Prevalência de tabagismo em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família em Camaquã – RS

Prevalence of smoking among the elderly in Camaquã town

SIMONE SAUERESSIG – Médica Especialista em Geriatria.
PAULO HEKMAN – Mestre. Geriatra.
PAULO CONSONI – Mestre. Geriatra, Professor Adjunto da Ulbra.
HONÓRIO SAMPAIO MENEZES – Doutor. Professor Adjunto da Ulbra e da FUC/ Instituto de Cardiologia.

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Programa de Pós-Graduação em Saúde do Idoso: Geriatria, Canoas, RS, Brasil.

✉ Endereço para correspondência:
Honório Sampaio Menezes
Dom Pedro II 1220 cj. 316
90550-141 – Porto Alegre, RS – Brasil
💻 hsmenezes@computech.com.br

RESUMO

Introdução: o tabagismo é um fator de risco para diversas doenças muito prevalentes na população idosa, como as doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias. **Objetivo:** o objetivo deste estudo é determinar a prevalência do tabagismo nos idosos cadastrados no Programa de Saúde da Família (PSF) do Bairro Carvalho Bastos, na cidade de Camaquã, e determinar as morbidades associadas entre idosos fumantes, ex-fumantes e que nunca fumaram. **Metodologia:** estudo transversal, através de inquérito realizado com os idosos residentes na área de atuação do referido PSF. **Resultados:** os resultados mostraram uma prevalência de 18,3% de idosos fumantes. O grupo dos fumantes se associou com asma, angina e infecção respiratória e o grupo de ex-fumantes com enfisema, bronquite e úlcera. A hipertensão arterial foi mais freqüente nos pacientes que nunca fumaram, os fumantes apresentaram mais doença isquêmica e cerebrovascular e as doenças crônicas da vias aéreas inferiores foram significativamente mais freqüentes nos fumantes e ex-fumantes. **Conclusão:** houve alta prevalência de tabagismo na população estudada, em associação com diversas doenças.

UNITERMOS: Idoso, Tabagismo, Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: *tobacco is a risk factor for many prevalent diseases in the elderly population, like cardiovascular diseases, neoplasm and respiratory diseases.* ***Objective:*** *the objective of this study is to determine the prevalence of tobacco in elderly registered in Carvalho Bastos neighborhood Family Health Care (FHC), in the town of Camaquã and to determine the morbidities associated among elderly smokers, ex-smokers and those who never smoked.* ***Methodology:*** *it is a crossover study, through the poll done with the elderly (60 years old or over) residents in the neighborhood referred above.* ***Results:*** *the results show a prevalence of 18.3% of elderly who smoke. The group of smokers associated with asthma, angina and respiratory infection and the group of ex-smokers with emphysema, bronchitis and ulcer. The arterial hypertension was more frequent in patients that never smoked, the smokers showed more ischemic and cerebral vascular diseases and chronic diseases of inferior respiratory tract were significantly more frequent in the smokers and ex-smokers.* ***Conclusion:*** *there is a high prevalence of tobacco users in the population studied, in association to several diseases.*

KEYWORDS: *Elderly, Tobacco, Family Health Care.*

INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido mundialmente como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de diversos problemas de saúde para a população em geral. É considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável em todo o mundo (1).

Evidências científicas têm conclusivamente demonstrado que fumantes são mais propensos a diferentes tipos de neoplasias, particularmente os cânceres de pulmão. O tabaco, em todas as suas formas, também aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite e enfisema (1).

Fumar é inconveniente para qualquer pessoa, mas alguns grupos podem ser considerados de maior risco, como as pessoas que já têm doenças relacionadas com o tabagismo (como doença respiratória crônica e doença cardiovascular). Também prejudica mais os indivíduos com fatores de risco para doenças cardiovasculares (hipertensão, dislipidemia, diabete melito, obesidade, história familiar de morte súbita e sedentarismo) (2).

