

Transtornos Mentais Comuns

Tabagismo

Consumo de Bebida Alcoólica

© Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Série “Boletins ISA - Capital 2008”, editada pela Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo | SMS | PMSP.
Boletim Nº 5 | Outubro 2011 | Tiragem: 1.000 exemplares.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Gilberto Kassab

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Januario Montone

SECRETÁRIO ADJUNTO

José Maria da Costa Orlando

CHEFE DE GABINETE

Odeni de Almeida

COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo

Margarida M T A Lira

Elaboração

Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo

Edith Lauridsen Ribeiro

Colaboração

Katia Cristina Bassichetto

Marcos Drumond Junior

Marcos Vinícius Stanislao

Margarida M T de Azevedo Lira

Projeto gráfico

Josane Cavalheiro

Editoração

Marília Merusse Duarte

Rua General Jardim, 36 - 5º andar - Vila Buarque

CEP 01223-010 - São Paulo - SP

e-mail: smsceinfo@prefeitura.sp.gov.br

Versão eletrônica:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo>

FICHA CATALOGRÁFICA

São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo.

Boletim ISA - Capital 2008, nº 5, 2011: Transtornos Mentais Comuns. Tabagismo. Consumo de Bebida Alco-
ólica. São Paulo: CEInfo, 2011, 64 p.

1. Transtornos Mentais Comuns. 2. Dependência de álcool/abuso. 3. Tabagismo/hábito de fumar

Sumário

Apresentação	03
Transtornos Mentais Comuns na cidade de São Paulo	05
TMC e gênero	07
TMC faixa etária	07
TMC e raça/cor	08
TMC e religião	09
TMC e escolaridade	10
TMC e situação conjugal	11
TMC e renda familiar per capita	11
TMC e presença de deficiência	12
TMC e problemas de saúde nos últimos 15 dias	13
Considerações finais	14
Referências	15
Anexo I	17
Tabagismo na cidade de São Paulo	19
Prelavência do tabagismo e gênero	20
Tabagismo e idade	22
Tabagismo e raça/cor	25
Tabagismo e escolaridade	25
Tabgismo e religião	26
Tabagismo e situação conjugal	27
Tabgismo e consumo de álcool	27
Tabagismo e Transtornos Mentais Comuns	29

Ex-fumante	30
Comportamentos relacionados ao Tabagismo	31
Fumante passivo	32
Considerações finais	34
Referências	35
Anexo I	37
Consumo de bebida alcoólica na cidade de São Paulo	39
Consumo de bebida alcoólica/sexo e faixa etária	42
Frequência do consumo de bebida alcoólica	45
Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica	45
Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e gênero	46
Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e faixa etária	47
Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e raça/cor	47
Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e situação conjugal	48
Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e religião	49
Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e escolaridade	50
Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e frequência de consumo	51
Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e presença de Transtorno Mental Comum	52
Considerações finais	54
Referências	55
Anexo I	57

Equipe de pesquisadores do ISA - Capital 2008

Chester Luiz Galvão César

Faculdade de Saúde Pública | USP

Luana Carandina

Faculdade de Medicina de Botucatu | UNESP

Maria Cecília Goi Porto Alves

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Faculdade de Ciências Médicas | UNICAMP

Moisés Goldbaum

Faculdade de Medicina | USP

Neuber José Segri ⁽¹⁾

Faculdade de Saúde Pública | USP

Regina Mara Fisberg

Faculdade de Saúde Pública | USP

⁽¹⁾Apoio: FINEP | Financiadora de Estudos e Projetos | Ministério da Ciência e Tecnologia

Equipe responsável pelo ISA-Capital na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo

Katia Cristina Bassichetto

Marcos Drumond Jr

Margarida M T de Azevedo Lira

Apresentação

O quinto Boletim CEInfo da Série ISA Capital 2008 aborda questões relativas aos Blocos Temáticos de Saúde Emocional, Tabagismo e Consumo de Álcool. Por tratar-se de questões de grande relevância para a saúde pública e por estarem muitas vezes relacionadas, fez-se a opção de agrupar estes temas em três seções no mesmo caderno. Isto permite que o leitor além de ter uma visão de cada tema, possa também estabelecer relações entre os mesmos, com autonomia para suas próprias análises, uma vez que não se pretendeu aqui esgotá-las.

Na primeira seção são analisados dados referentes à Saúde Emocional, especificamente, os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Transtornos estes, bastante prevalentes na população geral, mas pouco abordados pelos serviços de saúde em geral.

Na segunda seção é abordado o Hábito de Fumar, ressaltando a magnitude que o tabagismo tem no impacto da morbimortalidade, bem como sua relação com aspectos comportamentais e socioculturais.

Por fim, na terceira seção tratamos sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Como o anterior, um grave problema de saúde pública que contribui para resultados traumáticos por matar ou causar prejuízos funcionais graves (perda de anos de vida, invalidez, problemas familiares, no trabalho, entre outros).

Esperamos que este estudo possa colaborar para evidenciar estes aspectos (saúde emocional e estilo de vida) tão essenciais da vida de todo ser humano e, por conseguinte, estimular a reflexão sobre estes temas e subsidiar decisões para implementação de políticas públicas nestas áreas.

