

Tabagismo em idosos: fatores associados e influência na hipertensão arterial sistêmica

Smoking in the older adults: associated factors and influence on systemic arterial hypertension

Daniel Pedro Comineli Beltrame, Dayane Aparecida Viana, Ana Beatriz Pereira Ribeiro, Daniel Vicentini de Oliveira, Mateus Dias Antunes, Nazaré Pellizzetti Szymaniak, Álvaro da Silva Santos

RESUMO

Este estudo teve como objetivo verificar os fatores associados ao consumo de tabaco entre os idosos e a influência deste hábito na hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de um estudo transversal realizado com 4023 idosos de 27 municípios de Minas Gerais. O período de coleta foi entre novembro de 2011 e abril de 2013, por meio de amostra aleatória simples. Os dados foram analisados pela estatística descritiva e inferencial, adotando significância quando $p < 0,05$. Houve associação significativa entre: os idosos fumantes e o sexo masculino ($p < 0,0001$), 60 a 69 anos ($p < 0,0001$) e 70 a 79 anos ($p < 0,012$); entre os ex-fumantes e o sexo masculino ($p < 0,0001$) e as religiões católica ($p < 0,0001$) e espírita ($p < 0,0001$); entre o tabagismo e a hipertensão arterial sistêmica ($p < 0,0001$) e entre o maior consumo de tabaco e a chance de ser hipertenso ($p < 0,031$). O tabagismo está relacionado ao sexo masculino, as primeiras faixas etárias da velhice e as religiões católica e espírita. Além disso, o hábito de fumar influenciou diretamente na hipertensão arterial sistêmica.

Descritores: Idoso, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica..

ABSTRACT

This study aimed to verify the factors associated with smoking among the older adults and the influence of this habit on systemic arterial hypertension. It is a cross-sectional study carried out with 4023 older adults from 27 municipalities of Minas Gerais. The collection period was between November 2011 and April 2013, using a simple random sample. The data were analyzed by descriptive and inferential statistics, adopting significance when $p < 0.05$. There was a significant association between the older adults smokers and the male ($p < 0.0001$), 60 to 69 years ($p < 0.0001$) and 70 to 79 years ($p < 0.012$); ($p < 0.0001$) and the catholic ($p < 0.0001$) and spiritist religions ($p < 0.0001$); between smoking and systemic arterial hypertension ($p < 0.0001$) and between higher tobacco consumption and the chance of being hypertensive ($p < 0.031$). Smoking is related to males, the first age groups of old age and the catholic and spiritist religions. In addition, smoking directly influenced systemic arterial hypertension.

Descriptors: Older adults, smoking, systemic arterial hypertension.

Como citar este artigo:

Beltrame, DPC; Viana, DA; Ribeiro, ABP; Oliveira, DV; Antunes, MD; Szymaniak, NP; Santos, AS; Tabagismo em idosos: fatores associados e influência na hipertensão arterial sistêmica. Revista Saúde (Sta. Maria). 2018; 44 (3).

Autor correspondente:

Nome: Dayane Aparecida Viana
Formação Profissional:
Doutoranda em Gerontologia
pela Universidade Estadual de
Campinas (UNICAMP), Campinas,
SP, Brasil
Filiação Institucional: Universidade
Estadual de Campinas (UNICAMP)
E-mail: dayane.viana@hotmail.com

Endereço para correspondência:
Rua Tessália Vieira de Camargo,
126 - Cidade Universitária
Zeferino Vaz. CEP: 13083-887 -
Campinas, SP, Brasil.
Telefone: (19) 3521-7408

Data de Submissão:

21/12/2016

Data de aceite:

22/09/2017

Conflito de Interesse: Não há
conflito de interesse



INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo que ocorre diversas alterações no organismo, sejam de ordem biológica, morfológica, funcional ou psicológica, acarretando uma redução da capacidade funcional e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis¹. As alterações originam-se do acúmulo de danos, ao decorrer da vida, causados, sobretudo, pela interação entre fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como tabagismo, etilismo, sedentarismo e dieta desbalanceada².

O tabagismo é considerado um poderoso acelerador do envelhecimento, tanto diretamente, por meio de mecanismos mediados, em grande parte, por radicais livres, quanto indiretamente, através de condições patológicas relacionadas³.

