fumar seria sinônimo de menosprezo, o que não deve ocorrer se tratando de pessoas. Para que haja abordagem eficaz dentre os idosos tabagistas, é preciso conhecer as razões pelas quais estes indivíduos têm esse comportamento⁷.

De acordo com a presente pesquisa, a frequência de idosos pernambucanos que fumavam foi significativamente maior entre aqueles do gênero masculino, estando de acordo com a literatura^{7,8,21,22,25}. Este fato se deve ao perfil sociocultural dos indivíduos, uma vez que o homem apresenta esse comportamento desde jovem e permanece até a velhice, o que se opõe às mulheres de faixa etária análoga^{7,14}.

Os indivíduos brancos da presente amostra apresentaram menor frequência de tabagismo quando comparados aos não brancos, como é verificado em outras publicações^{8,26}. Almeida²⁶ aponta uma mutação genética como possível razão para tal discrepância: o gene CYP2A6, que atua na metabolização da nicotina no organismo dos fumantes, apresenta-se modificado em mais indivíduos brancos do que em não brancos. Aquele que apresenta essa modificação tende a não fumar ou ser menos viciado em cigarro quando comparados aos que apresentam a versão normal do gene porque o metabolismo da nicotina acontece de forma mais lenta, reduzindo ou mesmo suprimindo o desejo de acender outro cigarro para repor os níveis de nicotina, uma vez que a compulsão pelo fumo de tabaco encontra-se justamente na manutenção dos níveis altos de nicotina no organismo.

No entanto, a literatura ainda é pouco específica no que concerne à relação entre tabagismo e raça/cor da pele na população idosa. Em relação à situação conjugal, os idosos solteiros da presente amostra referiram fumar tabaco com maior frequência, assemelhando-se a outros achados^{21,22,25,27}. Aqueles idosos que mantêm vínculo afetivo são menos propensos ao tabagismo por receberem suporte do parceiro, seja para não iniciar ou para cessar este comportamento²⁷.

Quando o idoso já é tabagista, este apoio se torna importante não só na fase em que o indivíduo está fumando, mas também nas diferentes fases de abstinência, ou seja, quando está efetivamente buscando a descontinuação do comportamento²⁸. É importante frisar que este suporte do parceiro só pode ser considerado quando o mesmo não é tabagista, uma vez que, assim sendo, pode estimular o companheiro a experimentar o cigarro ou dificultar a sua interrupção²².

A maioria dos idosos da presente amostra que informaram ser tabagistas não tem saúde suplementar, o que pode ser comparado ao VIGITEL 2014, onde apenas 7,7% dos idosos brasileiros com esta cobertura relataram tal comportamento²⁹. Segundo Hernandez et al.³⁰, aqueles que a possuem apresentam maior procura por cuidados com a saúde. Segundo os mesmos autores, o fato

de não ter saúde suplementar e ser tabagista também pode estar relacionado à renda, pois pesquisas apontam que aqueles idosos que possuem cobertura de saúde suplementar têm maior poder aquisitivo. ao mesmo tempo em que idosos tabagistas têm menor poder aquisitivo^{8,14}.

Em relação à presença de DCNT, os idosos que não referiram tal acometimento foram aqueles com maior prevalência de tabagismo. Segundo Carvalho et al.⁷, os idosos aparentemente saudáveis alegam imunidade frente aos malefícios do cigarro pelo fato de fumarem a vida inteira e nunca terem desenvolvido nenhuma doença relacionada ao tabaco, o que contribui para dificultar a abordagem ao idoso tabagista. O estudo de Hernandes et al.³⁰ indicou que os idosos sem cobertura de saúde suplementar referiram menor acometimento por doenças quando comparados àqueles que possuíam cobertura.

Esses estudos podem indicar o desconhecimento de doenças pela ausência da investigação profissional, visto que, quanto maior a procura por cuidados com a saúde, maior a obtenção de diagnóstico. Devem ser utilizados contra-argumentos que demonstrem a estes indivíduos os benefícios para a saúde obtidos através da interrupção do hábito de fumar.

CONCLUSÕES

De modo geral, os achados evidenciaram que a as recomendações reconhecidas como padrão de hábito saudável em relação ao tabagismo foi verificada na maioria dos idosos pernambucanos da presente amostra. Apesar disto, os valores verificados não são considerados suficientes para excluir-se a necessidade de intervenções na população.