Margarida Lira
Coordenadora CEInfo - SMS - SP

Transtornos Mentais Comuns – TMC na Cidade de São Paulo Self-Reporting Questionnaire – SRQ-20

O Inquérito de Saúde ISA - Capital 2008 buscou identificar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC)¹, um grupo de problemas de saúde mental altamente frequentes na população que, apesar de serem considerados uma morbidade psiquiátrica menor, trazem alto grau de sofrimento e prejuízos funcionais para as pessoas afetadas, sendo que apenas pequena parcela delas é identificada e tratada. Este grupo de transtornos compreende sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, nervosismo, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (Pereira et al., 2008; Ludermir e Melo Filho, 2002).

Com esta finalidade utilizou-se um instrumento de rastreamento desenvolvido sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS) denominado Self-Reporting Questionnaire - SRQ-20 (anexo 1). Este instrumento é composto por vinte perguntas, sendo quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas emocionais, com duas possibilidades de resposta (sim/não); não inclui questões sobre sintomas psicóticos nem sobre o consumo de álcool e outras drogas (WHO, 1994). Tem sido largamente utilizado em todo o mundo, inclusive no Brasil, onde foi validado por Mari e Williams em 1986. No presente estudo o ponto de corte utilizado foi 8, isto é, foi considerado como escore positivo oito ou mais respostas sim. Com este ponto de corte o instrumento apresenta sensibilidade para presença de TMC de 86,3% e especificidade de 89,3% (Gonçalves et al., 2008).

Segundo a OMS (WHO, 1994), os transtornos mentais identificados pelo SRQ correspondem a alguns diagnósticos (**Quadro 1**) da Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição (CID-10):

¹Tanto no ISA Capital 2003 como no de 2008, o SRQ foi aplicado apenas em pessoas com 16 anos ou mais.

Quadro 1 – Transtornos Mentais identificados pelo SRQ conforme diagnósticos da CID-10.

<i>Depressão</i>	
F32	Episódio depressivo
F33	Transtorno depressivo recorrente
F34.1	Distímia
<i>Transtornos relacionados com ansiedade</i>	
F40	Transtorno fóbico-ansioso
F41.0	Transtorno do pânico
F41.1	Transtorno de ansiedade generalizada
F41.2	Transtorno misto de ansiedade e depressão
F42	Transtorno obsessivo-compulsivo
F43.2	Transtornos de ajustamento
<i>Transtornos somatoformes</i>	
F45.0	Transtorno de somatização
F45.1	Transtorno somatoforme indiferenciado
<i>Outros transtornos neuróticos</i>	
F48.0	Neurastenia

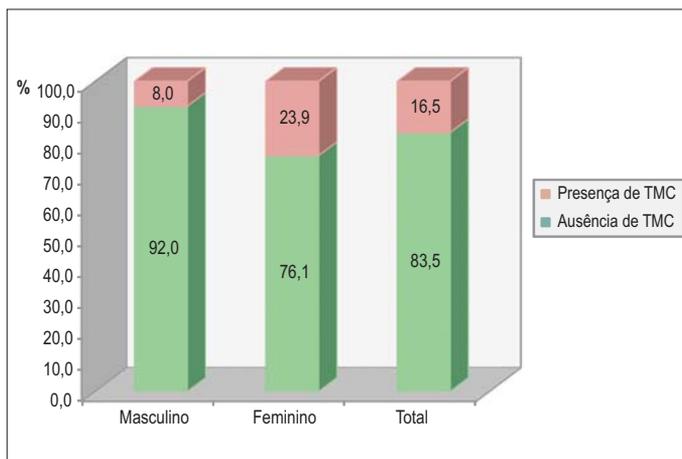
Fonte: OMS (WHO, 1994)

Pesquisas realizadas em países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento mostraram que durante a vida mais de 25% das pessoas apresentam um ou mais transtornos mentais e comportamentais (OMS, 2001). Os principais estudos que avaliaram a saúde mental de indivíduos na comunidade têm demonstrado que cerca de 90% da morbidade psiquiátrica, nessas populações, compõe-se de distúrbios não psicóticos. Os principais distúrbios evidenciados nestes estudos têm sido depressão e ansiedade, incluindo uma série de queixas inespecíficas e somáticas (Coutinho et al., 1999; Goldberg e Huxley, 1992).

TMC e gênero

A prevalência de TMC em pessoas com 16 anos e mais neste estudo foi 16,5%, (IC95% 14,8-18,3) com diferença significativa entre os sexos, sendo 8,0% (IC: 6,1-10,3) no sexo masculino e 23,9% (IC: 21,4-26,6) no feminino (**Gráfico 1**). Este achado é compartilhado por outros estudos, ainda que alguns deles tenham utilizado pontos de corte (cut off point) diferentes para mulheres e para homens. A maioria demonstrou prevalências maiores em mulheres (WHO, 1994; Mari JJ et al., 1987; Coutinho et al., 1999; Ludermir e Melo Filho, 2002; Pereira et al., 2008). No estudo ISA - Capital 2003 a prevalência de TMC encontrada foi de 21,06% (IC: 18,1-24,3) na população total, sendo 30,8% em mulheres e 9,3% em homens (Figueiredo e Cesar, 2006). Apesar da diminuição da prevalência entre 2003 e 2008, não houve alteração estatisticamente significativa entre os dois anos estudados.