Os idosos se encontram num grupo com grandes riscos para os efeitos deletérios do hábito de fumar, pois o tabagismo relaciona-se ao agravamento de várias doenças que adquirem maior significado com o avançar da idade, quando se somam as perdas funcionais próprias do envelhecimento.

A maioria dos fumantes inicia o hábito quando jovem e fica rapidamente viciada na nicotina presente no cigarro e isso demonstra a importância das medidas para evitar o início do vício entre crianças e jovens. Mas, ao mesmo tempo, é importante diminuir

Recebido: 6/11/2006 – Aprovado: 18/8/2007

07-52-prevalência de tabagismo.PMD 173 30/10/2007, 13:45

o consumo de cigarros entre adultos e ajudar pessoas de todas as idades a pararem de fumar (3).

Não são encontrados muitos dados a respeito do tabagismo em idosos no Brasil. A maioria dos trabalhos é direcionada à população mais jovem, com o objetivo de incentivar campanhas para a interrupção mais precoce do hábito.

Alguns países têm documentos na área de saúde do idoso que relatam a importância do tema e têm recomendado que é importante incentivar o abandono desse vício também nessa faixa etária, incluindo os idosos nos programas de saúde pública para a cessação do tabagismo, pois é o mais eficiente meio para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças a ele relacionadas já instaladas e evitá-las nos demais (4).

No município de Camaquã-RS, as maiores causas de internações na população com 60 anos ou mais são as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório. Também as causas de mortalidade nesse grupo se concentram em doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e neoplasias (5).

Fumar é o fator de risco de doenças não transmissíveis modificável mais importante para jovens e idosos e representa a causa de morte prematura mais evitável (3).

Os dados mais recentes que temos sobre tabagismo no Brasil se encontram no Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, onde a prevalência do tabagismo variou de 12,9 a 25,2% nas cidades estudadas (6).

O relatório sobre fumo e saúde, 28th Surgeon General Report – 2004 (7), enfatiza os malefícios do fumo já conhecidos e aponta os danos causados pelo fumo em diversos órgãos humanos.

As principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo mundo são: doenças cardiovasculares, hipertensão, AVE hemorrágico, diabete, câncer, doenças pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas, doenças mentais, cegueira e diminuição da visão (3).

Com o envelhecimento da população, as doenças não transmissíveis (DNTs) transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade. Muitas dessas doenças podem ser evitadas e o tabagismo se encontra entre os fatores que aumentam o risco de desenvolvimento das DNTs nas idades mais avançadas (3).

As últimas Diretrizes para a Cessação do Tabagismo citam que o fumo acelera o processo de envelhecimento dos vasos arteriais, determinando o aparecimento de aterosclerose precoce, que os acidentes vasculares cerebrais são três vezes mais comuns em fumantes e também coloca o fumo como fator de risco para ataque isquêmico transitório, muito freqüente na população de idosos fumantes, entre outros relatos da ação do tabaco no organismo humano (8).

Essas mesmas diretrizes têm um capítulo que aborda o tabagismo em idosos e pondera que quando nos referimos à prevalência de fumantes nos idosos, temos que considerar que, na realidade, eles provavelmente representam um subgrupo "saudável" da corte original de fumantes. Nos idosos não encontraremos com maior freqüência o risco de sofrer de uma doença relacionada ao cigarro e, sim, a presença da mesma, seja respiratória, vascular coronária, vascular periférica, cerebrovascular ou neoplásica e suas complicações (8).

O fumante idoso também deve ser encorajado a entrar em programas para cessação de fumar, com abordagem cognitiva comportamental estruturada e com apoio farmacológico quando necessário (8).