No mundo, a prevalência do tabagismo diminuiu desde 1980. No entanto, devido ao crescimento da população, aumentou o número de fumantes⁴. Sendo assim, o tabagismo compromete não apenas a expectativa de vida, mas também a qualidade e o estilo de vida⁵. Os indivíduos não fumantes têm uma expectativa de vida maior do que a de fumantes, e a suspensão do tabaco é acompanhada, mesmo nos idosos, por um aumento no tempo de sobrevivência, em relação à redução dos danos biológicos induzidos pelo tabagismo⁷.

A função do sistema cardiovascular é afetada pelo cigarro, ocasionando disfunções endoteliais, dentre elas, destaca-se a redução da vasodilatação⁵. Os longevos com fatores de risco para doenças, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, obesidade, história familiar de morte súbita e sedentarismo são mais afetados pelos efeitos negativos do cigarro⁶, pois o tabagismo se relaciona com o agravamento de diversas doenças que adquirem maior significado com o aumento da idade, quando se somam às perdas funcionais próprias da senescência³.

A HAS é o fator de risco mais prevalente para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, constituindo uma condição clínica crônica multifatorial, caracterizada por elevados e sustentados níveis de pressão arterial, tem alta prevalência, porém baixas taxas de controle⁸. A HAS é um dos mais importantes problemas de saúde pública, visto que os custos com o tratamento e a morbimortalidade desta são elevados⁹.

Visto que o tabagismo e a HAS são doenças de alta prevalência nos indivíduos de 60 anos ou mais e podem levar à incapacidade funcional e redução da qualidade de vida, os objetivos do presente estudo foram verificar os fatores associados ao consumo de tabaco entre os idosos e a influência deste hábito na hipertensão arterial sistêmica.

METODOLOGIA

Estudo de base populacional, quantitativo, transversal, observacional e analítico.

A pesquisa foi realizada nos 27 municípios que integram a Gerência Regional de Saúde (GRS) de Uberaba-MG, localizada no Triângulo Mineiro do Estado de MG, na região Sudeste do Brasil, a saber: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa

Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo.

Os pesquisadores basearam-se nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰, o qual relata que nessa região havia 82.134 indivíduos com 60 anos ou mais. Para o cálculo amostral, a população idosa de cada município foi considerada como referência, levando-se em consideração o intervalo de confiança (IC) de 95%, erro amostral de 0,05 e a proporção populacional de cada município, resultando em uma amostra mínima de 3.513 idosos, com processo de seleção de amostragem aleatória simples, entre os idosos cadastrados nas Equipes de Saúde da Família (ESF).

Foram entrevistadas 4023 idosos, o que corresponde a 5,03% dessa população na região pesquisada. Foram incluídos os indivíduos com 60 anos ou mais, sem declínio cognitivo e que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo excluídos aqueles que auto referiram déficit de audição ou visão grave, dependente de cadeira de rodas, acamado provisoriamente ou definitivamente e hospitalizados. A amostra final foi composta, então, de 654 idosos.

O período da coleta de dados compreendeu dois momentos, a saber: o primeiro foi um estudo piloto nos municípios de Delta, Santa Juliana e São Francisco de Sales entre novembro 2011 e março de 2012 e o segundo momento coletou-se os dados dos 24 municípios restantes entre o período de maio de 2012 e abril de 2013. Os entrevistadores foram treinados e estavam capacitados a aplicar o questionário em forma de entrevista lendo e se necessário relendo a questão na íntegra. Todos os questionários foram revisados por supervisores de campo e quando apresentavam alguma incompletude e/ou inconsistência das respostas eram devolvidos ao entrevistador e realizado a correção. Além disso, os entrevistadores receberam um manual para apoio caso fosse necessário.

A fim de avaliar a cognição dos idosos, aplicou-se o Mini exame do Estado Mental (MEEM) com os escores variando entre 13 e 30 pontos de acordo com a escolaridade¹¹⁻¹². Para os dados sociodemográficos, hábitos de vida e informações clínicas utilizou-se questionário estruturado, contendo as seguintes variáveis: sexo (masculino, feminino); faixa etária (60 a 69, 70 a 79 e anos ou mais); escolaridade (com ou sem); renda individual mensal (sem renda, até três, >4≤7, >7 salários mínimos); aposentado (não, sim); tipo de habitação (própria, alugada, cedida, outra); religião (católica, protestante/evangélico, espírita, afrodescendente, outros); raça/cor (negra, parda, branca, amarela); estado conjugal (vive, não vive com o companheiro(a)); fumante (sim, não e ex); quantidade de cigarros fumados/dia; consumo de bebida alcoólica (sim, não); prática atividade física (sim, não) e doenças autorreferidas como HAS (sim, não).