É preciso se conhecer bem o contexto em que este comportamento acontece para que as ações de assistência para a cessação do tabagismo ultrapasse a linha da mera retirada do cigarro. A motivação pessoal é de suma relevância na cessação do tabagismo, mas não se deve diminuir o valor do apoio interpessoal que venha a ser recebido.

É importante considerar algumas limitações. A metodologia utilizada na PNS 2013 trouxe restrições para a construção do presente estudo, como o questionário aplicado. Sendo de grande extensão, as chances de perda amostral elevam-se, o que requereu um maior alcance de entrevistados durante o trabalho de campo para que as perdas não interferissem no atendimento dos objetivos propostos. Apesar do reconhecimento de que os resultados obtidos poderiam ser mais amplos caso não houvesse alto valor de perda amostral, o atendimento ao objetivo do presente trabalho não foi afetado.

Ainda, os dados do estudo primário advêm de informações autorreferidas pelos entrevistados, sendo possível que haja viés de memória, diferença na compreensão dos participantes

ou super/subestimação das informações referidas, como a tendência dos indivíduos relatarem comportamento mais saudável do que o habitual ou não informarem o comportamento inadequado que adota, além da impossibilidade do estabelecimento de relações de causalidade, que é uma restrição própria de estudos transversais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fazzio DMG. Envelhecimento e qualidade de vida - uma abordagem nutricional e alimentar. *Revisa*. 2012;1(1): 76-88.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
3. Brito KQD. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande/Paraíba [dissertação]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, Mestrado em Saúde Pública, 2014.
4. Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev. Nutr.* 2009; 22(6):937-46.
5. Jobim FARC, Jobim EFC. Atividade Física, Nutrição e Estilo de Vida no Envelhecimento. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2015;17(4):298-308.
6. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
7. Carvalho AA, Gomes L, Loureiro AL, Bezerra AJC. Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1119-30.
8. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandira L, Goldbaum M, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(3):583-95.
9. Alencar MS, Barros Júnior FO, Carvalho CMRG. Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. *Rev. Nutr.* 2008;21(4):369-81.
10. Costa VSP, Guimarães PSR, Fernandes KBP, Probst VS, Marquez AS, Fujisawa AS. Prevalence of risk factors for the occurrence of strokes in the elderly. *Fisioter Mov*. 2014;27(4):555-63.
11. Fares D, Barbosa AR, Borgatto AF, Coqueiro RS, Fernandes MH. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(4):434-41.
12. 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):621-28.

13. Kumpel C, Castro AAM, Freitas TR, Souza JS, Porto EF. Aspectos sociais relacionados ao tabagismo em idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Kairós Gerontologia*. 2014;17(3):183-99.
14. Secco TFV, Vianna LG, Nóbrega OT, Loureiro AML, Teixeira RC. Dependência nicotínica e razões para fumar em idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*. 2013;16(3):239-50.
15. Bodestein A, Lima VVA, Barros AMA. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. *Ambiente & Sociedade*. 2014;XVII(2):157-74.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro; 2014.
17. World Health Organization (WHO). Report on the Global tobacco epidemic: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: 2013a.
18. Ferrari TK. Estilo de Vida Saudável em São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2014.
19. Focchesatto A, Rockett FC, Perry IDS. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2015;18(4):779-95.
20. Malta DC, Oliveira TP, Vieira ML, Almeida L, Szwarcwald CL. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015b;24(2):239-48.
21. Santos, A. S., Viana DA, Souza MC, Meneguci J, Silveira RE, Silvano CM, et al. Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. *REFACS (online)*. 2014;2(1):06-13.
22. Viana DA, Rodrigues LR, Tavares DMS. Fatores sociodemográficos e econômicos associados ao tabagismo na população idosa. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(3):220-6.
23. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91:1-10
24. Goulart D, Engroff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, et al. Tabagismo em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2010;13(2):313-20.
25. Senger AEV, Ely LS, Gandolf T, Schneider RH, 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.
26. Almeida H. Vantagem natural contra o cigarro. *PESQUISA FAPESP*. 2004;105:50-51.

27. CARVALHO AA. Tabagismo em idosos internados em Instituições de Longa Permanência de Brasília, Distrito Federal [Dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília, Mestrado em Gerontologia, 2009.
28. Afonso F, Pereira MG. Comportamento Tabágico: Um estudo com Fumantes, Ex-Fumantes e Não Fumantes. *Temas em Psicologia*. 2013;21(2):379-89.
29. Brasil. VIGITEL Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2015.
30. Hernandez ESC, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF. Idosos com e sem plano de saúde e características socioepidemiológicas associadas. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):1030-8.