Segundo Burns (9), em uma revisão sobre tabagismo em idosos, o tabagismo pode ser conceitualizado como uma doença contraída na adolescência e que causa mortes e incapacidades predominantemente em idades mais avançadas. Observa que idosos fumantes são menos aconselhados que os mais jovens a tentar parar de fumar. Os benefícios da cessação são um pouco menores nos idosos e podem se manifestar mais lentamente, mas a cessação permanece como a mais efetiva forma de reduzir o risco das doenças induzidas pelo tabaco e suas conseqüências em todas as faixas etárias, incluindo aqueles com 60 anos ou mais.

A publicação da Organização Mundial de Saúde, *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde* (3), traz uma mensagem para a juventude: "se você quer envelhecer, não fume. Além disso, se você quer envelhecer e aumentar a chance de envelhecer bem, não fume."

Parar de fumar tem o potencial de reduzir o risco de desenvolvimento de novas doenças, diminuir ou deter a progressão de doença já existente, assim como melhorar a qualidade de vida (8).

Este trabalho foi conduzido com o objetivo de estimar a prevalência do tabagismo na população idosa residente na área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) – Unidade Ambulatorial 04, Bairro Carvalho Bastos, cidade de Camaquã, morbidades relacionadas ao tabagismo nesta faixa etária e aconselhamento quanto ao hábito de fumar.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

É um estudo transversal, com pessoas de 60 anos ou mais residentes na área de abrangência do PSF (Programa de Saúde da Família) localizado no bairro Carvalho Bastos, na cidade de Camaquã, RS.

A cidade de Camaquã possui, de acordo com o Censo de 2000, uma população de 60.383 habitantes. Destes, 6.698 tem 60 anos ou mais (aproximadamente 11%). O referido PSF, na época da realização do projeto, contava com uma população cadastrada de 3.890 pessoas, sendo 366 com 60 anos ou mais.

A pesquisa foi realizada através da realização de entrevistas domiciliares

07-52-prevalência de tabagismo.PMD 174 30/10/2007, 13:45

com os idosos, os quais respondiam um inquérito, obtendo-se informações sobre o hábito de fumar, opinião sobre tabagismo e relato de doenças atualmente em tratamento e doenças já apresentadas relacionadas ao tabagismo. As variáveis estabelecidas foram: sexo, idade, raça, ocupação, hábito de fumar (fumante, ex-fumante ou nunca fumou), tipo de fumo, idade de início, antecedentes mórbidos, doenças atualmente em tratamento, nível de conhecimento sobre efeitos do tabagismo, aconselhamento e intenção de abandono do vício e opinião sobre propaganda contra o fumo.

Foram visitados todos os domicílios em que residiam pessoas com 60 anos ou mais dentro da área de atuação do referido PSF. Aceitaram ser entrevistados 338 idosos, 5 não puderam participar por apresentarem demência, 8 não aceitaram participar e 15 não foram encontrados (após 3 tentativas de visita).

O sistema EPI-INFO foi empregado para a construção do banco de dados. Os dados relatados pelos pacientes em relação às doenças em tratamento foram agrupados de acordo com a classificação pelo CID. Como foram observadas em alguns idosos dificuldades em relatar o tipo de doença cardíaca em tratamento, afirmando apenas tratamento para "coração", esses casos foram agrupados nos transtornos não específicos do aparelho circulatório. Em relação às respostas aos antecedentes mórbidos, foram considerados aqueles apresentados a partir da idade adulta.

Para a realização da análise estatística, os idosos foram divididos em três grupos quanto ao hábito de fumar: aqueles que nunca fumaram, os ex-fumantes e os que fumam atualmente. Compararam-se os três grupos em relação aos antecedentes mórbidos através do teste do Qui-quadrado e a localização da associação foi verificada pela análise dos resíduos padronizados. Nas situações onde o teste Qui-quadrado não pôde ser aplicado, utilizou-se o teste de Fisher por simulação de Monte Carlo. Em relação às variáveis demográficas, o hábito de fumar foi comparado pela ANOVA para as variáveis quantitativas e pelo teste Qui-quadrado para as variáveis qualitativas. Quando o teste de ANOVA não pôde ser aplicado, realizou-se o teste de Kruskall-Wallis. O intervalo de confiança de 95% com $p<0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a revelação dos dados em meio científico. Todas as questões da entrevista foram explicadas em termos leigos, para adequada compreensão do idoso. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil, onde foi assinado um termo de responsabilidade pelos envolvidos no projeto, resguardando a privacidade e a confidencialidade dos pacientes.