Considerou-se as Diretrizes para Cessação do Tabagismo para definir o status tabágico, tal qual: fumante (fuma pelo menos um cigarro/dia), ex-fumante (não fuma há pelo menos seis meses) e não-fumante (nunca consumiu tabaco).

Os dados foram registrados em uma planilha do Excel em processo de dupla digitação com detecção de erros, logo após realizou-se a convergência das informações e caso apresentasse alguma inconsistência, os dados eram checados nos questionários. Em seguida, os dados foram transferidos para o software Stastical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0 para análise.

Para verificar os fatores associados ao tabagismo, inicialmente aplicou-se o teste Qui-quadrado ($p \leq 0,20$), a fim de verificar quais as variáveis entrariam no ajuste do modelo. Em seguida utilizou-se a Regressão Logística Multinomial Múltipla ajustados para sexo e faixa etária, sendo a categoria de referência os idosos não fumantes. Aplicou-se o teste Cramer's V ($p \leq 0,05$) para descrever a intensidade da associação entre a condição tabágica dos idosos e o autorrelato

de HAS, em seguida utilizou-se a Regressão Logística Binária num modelo no qual as variáveis de confundimento foram incorporadas uma a uma de forma sequencial, sendo os resultados das variáveis apresentados em razão de chances (odds ratio – OR) e IC de 95%. Já para verificar a correlação da quantidade de cigarros com o autorrelato de HAS aplicou-se o teste de Spearman's ($p \leq 0,05$) e em seguida para verificar a associação utilizou-se a Regressão Linear Simples ($p \leq 0,05$) ajustado por sexo e faixa etária. O teste de Kolmogorov-Smirnov demonstrou que a distribuição normal dos dados não foi violada. Os Variance Inflation Factors (VIF) foram calculados e nenhuma variável apresentou indicadores de multicolinearidade ($VIF < 5,0$).

A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM), sob o protocolo nº1640/2010.

RESULTADOS

Foram entrevistados 4023 idosos com média de idade de $70,11 \pm 7,34$ anos. Desses, 654 (16,2%) eram tabagistas e 2450 (60,6%) relataram ter HAS. A presente pesquisa verificou-se que o sexo ($p < 0,0001$), a faixa etária ($p < 0,001$) e a religião ($p < 0,134$) seriam inclusas no ajuste de Regressão Logística Multinomial Múltipla (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas conforme o status tabágico dos idosos. Minas Gerais, 2011-2013.

Variáveis	Tabagista		Ex-tabagista		Não tabagista		Total		p*
	N	(%)	n	(%)	N	(%)	n	(%)	
Sexo									
Masculino	347	53,1	493	57,7	752	29,9	1592	39,6	0,0001
Feminino	307	46,9	362	42,3	1762	70,1	2431	60,4	
Faixa etária									
60 a 69 anos	383	58,6	446	52,2	1270	50,5	2099	52,2	0,001
70 a 79 anos	219	33,5	297	34,7	921	36,6	1437	35,7	
80 anos ou mais	52	8,0	112	13,1	323	12,8	487	12,1	
Escolaridade									
Sem	211	32,3	257	30,1	751	29,9	1219	30,3	0,491
Com	443	67,7	598	69,9	1762	70,1	2803	69,7	
Renda individual mensal									
Sem renda	12	1,8	10	1,2	41	65,1	63	1,6	0,476
Até 3 Salários mínimos	630	96,9	824	96,8	2430	97,0	3884	97,0	

>4 ≤ 7									
Salários mínimos	8	1,2	17	2,0	33	1,3	58	1,4	
>7 Salários mínimos	-	-	-	-	-	-	-	-	
Aposentado									
Não	129	19,8	157	18,4	490	19,5	776	19,3	0,729
Sim	523	80,2	697	81,6	2021	80,5	3241	80,7	
Habitação									
Própria	544	83,3	751	87,8	2176	86,6	3471	86,3	0,211
Alugada	59	9,0	50	5,8	170	6,8	279	6,9	
Cedida	50	7,7	54	6,3	165	6,6	269	6,7	
Outra	-	-	-	-	1	-	1	-	
Religião									
Católica	504	77,2	615	71,9	1870	74,6	2989	74,4	0,134
Protestante/ Evangélico	93	14,2	142	16,6	402	16,0	637	15,9	
Espírita	38	5,8	79	9,2	188	7,5	305	7,6	
Afro- descendente	1	0,2	-	-	4	0,2	5	0,1	
Outros	17	2,6	19	2,2	43	1,7	79	2,0	
Raça/Cor									
Negra	101	15,5	125	14,7	324	12,9	550	13,7	0,211
Parda	168	25,7	184	21,6	598	23,8	950	23,6	
Branca	370	56,7	528	61,9	1543	61,4	2441	60,8	
Amarela	14	2,1	16	1,9	47	1,9	77	1,9	
Estado Conjugal									
Vive com parceiro(a)	361	55,4	480	56,3	1438	57,4	2279	56,8	0,626
Não vive com parceiro(a)	291	44,6	372	43,7	1069	42,6	1732	43,2	
Total	654	16,3	855	21,3	2514	62,5	4023	100,0	