**Gráfico 1 – Prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo sexo
ISA-Capital, 2008 - Município de São Paulo**

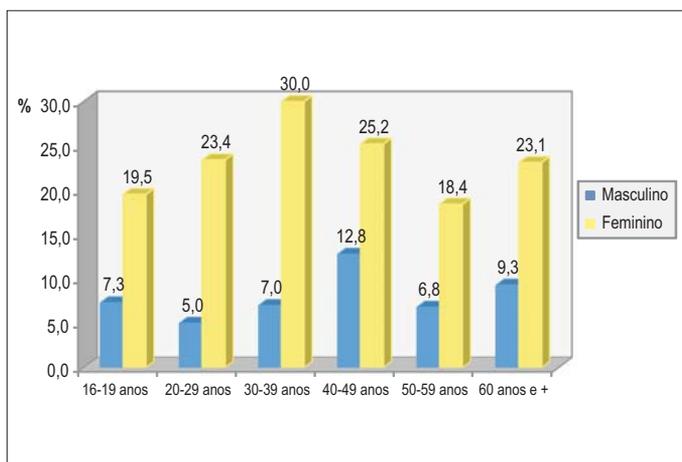


TMC e faixa etária

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa de prevalência dos TMC entre as faixas etárias estudadas (**Tabela 1**). No entanto observou-se uma discreta tendência de pico entre 30 e 39 anos nas mulheres e entre 40 e 49 anos para os homens (**Gráfico 2**).

Tabela 1 - Prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo faixa etária - ISA-Capital, 2008 - Município de São Paulo

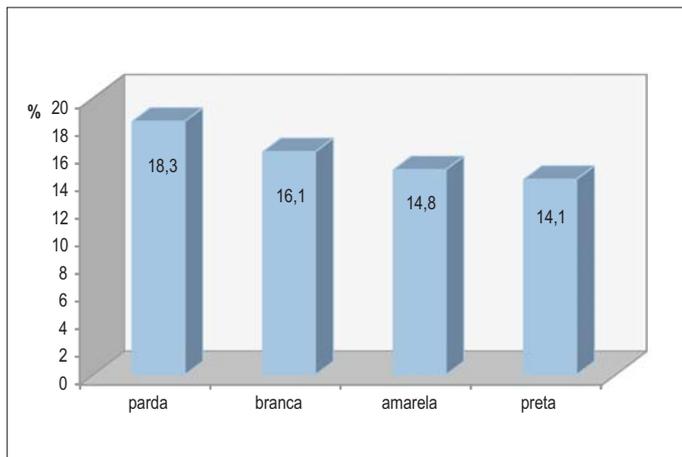
Faixa etária	%	IC 95%
16-19 anos	13,7	10,3-18,1
20-29 anos	14,4	11,0-18,7
30-39 anos	19,1	15,3-23,4
40-49 anos	19,1	14,6-24,5
50-59 anos	13,6	9,3-19,3
60 anos e +	17,4	15,0-20,1

Gráfico 2 - Prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo sexo e faixa etária - ISA-Capital, 2008 - Município de São Paulo

TMC e raça/cor

Não foi encontrada associação entre a variável raça/cor e presença de TMC (Gráfico 3), apesar de haver tendência de prevalência maior em pardos, achado este também corroborado por Pereira et al. (2008). No entanto, no ISA 2003 (Figueiredo e Cezar, 2006) o percentual de positivos para TMC em negros (pretos + pardos) foi 24,4%, com associação estatisticamente significativa.

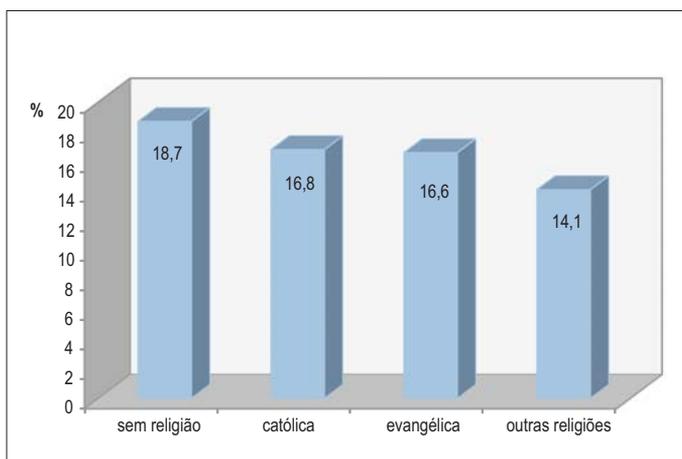
Gráfico 3 - Prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo raça/cor - ISA-Capital, 2008 - Município de São Paulo



TMC e religião

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre a prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo a religião (**Gráfico 4**). Contudo é importante considerar a tendência de taxa de prevalência mais elevada (18,7%) em pessoas sem religião, tendo em vista que alguns autores têm encontrado forte associação entre a prevalência de TMC e a falta de “bem-estar espiritual e religiosidade” (Volcan et al. 2003).