RESULTADOS

A distribuição quanto ao gênero entre os 338 idosos (maior/igual 60 anos) foi 141 (41,7%) homens e 197 (58,3%) mulheres, com média de idade geral de 69,9 anos.

Quanto ao hábito de fumar, 62 idosos (18,3%) eram fumantes, 128 (37,9%) ex-fumantes e 148 (43,8%) nunca fumaram. Considerando a distribuição por sexo e hábito de fumar, os resultados obtidos foram: entre os fumantes, 29 (46,8%) eram do sexo feminino e 33 (53,2%) eram do sexo masculino; entre os ex-fumantes, 58 (45,3%) eram do sexo feminino e 70 (54,7%) eram do sexo masculino; entre os que nunca fumaram, 110 (74,3%) eram mulheres e 38 (25,7%) eram homens.

O grupo dos fumantes se caracteriza por ser um grupo em sua maioria masculino, com igual distribuição entre raças, e sua maioria era de aposentados. Já o grupo de não fumantes se caracterizou por apresentar em sua maioria mulheres e ser da raça branca e de aposentadas. O grupo dos ex-fumantes era formado, também em sua maioria, por homens, havendo um predomínio da raça branca. A média de idade foi semelhante entre os grupos, assim como a idade de início do tabagismo foi igual em ambos os grupos (fumantes e ex-fumantes). O tipo de cigarro fumado pelos ex-fumantes se caracterizava mais por comercializado e o dos fumantes por ser feito à mão artesanalmente (Tabela 1).

Em relação às propagandas contra o fumo, a maioria dos entrevistados acreditava que elas eram suficientes para alertar (61,8%). Outros acreditavam (21,0%) que elas deveriam ser mais freqüentes para causar o impacto desejado. A opinião dos entrevistados não se alterou em relação aos grupos (p=0,219).

Quando interrogados se receberam aconselhamento médico para parar de fumar, 66,1% dos fumantes relatou que foram aconselhados por médicos a parar de fumar e 33,9% respondeu que não receberam aconselhamento médico para parar de fumar. Quanto à intenção de abandonar o vício, 73,8% dos fumantes afirmou que pretendiam deixar de fumar e 26,2% não queriam deixar de fumar.

Em relação aos relatos de antecedentes, o grupo dos fumantes se associou com asma, angina e infecção respiratória como antecedentes mórbidos. Já o grupo dos ex-fumantes se associou com enfisema pulmonar, bronquite e úlcera como antecedentes mórbidos (Tabela 2).

No relato das doenças atualmente em tratamento, com relevância maior na associação com o tabagismo, a hipertensão arterial sistêmica foi mais freqüente nos pacientes que nunca fumaram em relação aos outros dois grupos. Os fumantes apresentaram mais doença isquêmica e cérebro-vascular (Tabela 3).

As doenças crônicas de via aérea foram significativamente (p=0,001) mais freqüentes nos grupos ex-fumante e fumante em relação ao grupo de pacientes que nunca fumaram.