Nota: *Qui-quadrado ($p \leq 0,20$).

Os resultados da Tabela 2 evidenciaram que os idosos do sexo masculino e que estão entre as primeiras faixas etárias da velhice (60 a 69 e 70 a 79 anos) apresentaram 2,77 (IC95%=2,31-3,31), 2,11 (IC95%=1,53-2,91) e 1,52 (IC95%=1,09-2,13) vezes mais chances de serem consumidores de tabaco do que os idosos do sexo feminino e mais velhos, respectivamente. Verificou-se também que os homens (OR=3,25 [IC95%= 2,76-3,82]) e os católicos (OR=[IC95%=]) possuem mais chances de serem ex-tabagistas (cessarem o fumo).

Tabela 2 – Resultados finais do modelo de análise multivariada referente aos fatores associados ao tabagismo em idosos. Minas Gerais, 2011 e 2013.

Variáveis	Status tabágico					
	Tabagista			Ex-Tabagista		
	OR	IC	p*	OR	IC	p*
Sexo						
Masculino	2,77	2,31-3,31	0,0001	3,25	2,76-3,82	0,0001
Feminino	----	----	----	----	----	----
Faixa etária						
60 a 69 anos	2,11	1,53-2,91	0,0001	1,18	0,91-1,51	0,217
70 a 79 anos	1,52	1,09-2,13	0,012	0,97	0,75-1,26	0,842
80 anos ou mais	----	----	----	----	----	----
Religião						
Católica	1,03	0,11-9,75	0,975	1,45	3,88-9,76	0,0001
Protestante/ Evangélico	1,53	0,15-15,4	0,718	8,78	0,03-2,59	0,0001
Espírita	0,94	0,10-9,01	0,963	4,68	9,95-8,28	0,0001
Afro-descendente	0,79	0,08-0,76	0,842	2,94	2,94-2,94	---
Outros	---	---	---	---	---	---

*Regressão Logística Multinomial Múltipla ($p \leq 0,05$), sendo os idosos não tabagistas considerados a categoria de referência.

A relação entre a condição tabágica e o auto relato de HAS é estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) sendo os idosos hipertensos prevalentes nos três grupos tabágicos.

As mulheres apresentaram 1,6 vezes (1,40-1,82) mais chances de terem hipertensão em comparação aos homens. Além disso, foi observado que os idosos tabagistas (OR=0,61 [(IC95%: 0,51-0,72)] e ex-tabagistas (OR=0,48 [IC95%: 0,39-0,60]) apresentaram fator de proteção quanto ao relato de HAS (Tabela 3). A entrada da variável faixa etária no modelo 2 não influenciou a variável sexo no modelo 1, assim como a inserção da variável ingestão de bebida alcoólica (modelo 4) e a prática de atividade física (modelo 5) não influenciaram no comportamento das variáveis significativas, tabela 3.

Tabela 3 – Razão de chance (OR) dos modelos logísticos binários para o autorrelato de hipertensão arterial sistêmica em idosos. Minas Gerais, 2011-2013.

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo 5	
	OR	p								
	IC95%		IC95%		IC95%		IC95%		IC95%	
Sexo										
Masculino	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Feminino	1,60		1,61		1,71		1,71		1,71	