Gráfico 4 - Prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo religião - ISA-Capital, 2008 - Município de São Paulo



TMC e escolaridade

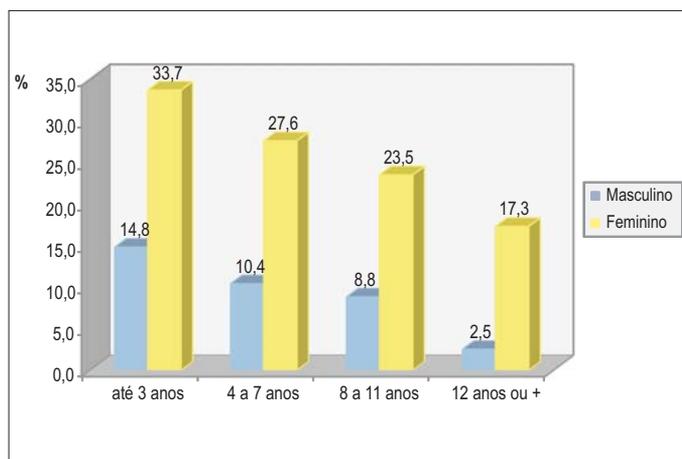
Foi encontrada associação entre nível de escolaridade e presença de TMC. Pessoas de 16 anos e mais com até três anos de estudo apresentaram prevalência significativamente maior que aquelas com escolaridade entre oito e 11 anos e as com 12 ou mais anos de estudo (Tabela 2). Esta diferença também é significativa para mulheres nestas mesmas faixas de escolaridade e para os homens apenas entre as faixas de até três anos e com 12 anos ou mais de estudo (Gráfico 5).

Em uma revisão de onze estudos (dentre eles, três no Brasil) realizados em seis países verificou-se relação estatisticamente significativa da prevalência de TMC associada a pobreza e baixos níveis de escolaridade, sendo este último um consistente fator de risco para este agravo (Patel e Keinman, 2003).

Tabela 2 - Prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo escolaridade - ISA-Capital, 2008 - Município de São Paulo

Escolaridade	%	IC 95%
Até 3 anos	26,2	21,4-31,7
4 a 7 anos	19,9	16,6-23,5
8 a 11 anos	16,6	14,3-19,2
12 anos ou +	10,1	7,4-13,5

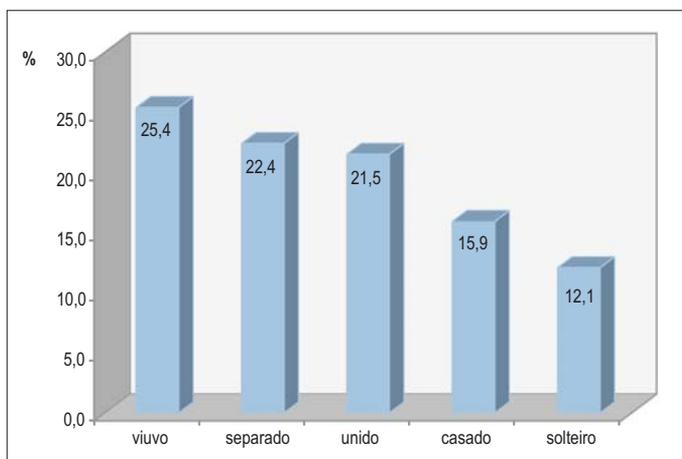
Gráfico 5 - Prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo sexo e escolaridade - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



TMC e situação conjugal

Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre situação conjugal e prevalência de TMC, sendo que os solteiros apresentaram prevalência significativamente menor que os unidos, separados/desquitados/divorciados¹ e viúvos (**Gráfico 6**). Costa e Ludermir (2005) referiram achados semelhantes quando estudaram a associação de TMC com apoio social, incluindo situação conjugal, e demonstraram que as pessoas com baixo apoio social têm duas vezes mais chances de ter TMC.

Gráfico 6 - Prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo situação conjugal - ISA-Capital, 2008 - Município de São Paulo

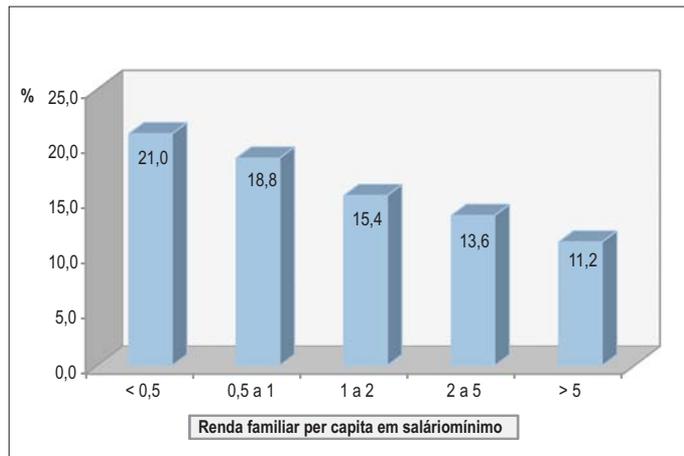


TMC e renda familiar per capita

Foi encontrada tendência de prevalência maior de TMC em pessoas de 16 anos e mais com renda familiar menor que meio salário per capita (21,0 % com IC 95% 16,2-26,8), em relação àqueles com renda familiar de cinco salários mínimos ou mais (11,2 % com IC 95% 6,9-17,5), apesar desta diferença não ser estatisticamente significativa (**Gráfico 7**). Dados de pesquisas transculturais feitas no Brasil, Chile, Índia e Zimbábue mostraram que as perturbações mentais mais comuns são cerca de duas vezes mais frequentes entre os pobres que entre os ricos (Patel e col., 1999 apud OMS, 2001).