DISCUSSÃO

No presente estudo, realizado na área de abrangência do PSF do bairro

07-52-prevalência de tabagismo.PMD 175 30/10/2007, 13:45

Tabela 1 – Distribuição dos idosos de acordo com variáveis demográficas e em relação ao hábito de fumar

	Geral (n = 338)	Nunca fumou (n = 148)	Ex-fumante (n = 128)	Fumante (n = 62)	p
Sexo (fem)	197 (58,3%)	110 (74,3%)	58 (45,3%)	29 (46,8%)	**< 0,01**[A]
Idade (anos)	69,9 ± 7,4	70,1 ± 7,6	70,4 ± 7,7	68,2 ± 6,1	0,144[B]
Idade início tabagismo	17,5 – 9,0	–	15 – 7,0	15 – 7,3	0,696[C]
Aposentado	298 (88,2%)	137 (92,6%)	112 (87,5%)	49 (79,0%)	**0,021**[A]
Raça					
Branca	292 (86,4%)	136 (91,9%)	53 (85,3%)	103 (80,5%)	
Parda	17 (5,0%)	1 (0,7%)	4 (6,5%)	12 (9,4%)	**0,015**[A]
Negra	29 (8,6%)	11 (7,4%)	5 (8,1%)	13 (10,2%)	
Tipo de cigarro					
Comercializado	106 (56,1%)	–	78 (60,9%)	28 (45,9%)	**0,05**[A]
Feito à mão	83 (43,9%)	–	50 (39,1%)	33 (54,1%)	

Número de pessoas (%)
[A] – Teste Qui-quadrado
Média ± desvio-padrão
[B] – ANOVA
Mediana – amplitude interquartílica
[C] – Kruskall-wallis

Tabela 2 – Antecedentes mórbidos que podem ter relação com o hábito de fumar

	Nunca fumou (n = 148)	Ex-fumante (n = 128)	Fumante (n = 62)	p
Asma	2 (1,4%)	13 (10,2%)	8 (12,9%)	**0,002** [A]
Enfisema pulmonar	0	15 (11,7%)	4 (6,5%)	**< 0,01** [A]
Angina	4 (2,7%)	8 (6,3%)	8 (12,9%)	**0,017** [A]
Bronquite	3 (2,0%)	27 (21,1%)	11 (17,7%)	**< 0,01** [A]
Câncer	1 (0,7%)	3 (2,3%)	2 (3,2%)	0,245 [B]
Doença cardíaca	13 (8,8%)	14 (10,9%)	7 (11,3%)	0,787 [A]
AVC	5 (3,4%)	8 (6,3%)	7 (11,3%)	0,084 [A]
Infecção respiratória	19 (12,8%)	26 (20,3%)	23 (37,1%)	**< 0,01** [A]
Úlcera	8 (5,4%)	20 (15,6%)	3 (4,8%)	**0,006** [A]

Número de pessoas (%)
[A] – Teste Qui-quadrado
[B] – Teste de Fisher
AVC = acidente vascular cerebral

Tabela 3 – Doenças atuais que podem ter relação com o hábito de fumar

	Nunca fumou (n = 148)	Ex-fumante (n = 128)	Fumante (n = 62)	p
DM	16 (10,8%)	15 (11,5%)	10 (16,1%)	0,551 [A]
Neoplasia	0	3 (2,6%)	1 (1,6%)	0,183 [B]
HAS	107 (72,3%)	73 (57,0%)	31 (50,0%)	**0,003** [A]
Cardiopatia isquêmica	1 (0,7%)	11 (8,6%)	8 (12,9%)	**< 0,01**[B]
Doença cérebro-vascular	0	1 (0,8%)	3 (4,8%)	**0,008** [B]
Doenças do estômago	5 (3,4%)	8 (6,3%)	0	0,105 [B]
Transtorno não especificado da circulação	14 (9,5%)	8 (6,3%)	4 (6,5%)	0,560 [A]
Doença crônica via aérea	1 (0,7%¨)	9 (7,0%)	8 (12,9%)	**0,001** [A]

[A] – Teste Qui-quadrado
[B] – ANOVA
DM = diabetes melitos
HAS = hipertensão arterial sistêmica

07-52-prevalência de tabagismo.PMD 176 30/10/2007, 13:45

Carvalho Bastos, em Camaquã, RS, encontramos uma prevalência de 18,3% de fumantes entre os idosos (60 anos ou mais). No sexo masculino, a prevalência é de 23,7% e no sexo feminino de 14,7%. Comparando-se com dados atuais do INCA (7), a prevalência é um pouco menor que no estudo abrangendo a população de 15 anos ou mais realizado nas capitais brasileiras.