	(1,40-1,82)*	(1,41-1,84)*	(1,49-1,96)*	0,0001	(1,49-1,96)*	0,0001	(1,49-1,96)*	0,0001
Faixa etária								
60-69 anos	---	---	---	---	---	---	---	---
70-79 anos	1,00		1,02		1,02		1,03	
	(0,81-1,22)	0,977	(0,83-1,2)	0,781	(0,83-1,26)	0,789	(0,83-1,26)	0,781
80 anos ou mais	1,18		1,21		1,20		1,20	
	(0,95-1,46)	0,121	(0,97-1,49)	0,081	(0,97-1,49)	0,086	(0,97-1,49)	0,088
Tabagista								
Não			---	---	---	---	---	---
Sim			0,61		0,61		0,60	
			(0,51-0,72)*	0,0001	(0,51-0,72)*	0,0001	(0,51-0,72)*	0,001
Ex			0,48		0,48		0,48	
			(0,39-0,60)*	0,0001	(0,39-0,60)*	0,0001	(0,39-0,60)*	0,001
Ingestão de álcool								
Não					---	---	---	---
Sim					0,99		0,99	
					(0,83-1,19)	0,994	(0,83-1,19)	0,987
Atividade física								
Ativo							---	---
Sedentário							1,09	
							(0,96-1,25)	0,154

*Regressão Logística Binária ($p \leq 0,05$).

Ao analisar a correlação da quantidade de cigarros com o autorrelato de HAS, verificou-se correlação fraca ($r=0,066$) entre as variáveis. No entanto, quando foi analisado o impacto da quantidade de cigarros por dia no relato de hipertensão dos idosos tabagistas e ex-tabagistas com o ajuste para o sexo e faixa etária (Figura 1), observou-se efeito significativo ($p=0,031$), indicando que o aumento de 1 desvio-padrão na quantidade de cigarros por dia aumenta em 0,086 desvio-padrão na chance do idoso se tornar hipertenso.

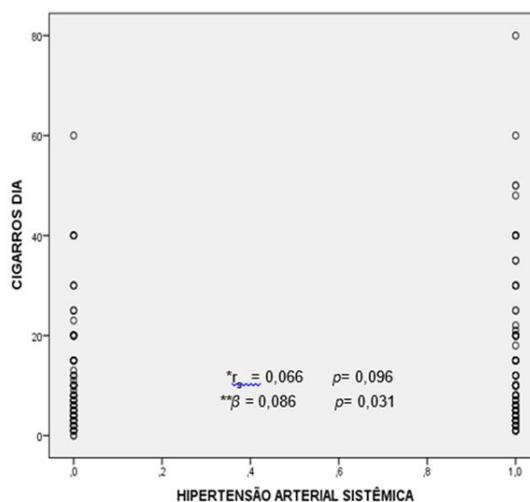


Figura 1 – Correlação e associação da quantidade de cigarros consumidos por dia com o **auto-relato** de hipertensão arterial sistêmica. Minas Gerais, 2011-2013.
*Spearman's ($\rho \leq 0,05$); ** Regressão Linear Simples ($\rho \leq 0,05$).

DISCUSSÃO

A prevalência de tabagismo em idosos verificada neste estudo (16,2%) foi maior que observada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (11,6%)¹³ na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais (12,8%)¹⁴; em inquérito que envolveu 16 capitais brasileiras (12,7%)¹⁵; na Pesquisa Mundial de Saúde (15,4%)¹⁶ e nos Estados Unidos (8,3%)¹⁷, mas mostrou-se inferior à encontrada em Bambuí, Minas Gerais (18,7%)¹⁸ e no Estado do Rio Grande do Sul (18,8%)¹⁹.

São encontradas variações de prevalência do tabagismo em idosos. Em Cuba apresenta 44,8% de idosos, República Dominicana (47,7%), Peru (16,8%), Venezuela (42,6%), China (28,3%) e Índia (39,8%). No entanto, a relação continua sendo a mais elevada nos homens (22,5%) do que nas mulheres (8,7%)²⁰⁻²¹. No presente estudo, 16,2% foram inferiores do que citado nas localidades acima, e 53,1% desses idosos eram do sexo masculino.

Autores afirmam que o cigarro pode ser visto como um método para aliviar momentos de insegurança e tensões dos idosos²². A literatura aponta que a associação entre o tabagismo com condições crônicas e o próprio efeito do envelhecimento no organismo pode aumentar a susceptibilidade dos idosos a doenças respiratórias e incapacidade, resultando em piora da saúde²³.

Em relação ao sexo, os resultados deste estudo apontam uma prevalência maior no sexo masculino, assim como evidenciado em outros estudos^{7,18-19,24}. Esta maior proporção de idosos do sexo masculino fumantes é explicada por fatores históricos e socioculturais¹⁵. O tabagismo difundiu-se primeiro entre os homens como para as mulheres após a segunda década do século XX e ficou-se mais comum para ambos os sexos após a Segunda Guerra Mundial, resultando em diferentes prevalências nas diversas coortes de nascimento²⁵.