¹No gráfico 6 foram agrupados como separados as pessoas que referiram ser separados, divorciados e desquitados.

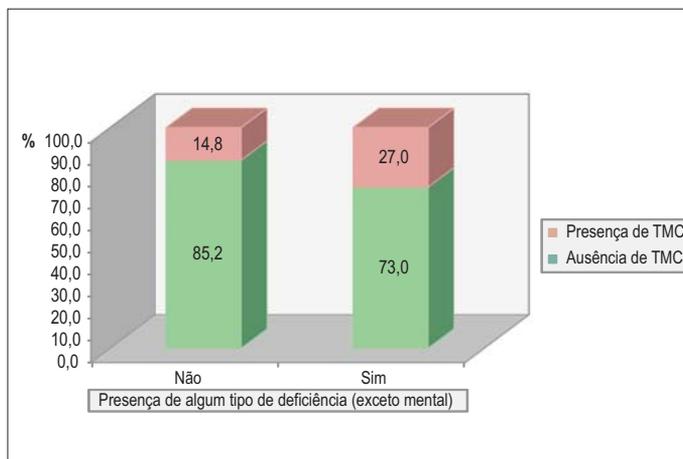
Gráfico 7 - Prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo renda familiar - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



TMC e presença de deficiência

A prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais com deficiência é significativamente maior que aquelas sem deficiência (**Gráfico 8**). Doenças físicas crônicas graves e incapacitantes, incluindo presença de deficiências, têm sido correlacionadas com presença de TMC (Cruz et al., 2009; OMS, 2001). O número de enfermidades crônicas apresentadas pela pessoa também está relacionado com presença de TMC, sendo que é mais relevante que a presença de cada uma das doenças individualmente (Coelho et al., 2009).

Gráfico 8 - Prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais segundo presença de algum tipo de deficiência (exceto mental) ISA-Capital, 2008 - Município de São Paulo



TMC e problemas de saúde nos últimos 15 dias

Observou-se que pessoas de 16 anos e mais com TMC apresentaram significativamente mais problemas de saúde nos 15 dias que antecederam o estudo ISA-2008 do que aquelas sem TMC.

A frequência da percepção (morbidade referida) de problemas de saúde nos últimos 15 dias foi duas vezes maior (28,7%) entre aqueles com SRQ positivo do que entre os que obtiveram SRQ negativo (13,5%) (Gráfico 9). Este dado deve ser valorizado, pois reafirma o que diversos estudos já evidenciaram que os portadores de TMC procuram mais os serviços de saúde, em especial a atenção básica. Estudos conduzidos em clientelas de serviços de saúde em São Paulo mostraram que cerca de 50% dos pacientes atendidos apresentavam algum distúrbio mental não psicótico (Iacoponi, 1988; Mari et al., 1986,1987).

Considerações finais

Na cidade de São Paulo, os TMC acometem uma em cada seis pessoas de 16 anos e mais e são mais frequentes em pessoas do sexo feminino, com baixa escolaridade e baixa renda (até 0,5 salários mínimos per capita), com situação conjugal unido ou separado ou viúvo e com presença de algum tipo de deficiência. A prevalência de problemas de saúde nos últimos 15 dias é duas vezes maior entre aqueles com SRQ positivo do que entre os negativos. Cabe também ressaltar as associações encontradas entre as ocorrências de TMC e tabagismo e TMC e uso abusivo/dependência de álcool, detalhadas nas secções sobre tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

Estes achados contribuem para o redimensionamento das propostas de intervenção em saúde mental, em especial na atenção básica. As questões psicoemocionais devem fazer parte da avaliação do usuário em seu aspecto mais abrangente, pois, como mencionado anteriormente, vários estudos apontaram que boa parte dos usuários que estão na atenção básica apresenta algum grau de sofrimento psíquico que acaba negligenciado em função do enfoque apenas físico. Em outros momentos é comum a banalização do sofrimento psíquico como se fosse de pouca importância, sendo que muitas vezes os problemas de saúde mental passam despercebidos pelos serviços de saúde.

Cabe destacar que nesta análise a cidade de São Paulo apresentou prevalência para TMC de 16,5%, o que pode significar mais de um milhão e oitocentas mil pessoas com TMC.

O conhecimento da magnitude destes problemas propicia que os serviços de saúde possam oferecer ações mais focadas em grupos com maior risco para apresentar este tipo de transtorno. A maioria destes problemas pode ser detectada e tratada na atenção básica, a partir de uma abordagem de clínica ampliada e com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Estes dados reforçam a necessidade de que as equipes da atenção básica estejam capacitadas para uma abordagem mais efetiva destes transtornos.

Referências

Coelho FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva CV. Common mental Disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (1): 59-67.

Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (1): 73-9.

Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ. Fatores de Risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiquiatric Clin*. 1999; 26(5): 246-55.

Cruz MS, Oliveira LR, Carandina L, Lima MCP, César CLG, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaun M. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(5): 1123-31.