Segundo os dados do INCA (7), na população com 15 anos ou mais, a prevalência em Porto Alegre, RS, é de 25,2%, sendo de 28,2% no sexo masculino e de 22,9% no sexo feminino. A predominância no sexo masculino se mantém no presente estudo. Fazendo-se a comparação com dados de outros estudos realizados em outros países, com idosos, a prevalência encontrada em Camaquã é bem mais alta, quase o dobro. Para estudos brasileiros, também a prevalência em Camaquã foi superior, como demonstra estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras que analisou os fatores de risco na população estudada; a prevalência do tabagismo foi de 6% (10).

A prevalência de fumantes entre idosos (acima de 65 anos) relatada por Appel e Aldrich (11) é de 10,5% para homens americanos e de 10,7% para mulheres americanas. No Canadá, Little (12) cita que a população de idosos que fumam é estimada em 11,6%.

Estudo epidemiológico sobre tabagismo na região sul do país revelou que a prevalência de fumantes regulares em indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos foi de 10,6% (13).

Os pacientes do presente estudo quando indagados a respeito do valor das campanhas contra o fumo, apesar de a maioria (61,8%) considerar que elas são suficientes para alertar a população, outros 21% acreditaram que elas deveriam ser mais freqüentes para atingir seu objetivo, tais dados devem ser considerados como um alerta para intensificar o trabalho de prevenção na região estudada.

Do mesmo modo, entre os fumantes, a maioria (66,1%) recebeu aconselhamento médico para parar de fumar, mas considerando que grande parte dos idosos alguma vez já consultou, a proporção de 33,9% que não receberam aconselhamento mostra uma lacuna que deve ser preenchida, aproveitando-se bem todos os momentos de contato dos idosos com os serviços de saúde. Esses dados ainda têm mais importância quando observamos que 73,8% dos fumantes entrevistados pretendiam deixar de fumar (proporção maior do que a que recebeu aconselhamento) e 57,4% acreditava ser capaz de parar de fumar. Em uma pesquisa sobre tabagismo entre médicos, 81,1% dos fumantes pretendiam deixar de fumar e uma proporção maior (92,5%) acreditava ser capaz de parar de fumar (14).

Brown *et al*. (15) relatam que a proporção de tabagistas idosos hospitalizados com IAM que receberam aconselhamento para parar de fumar durante a hospitalização está abaixo da desejada, com mais da metade (60%) dos fumantes que não receberam aconselhamento para parar de fumar durante a hospitalização. Acompanhando os idosos do estudo, também demonstrou melhor sobrevida no grupo que recebeu aconselhamento.

Na questão referente aos antecedentes mórbidos, o grupo dos fumantes, na amostra aqui estudada, se associou com asma, angina e infecção respiratória (pneumonia). O grupo de ex-fumantes se associou com enfisema pulmonar, bronquite e úlcera. Como o próprio envelhecimento é um importante fator de risco para infecções respiratórias, com a associação do tabagismo, acabam somando-se fatores de risco. Um estudo (16) realizado em São Paulo sobre a tendência da mortalidade por doença respiratória em idosos revela que as doenças respiratórias são causas preocupantes de hospitalizações e morte, principalmente na população idosa, e mostra que as taxas de mortalidade por doenças respiratórias em pessoas maiores de 60 anos, no período de 1980 a 1998, vêm aumentando em ambos os sexos, com predomínio entre os homens.

Outro estudo (17), realizado na Finlândia, apresenta resultados que suportam a hipótese do tabagismo como fator precipitante de asma na idade adulta.