Foi possível encontrar que idosos que fumam tem maior risco de chance de estar entre 60 e 69 anos e 70 a 79 anos, assim como encontrado na literatura¹⁸⁻¹⁹, devido a fatores que contribuem para estes resultados, são eles, o

surgimento de agravos que levam o idoso à recomendação de cessação do tabagismo, a maior probabilidade de óbito precoce dos fumantes e a crescente e atual preocupação com a saúde levando o idoso a adotar comportamentos mais saudáveis²⁰⁻²¹.

As influências culturais e do pertencimento a grupos é importante ser destacada, pois foi possível identificar que os idosos católicos e espíritas tem maior risco de chance de cessar hábito de fumar. Uma menor prevalência de fumantes entre os evangélicos foi verificada em estudo no Brasil²⁶ e em outros países²¹. Idosos envolvidos em atividades religiosas e que frequentam cultos com assiduidade apresentam menores prevalência de uso, abuso ou dependência do cigarro, e que além do suporte social proporcionado pelos grupos de devotos, as religiões tendem incentivar alguns comportamentos que são considerados saudáveis²⁷. No entanto, no presente estudo, não foi possível investigar o efeito da assiduidade em reuniões religiosas pela inexistência destas informações no questionário.

Foi encontrada a maior prevalência (96,9%) entre os idosos fumantes com renda de até 3 salários mínimos, também foi observada em outros estudos^{7,18-19}. No entanto, o hábito de fumar não esteve associado estatisticamente com a renda e nem a escolaridade no presente estudo. Tem sido atribuída essa associação negativa do tabagismo com a renda a algumas circunstâncias como o início precoce do tabagismo, a maior dificuldade e dependência de deixar o hábito pela baixa motivação e pela falta de acesso a adequados métodos para cessação do comportamento pelo segmento socialmente menos favorecido da população^{7,19}.

Concernente à escolaridade, 67,7% dos idosos tabagista sabiam ler e escrever, e não houve associação com o tabagismo no presente estudo, no entanto, é necessário destacar que a atual geração de idosos teve um menor acesso à escola. Em uma análise realizada pelo Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) foi verificada que existe maior concentração de fumantes entre os indivíduos de menor escolaridade, também foi evidenciado que a prevalência do consumo intenso de cigarros foi maior para aqueles com menos anos de estudo em ambos os sexos²⁸.

Os fumantes mais velhos apresentam características que os diferenciam dos mais jovens. Geralmente, os fumantes acima de 50 anos apresentam maior dependência da nicotina, fumam maior número de cigarros diários, fumam há mais tempo, apresenta mais problemas de saúde relacionados ao tabagismo e sentem mais dificuldade de cessar o hábito³. Assim, quanto maior é ou foi à quantidade de cigarros por dia maiores são as chances de se tornarem hipertensos no presente estudo.

As causas para o aumento observado na incidência da HAS não são totalmente compreendidos, mas as mudanças nos fatores como cessar o tabagismo, controle da alimentação e realizar a prática regular de atividades físicas são consideradas os principais fatores⁸. A HAS também é um fator de risco para outras doenças crônicas e causas de muitas internações hospitalares⁹.

Mesmo em países em boas condições de saúde, ainda existe uma grande dificuldade em diagnosticar pessoas com HAS²⁹. Esse é o caso do Canadá, onde as taxas de tratamento são altas naqueles diagnosticados (95%), mas 17% das pessoas com HAS permanecem sem diagnóstico³⁰. Também foi encontrada alta prevalência de HAS em idosos da Índia que residiam em regiões urbanas³¹. O estudo realizado em Hong Kong com alta prevalência de idosos fumantes verificou a associação do consumo de cigarros entre idosos gripados e o risco de morte³². Destaca-se que o tabaco é uma das causas mais evitáveis de morte e incapacidade em todo o mundo⁵

Diversas doenças estão correlacionadas não só ao envelhecimento, mas também a escolhas de estilo de vida, como o hábito de fumar, consumo de álcool, alimentação não saudável, inatividade física e predisposição genética³³. Neste cenário, gestores e pesquisadores em todo o mundo cada vez mais consideram a gestão de doenças crônicas uma questão. Buscam intervenções e estratégias para combater essas doenças, que exigem profundas alterações no sistema de saúde³⁴.

O hábito de fumar, que antes era visto como um estilo de vida, atualmente é identificado como uma dependência química que expõe os idosos a inúmeras substâncias tóxicas³⁵. O tabagismo já é considerado um grande problema de saúde pública, responsável por milhões de morte por ano no mundo todo, além disso, é responsável por grandes custos econômicos, sociais e ambientais⁴.