Figueiredo CRDL, Cezar CLG. Saúde e doença mental no município de São Paulo: Desafios para a atenção primária: análise da prevalência de transtornos mentais comuns na população do município de São Paulo, segundo dados do ISA-Capital, 2003. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP, 2006.

Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders: a bio-social model*. London: Routledge, 1992.

Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2): 380-90.

Iacoponi E. Methodological issues in measuring the detection of emotional disorders by primary care physicians. *Rev. Saúde Pública*. 1988; 22(1): 46-56.

Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21 (supl.1): 1-5.

Ludemir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 22(1):131-40.

Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of Psychiatric Morbidity in the

Primary Medical Care Settings in Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 1987; 21(6): 501-7.

Mari JJ, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire in Primary Care in the City of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986; 148: 23-6.

Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001 (tradução para o português pelo Escritório Central OPAS e revisão técnica pela Área Técnica da saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil).

Patel V, Kleinman A. “Poverty and common mental disorders in developing countries”. *Bulletin of the WHO*. 2003; 81:609-615.

Pereira ARS, Morita M, Barros MBA. Transtorno Mental Comum. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. *As Dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas, SP*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos mentais menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(4): 440-5.

World Health Organization. *A user’s guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Division of Mental Health, WHO: Geneve, 1994.

Anexo

Bloco M

Saúde Emocional

SAÚDE EMOCIONAL

BLOCO M



PARA TODAS AS PESSOAS COM 16 ANOS OU MAIS.

O Bloco se aplica a este entrevistado? sim 1 não 2

Entrevistado impossibilitado de responder 3

O(a) sr.(a) teve algum destes problemas, nos últimos 30 dias?

	não	sim
M 01. Tem dores de cabeça freqüentes?	0	1
M 02. Tem falta de apetite?	0	1
M 03. Dorme mal?	0	1
M 04. Assusta-se com facilidade?	0	1
M 05. Tem tremores nas mãos?	0	1
M 06. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	0	1
M 07. Tem má digestão?	0	1
M 08. Tem dificuldade de pensar com clareza?	0	1
M 09. Tem se sentido triste ultimamente?	0	1
M 10. Tem chorado mais do que de costume?	0	1
M 11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	0	1
M 12. Tem dificuldades para tomar decisões?	0	1
M 13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	0	1
M 14. É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	0	1
M 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	0	1
M 16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0	1
M 17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	0	1
M 18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0	1
M 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	1
M 20. Você se cansa com facilidade?	0	1

Tabagismo na Cidade de São Paulo

O tabagismo é um dos mais importantes e graves problemas de saúde pública, sendo considerado uma doença crônica de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1997, no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008): O tabaco é a principal causa evitável de morte no mundo hoje. Este ano (2008), o tabaco matará mais de cinco milhões de pessoas - mais que tuberculose, HIV/AIDS e malária combinadas. Até 2030, o número de mortos será superior a oito milhões por ano. A menos que sejam tomadas medidas urgentes o tabaco poderá matar um bilhão de pessoas durante este século.

O tabaco é o único produto de consumo legal que pode prejudicar todos expostos a ele - e ele mata até a metade de quem usá-lo como preconizado. Contudo, o consumo do tabaco é comum em todo o mundo devido a preços baixos, marketing agressivo e generalizado, falta de consciência sobre seus perigos e inconsistentes políticas públicas contra seu uso.

A maioria dos danos do tabaco para a saúde não se torna evidente até anos ou até mesmo décadas após o início da utilização. Assim, enquanto o consumo do tabaco está crescendo globalmente, a epidemia de doenças relacionadas com o tabaco e morte acaba de começar.

O tabaco é preparado a partir da secagem das folhas da planta *Nicotiana tabacum* originária das Américas e foi utilizada pelos povos nativos deste continente em rituais religiosos com objetivos sociais desde tempos imemoriais (Brasil, 2010). Os europeus disseminaram o uso do tabaco por todos os continentes antes do final do século XVII por razões econômicas e por seu caráter aditivo. A partir do início do século XX, com o aprimoramento das máquinas de fabricação, os cigarros tornaram-se baratos e acessíveis, sendo que após a década de 50 as técnicas de publicidade ampliaram seu consumo mais rapidamente.

Diversas pesquisas científicas constataram que 56 doenças diferentes estão relacionadas ao consumo de cigarro. É considerado fator de risco para doenças como hipertensão arterial, doenças coronarianas, vários tipos de câncer, enfisema pulmonar e bronquite e a principal

causa de morte evitável em todo o mundo (OMS, 2003). O tabaco contém aproximadamente 4.720 substâncias químicas, destas, 43 carcinogênicas.

No Brasil, o tabagismo está relacionado à aproximadamente 45% das mortes nos homens com menos de 65 anos. É responsável por mais de 20% dos óbitos por doença coronariana nos homens e por 40% em mulheres, com idade maior que 65 anos. Além disso, homens fumantes entre 45 e 54 anos de idade têm quase três vezes mais probabilidade de morrer de infarto do miocárdio do que os não fumantes da mesma faixa etária (Brasil, 2003).

Para este estudo foi analisada a base de dados do ISA-Capital 2008¹, inquérito realizado na cidade de São Paulo em 2008, que utilizou questionário organizado em blocos temáticos ¹. Para investigar este tema foram feitas treze perguntas sobre o hábito de fumar, tipo e quantidades diárias e exposição ao fumo (anexo I).