Os efeitos cumulativos do fumo aceleram o processo normal de envelhecimento pulmonar. Lange *et al*. (18) estudaram a bronquite crônica na população idosa e encontraram prevalência de 13% em mulheres e 18,6% em homens e concluíram que na população idosa é uma condição muito prevalente, com importantes implicações prognósticas, o que também ficou demonstrado na presente pesquisa, cujos resultados demonstram maior associação de bronquite e enfisema entre os ex-fumantes.

No Brasil, um estudo (19) cita uma prevalência de 12,7% (acima da prevalência encontrada nos idosos aqui estudados) de bronquite crônica na população com mais de 40 anos, e o tabagismo é o principal fator de risco para a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Também relata que 15 a 20% dos tabagistas desenvolvem DPOC. Em estudo multicêntrico (PLATINO Study), na América Latina, Menezes *et al*. (20) encontraram prevalência de DPOC, em adultos acima de 40 anos, entre 7,8% na cidade do México e 19,7% em Montevidéu, salientando, também um alto índice de fumantes na região.

De acordo com o relatório sobre fumo e saúde, *28th Surgeon General Report* (7), as evidências são suficientes para inferir uma relação causal entre tabagismo e doença ulcerosa péptica em pessoas que são *Helicobacter pylori* positivo. Também um estudo brasileiro (21) do perfil epidemiológico de portadores de doença ulcerosa péptica associada à infecção pelo *H. pylori* mostra em suas conclusões a associação com o tabagismo no grupo estudado. No estudo aqui apresentado não se sabe sobre o histórico de infecção pelo *H. pylori*, mas o relato de úlcera nos antecedentes mórbidos predominou entre os ex-fumantes.

07-52-prevalência de tabagismo.PMD 177 30/10/2007, 13:45

No presente estudo, no grupo de doenças atualmente em tratamento relatadas pelos idosos, a hipertensão arterial sistêmica teve uma grande prevalência na população geral e foi mais freqüente nos que nunca fumaram em relação aos outros dois grupos. As doenças crônicas das vias aéreas inferiores foram mais freqüentes nos ex-fumantes e fumantes; estes últimos também apresentaram mais doença isquêmica e cérebrovascular. O estudo aqui apresentado conta com um número pequeno de casos e são relatos dos pacientes; tem que se ter cuidado na interpretação desses dados, mas diversos trabalhos já comprovaram a forte associação do fumo com as doenças cardiovasculares. Little (12), em uma revisão sobre tabagismo em idosos, relata que o tabagismo aumenta a incidência de doença cardiovascular em 50%. O mesmo cita que o tabagismo aumenta o risco de doenças cérebrovasculares de 1,5 a 3 vezes, comparado com não fumantes. Um estudo brasileiro (22) sobre fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos relata histórico de tabagismo em 46,9% dos casos estudados.

As limitações do estudo aqui apresentado são referentes à técnica de inquérito utilizada, baseada em entrevistas com relatos dos pacientes, não havendo comprovação do diagnóstico, embora a entrevistadora tenha explicado corretamente o significado de cada opção aos pacientes. As comparações com estudos de outros países e de outras faixas etárias devem ser contextualizadas e relativizadas.

CONCLUSÃO

A prevalência do tabagismo (18,3%) no idoso com 60 anos ou mais, na área de atuação do Programa de Saúde da Família do Bairro Carvalho Bastos, em Camaquã, é mais alta do que a encontrada em outros países.

As morbidades associadas em idosos fumantes e ex-fumantes foram as infecções respiratórias, doenças cardiovasculares e doenças crônicas das vias aéreas inferiores.