Um dos principais produtores e exportadores de tabaco no mundo é o Brasil. Devido a este fato, torna mais complexa as estratégias de redução e/ou diversificação de culturas, em função da indústria fumageira³⁶. No entanto, este tema tem sido acordado pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário e tem sido o objeto de conferências tanto nacionais e internacionais, com intuito de criar alternativas econômicas para a diversificação da cultura do fumo³⁷.

As políticas estaduais e nacionais de controle de tabagismo podem alterar os ciclos da epidemia, acelerando a diminuição das prevalências de consumo de forma diferenciada entre os sexos, bem como de forma mais homogênea em todas as camadas da população^{9,37-38}.

Por esses fatores de risco, o Ministério de Saúde Pública de Cuba tem traçado uma política baseada na promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, por meio de investigação dos principais fatores de risco que influenciam a HAS³⁹. No Brasil a atenção também está centralizada em promoção da saúde e controle das doenças em diversos contextos sociais⁴⁰.

O principal desafio para o Sistema de Saúde na Atenção Primária é aumentar a taxa de diagnósticos de pessoas com HAS em contextos comunitários³⁷. A identificação do percentual dessas pessoas com o controle da mesma em médio e longo prazo também precisa ser aumentado, isso, por sua vez, reduz a morbidade e mortalidade relacionadas²⁸.

Os resultados do presente estudo e a literatura científica fornecem evidências de que se faz necessário encontrar estratégias para fortalecer o autocuidado e reforçar a autonomia dos idosos que enfrentam HAS, assim como as ações de cessação do fumo direcionada a população idosa. Para tanto, a presente investigação apresenta como limitação o fato dos dados terem sido analisados no corte transversal e o autorrelato da HAS. Sugere-se novas pesquisas que acompanhem os idosos por mais tempo, que observem outras variáveis do tabagismo, tais como se é o idoso é ou foi fumante passivo e qual o tipo de tabaco consumido, além da necessidade de controlar outros possíveis fatores que possam influenciar na HAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou alta prevalência de idosos tabagistas e hipertensos, sendo que maioria dos fumantes

apresentam maiores chances de serem do sexo masculino e com idade entre 60 e 79 anos. Já os ex-fumantes também são homens e das religiões católica e espírita. A HAS está diretamente ligada ao consumo de cigarros e ao sexo feminino.

Conhecer os fatores de saúde da população é essencial para o desenvolvimento de ações de políticas públicas utilizando estratégias de prevenção e promoção da saúde, afim de reduzir os danos ao organismo devido a hábitos de vida irregulares, elevando a qualidade e a expectativa de vida, além de reduzir os gastos com internação e medicação tanto para o idoso quanto para o governo.

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

REFERÊNCIAS

1. Arnautovska U, O'callaghan F, Hamilton K. Older Adults' Perceptions of Physical Activity within the Process of Aging. *Health Behavior and Policy Review*, 2017;4(1):76-86.

2. Vieira CPB, Nascimento JJ, Barros SS, Luz MHBA, Valle ARMC. Self-reported prevalence, risk factors and hypertension control in older adults. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2017;15(3):413-420.

3. Goulart D, Engroff P, Ely ÇS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, et al. Tabagismo em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2010;13(2):313-320.

4. Thorin MH, Wihlborg A, Åkesson K, Gerdhem P. Smoking, smoking cessation, and fracture risk in elderly women followed for 10 years. *Osteoporosis international*, 2016;27(1):249-255.

5. Celermajer DS, Sorensen KE, Bull C, Robinson J, Deanfield JE. Endothelium-dependent dilation in the systemic arteries of asymptomatic subjects relates to coronary risk factors and their interaction. *Journal of the American College of Cardiology*, 1994;24(6):1468-1474.

5. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2011;14(4):713-719.

6. Luz FE, Santos BRM, Sabino W. Comparative study on mortality due to cardiovascular diseases in São Caetano do Sul, São Paulo, Brazil, between 1980 and 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017;22(1):161-168.
7. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cadernos de Saúde Pública*, 2012;28(3):583-596.
8. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2014;9(32):273-278.
9. Yang T, Zhang Y, Wei J, Zeng C, Li LJ, Xie X, et al. Relationship between cigarette smoking and hyperuricemia in middle-aged and elderly population: a cross-sectional study. *Rheumatology International*, 2017;37(1):131-136.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/preliminar_tab_municipio_zip.shtm>. Acesso em: ago de 2011.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975;12(3):189-198.
12. Bertolucci PH, Brucki S, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 1994;52(1):1-7.
13. Paskulin LM, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*, 2007;41(5):757-768.
14. Costa MFL. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2004;13(4):201-208.