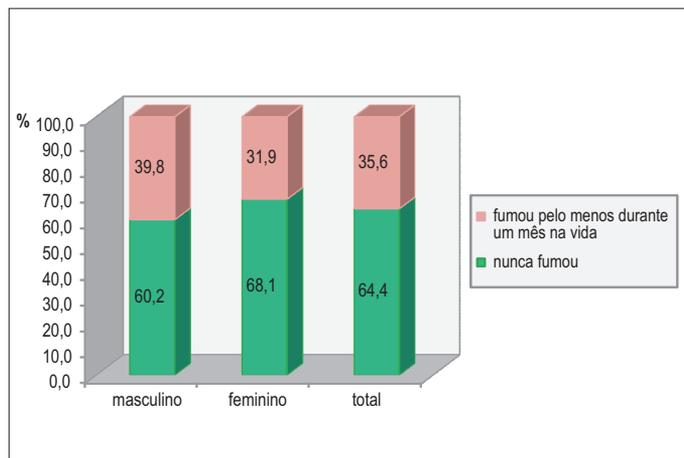
Prevalência do tabagismo e gênero

A pergunta inicial sobre este tema para todos os entrevistados de 12 anos e mais foi: “O(a) Sr.(a) já fumou, ao menos algum cigarro por dia, todos os dias durante pelo menos um mês?”

Observou-se que 35,6% das pessoas de 12 anos ou mais fumaram pelo menos um cigarro por dia, durante pelo menos um mês na vida, sendo que a prevalência na vida é significativamente maior entre os homens [39,8% (IC95% 35,8-43,9) entre os homens e 31,9% (IC95% 29,0-35,0) entre as mulheres] (Gráfico 1).

¹ Maior detalhamento sobre a metodologia deste inquérito pode ser encontrado em Boletim ISA-Capital 2008, nº 1, 2010: Inquérito de Saúde / Primeiros Resultados, disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidades/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/PrimeirosResultados.pdf>

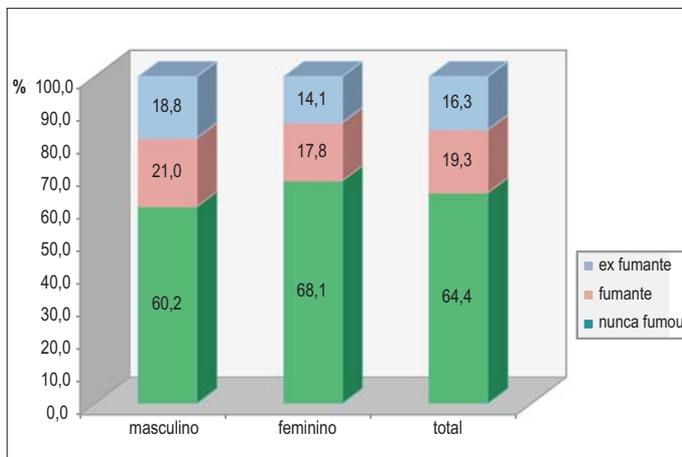
Gráfico 1 - Tabagismo na vida em pessoas de 12 anos e mais segundo sexo - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



Para aqueles que responderam que fumaram pelo menos um mês na vida foi perguntado: “O(a) Sr.(a) fuma atualmente?”

A prevalência de tabagismo no momento do estudo foi 19,3% (IC95% 14,4-18,5) entre as pessoas de 12 anos ou mais, sendo que 16,3% são ex-fumantes (Gráfico 2). Apesar de haver tendência de maior prevalência de fumantes atuais e não fumantes entre os homens, não há diferença estatisticamente significativa entre os sexos nestes dois grupos [ex-fumantes: 18,8% (IC95% 16,2-21,7) entre os homens e 14,1% (IC95% 11,9-16,6) entre as mulheres e fumantes: 21,0% (IC95% 17,9-24,3) entre os homens e 17,8% (IC95% 15,3-20,6) entre as mulheres]. Estudo realizado na cidade de Campinas também não encontrou diferença significativa entre os gêneros, apesar de a literatura internacional referir que a proporção de homens fumantes tem sido maior que a de mulheres (Souza e Barros, 2008).

Gráfico 2 - Tabagismo atual em pessoas de 12 anos e mais segundo sexo - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



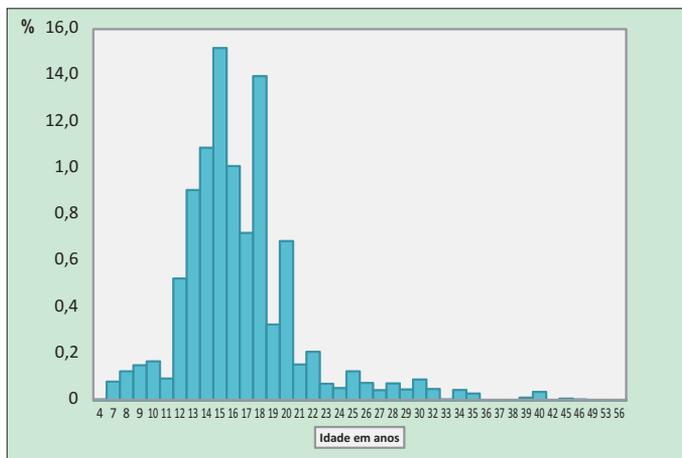
O estudo Vigitel 2010 (Brasil, 2011) apontou frequência de adultos (pessoas com 18 anos e mais) fumantes na cidade de São Paulo de 19,6%, sendo 22,8% entre os homens e 16,8% entre as mulheres. A prevalência encontrada no ISA-2008 foi semelhante, apesar deste estudo incluir pessoas de 12 anos e mais na amostra. O estudo Vigitel 2010 apontou prevalência de 15,1% de fumantes com 18 anos e mais no Brasil e indicou tendência significativa de redução do tabagismo entre os homens entre 2006 a 2010.