Dois terços da população idosa fumante recebeu aconselhamento para abandono do tabagismo e foi encorajada a entrar em programas para cessação de fumar, com o objetivo de diminuir riscos à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva: WHO, 2004. http:// www. who.int/ tobacco/resources/ publications/ tobaccocontrol handbook/en/ (Acessado em: 24/06/2005).
2. Duncan BB, Schmidt MI, Duncan MS. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3.Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 1 v. Capítulo 55; p.533-538.
3. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
4. Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002. Tobacco Use and Smoking Cessation Among Seniors. Workshop on Healthy Aging. Canadá. 2001,November 28-30. http: / /www. phac-aspc.gc.ca/ seniors-aines/ pubs/workshop healthyaging/tobacco1 e.htm (Acessado em 28/06/2005).
5. Ministério da Saúde. Caderno de informações em saúde – Rio Grande do Sul.– Município: Camaquã. Disponível em: http:// tabnet.datasus.gov.br/ cgi/ cadernos /RS/RS Camaqua Geral xls (Acessado em 08/07/2005)
6. INCA. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004. http: //www.inca.gov.br / inquerito/ docs/ tab.pdf1 (Acessado em 24/06/2005).
7. CDC. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. [Atlanta, Ga.]: Dept. of Health and Human Services, Centers for DiseaseControl and Prevention, National Center for Chronic Disease Preventionand Health Promotion, Office on Smoking and Health; Washington, D.C.: For sale by the Supt. of Docs., U.S. G.P.O., 2004.
8. Araujo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. J. Bras. Pneumol. 2004, 30 (suppl.2): S1-S76.
9. Burns DM. Cigarette Smoking Among the Elderly: Disease Consequences and the Benefits of Cessation. Am J Health Promot; 2000, 14(6):357-61,
10. Taddei CFG, Ramos LR, Moraes JC *et al*. Multicenter study of elderly patients in outpatient clinics of cardiology and geriatric brazilian institutions.Arq Bras Cardiol 1997, 69(5):327-33.
11. Appel DW, Aldrich TK.Smoking cessation in the elderly. Clin Geriatr Med. 2003, 19(1):77-100.
12. Little D. Review of Smoking in the Elderly. Geriatrics & Aging. 2002, 5(9):9-14.
13. Halty LS, Hunttner MD, Netto IO *et al*. Tabagismo em Rio Grande, RS. J Pneumol 20(supl 3); 118-391, 1994.
14. Halty LS, Hunttner MD, Netto IO *et al*. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante. J Pneumol 2002, 28(2):77-83.
15. Brown DW, Croft JB, Schenck AP, Malarcher AM, Giles WH, Simpson RJ Jr. Inpatient Smoking-Cessation Counseling and All-Cause Mortality Among the Elderly. Am J Prev Med. 2004, 26(2):112-8.
16. Francisco PMSB, Donalisio MRC, Lattorre MRDO. Trends in mortality due to respiratory diseases in elderly, Brazil, 1980 to 1998. Rev. Saúde Pública, 2003, 37(2):191-96.
17. Piipari R, Jaakkola JJ, Jaakkola N, Jaakkola MS. Smoking and asthma in adults. Eur Respir J 2004, 24(5):734-9.
18. Lange P, Parner J, Prescott, Vestho J. Chronic bronchitis in an elderly population. Age Ageing 2003, 32(6): 636-42.
19. Miravitles M. Avaliação econômica da doença pulmonar obstrutiva crônica e de suas agudizações. Aplicação na América Latina. J. Bras. Pneumol. 2004, 30(3): 274-85.
20. Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR *et al*.Chronic obstructive pulmona-

07-52-prevalência de tabagismo.PMD 178 30/10/2007, 13:45

ry disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. Lancet 2005, 26:366(9500): 1832-4.
21. Cruz CRB, Miler C, Rodrigues Jr L, Chehter L. Perfil epidemiológico de portadores de úlcera péptica associada à infecçäo pelo H. pylori. Gastroenterol. Endosc. Dig 2003, 22(1):5-11.
22. Pires SL, Gagliardi RB, Gorzoni ML.Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. Arq Neuropsiquiatr 2004, 62(3-B):844-51.

07-52-prevalência de tabagismo.PMD 179 30/10/2007, 13:45