-
15. Pereira JC, Barreto SM, Passos VM A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, 2008;91(1):1-10.
16. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: o Brasil em números. *RADIS Comunicação em Saúde*, 2004;23(1):14-33.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults--United States, 2007. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2008;57(45):1221-1228.
18. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Revista de Saúde Pública*, 2005;39(1):746-753.
19. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Caderno de Saúde Pública*, 2006;22(1):1925-3194.
20. Marinho V, Laks J, Coutinho ESF, Blay SL. Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, 2010;26(12):2213-2233.
21. Guimaraes Borges GL, Mendoza Meléndez MÁ, López Brambila MÁ, García Pacheco JÁ, Velasco-Ángeles LR, Beltrán Silva M, et al. A Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental*, 2014;37(1):15-25.
22. Santos-Orlandi AAD, Brito TRPD, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. *Escola Anna Nery*, 2017;21(1):1-8.
23. Barreira MHAL, Ruiz EM. O idoso demenciado em centro de atenção especializado no município de Fortaleza–Ceará. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2015;25(1):52-58.
24. Menezes AM, Lopez MV, Hallal PC, Muiño A, Perez-Padilla R, Jardim JR, et al. Prevalence of smoking and

incidence of initiation in the Latin American adult population: the PLATINO study. *BMC Public Health*, 2009;9(1):151-159.

25. Rosemberg J, Rosemberg AMA, Moraes MA. Nicotina: droga universal. In: Nicotina: droga universal. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003.

26. Souza AAF, Barros MBA. Tabagismo. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo: Editora Hucitec; 2008;80-99.

27. Dagalarrondo P. Relações entre duas dimensões da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006;28(1):177-178.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

29. Baldisserotto J, Kopittke L, Nedel FB, Takeda SP, Mendonça CS, Sirena AS, et al. Socio-demographic characteristics and prevalence of risk factors in a hypertensive and diabetics population: a cross-sectional study in primary health care in Brazil. *BMC Public Health*, 2016;16(1):573-582.

30. Campbell RC, McAlister FA, Quan H. Monitoring and evaluating efforts to control hypertension in Canada: Why, how, and what it tells us needs to be done about current care gaps. *Canadian Journal of Cardiology*, 2013;29(5):564–570.

31. Tabrizi JS, Sadeghi-Bazargani H, Farahbakhsh M, Nikniaz L, Nikniaz Z. Prevalence and Associated Factors of Prehypertension and Hypertension in Iranian Population: The Lifestyle Promotion Project (LPP). *PloS one*, 2016;11(10):1-15.

32. Wong CM, Yang L, Chan KP, Chan WM, Song L, Lai HK, et al. Cigarette smoking as a risk factor for influenza-associated mortality: evidence from an elderly cohort. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 2013;7(4):531-539.

33. Fochat RC, Polonini HC, Barbosa SEM, Chicourel EL, Raposo NRB. Prevalências de doenças de grande impacto na saúde pública em idosos frágeis residentes na zona da mata mineira-brasil: um estudo de base populacional.

34. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2011;14(4):779-786.

35. Sposato B, Scalese M, Milanese M, Scichilone N, Scala R, Perrella A. Smoking and obesity increase airway hyperresponsiveness risk in the elderly. *Current Aging Science*, 2016;9(4):284-294.

36. Fiori NS, Faria NM, Meucci RD, Fassa AG. Smoking prevalence and associated factors among tobacco farmers in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2016;32(7):1-10.

37. Malta DC, Moura EC, Silva AS, Oleira PPV, Silva VLC. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2010;36(1):75-83.

38. Vosoughi AR, Emami MJ, Pourabbas B, Mahdaviazad H. Factors increasing mortality of the elderly following hip fracture surgery: role of body mass index, age, and smoking. *Musculoskeletal Surgery*, 2016;20(1):1-5.

39. Beatón Lobaina YB, García Guerra LA, Couso Seoane C. Identificación de algunos factores de riesgo en ancianos hipertensos. *Medisan*, 2013;17(11):8043-8050.

40. Moraes MCL. Health promotion: visiting concepts and ideas. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 2017;5(1):75-79.