Na comparação da prevalência de tabagismo nos adultos de 18 anos e mais em 2008 a pesquisa ISA-2003 não foi observada diferença significativa, tanto para a população geral quanto para os gêneros (São Paulo 2010) (prevalência de tabagismo em pessoas de 18 anos e mais em 2003, 21,2% e em 2008, 21,5%).

Tabagismo e idade

Observou-se que 81,2% dos fumantes começaram a fumar antes dos 20 anos, sendo 31,5% antes dos 15 anos (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Idade em que começou a fumar.
ISA - Capital 2008 - Município de São Paulo



Os estudos realizados no mundo ocidental indicam que é na adolescência que a grande maioria de fumantes experimenta ou consome de forma regular o tabaco, razão pela qual as medidas de educação e prevenção devem incidir prioritariamente nesta fase da vida (Escobedo et al 1990). Pesquisas realizadas nos Estados Unidos e em outros países apontam que a iniciação no tabaco ocorre precocemente na vida, a partir de nove anos, e aumenta rapidamente a partir dos 11 anos. Na Europa e outros países do ocidente também indicaram prevalência de tabagismo entre adolescentes de 10,9% a 36,0%. Levantamentos realizados em escolas de Brasília e de São Paulo indicaram frequência de adolescentes fumantes entre 21,5 e 30,7%. Estudo realizado em Pelotas a partir de base populacional indicou prevalência de 12,1% na faixa etária de 10 a 19 anos (Malcon et al 2003).

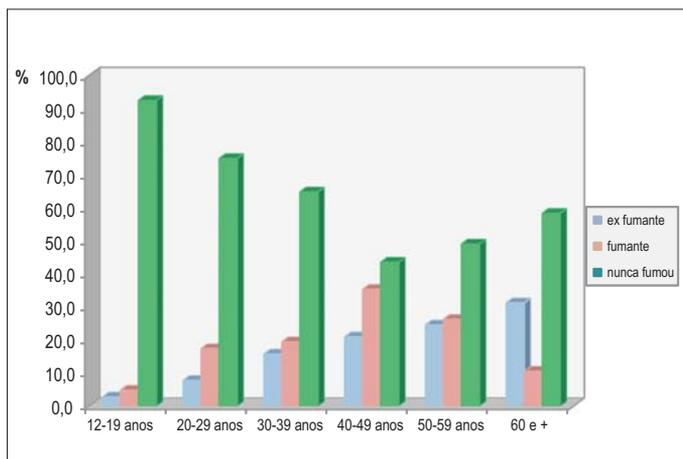
No presente estudo a prevalência de fumantes com menos de 20 anos foi de 4,8% e de ex-fumantes nesta faixa etária de 2,8%, bem abaixo das pesquisas citadas acima (Tabela 1).

Tabela 1 - Tabagismo em pessoas de 12 anos e mais segundo faixa etária. Município de São Paulo, ISA-Capital 2008.

		Tabagismo					
		fumante		ex fumante		nunca fumou	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Faixa etária	12-19 anos	4,8	3,4-6,7	2,8	1,7-4,7	92,4	90,1-94,2
	20-29 anos	17,4	13,2-22,6	7,8	5,1-11,8	74,8	69,6-79,3
	30-39 anos	19,5	14,3-26,1	15,8	11,4-21,6	64,7	57,3-71,3
	40-49 anos	35,4	29,8-41,5	21,0	16,8-25,9	43,6	37,9-49,5
	50-59 anos	26,3	20,1-33,7	24,6	18,4-32,0	49,1	41,6-56,6
	60 e +	10,6	8,3-13,3	31,3	27,8-35,0	58,2	54,5-61,7

A prevalência do tabagismo aumenta com a idade até a faixa etária de 40 a 49 anos (35,4%), tendendo a diminuir após os 50 anos e com queda depois de 60 anos (Gráfico 4). Tanto o grupo de 12 a 19 anos quanto o de 60 anos e mais fumam significativamente menos que a faixa etária de 20 até 59 anos, na qual não há diferença significativa entre os grupos (Tabela 1). O grupo dos ex-fumantes aumenta progressivamente com a idade até atingir a frequência de 31,3% no grupo de 60 anos e mais.

Gráfico 4 - Tabagismo em pessoas de 12 anos e mais segundo faixa etária - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



Tabagismo e cor/raça

Analizando-se a prevalência de fumantes segundo a cor/raça, não foi encontrada diferença significativa entre os quatro grupos estudados (Tabela 2).

Tabela 2 - Tabagismo em pessoas de 12 anos e mais segundo cor/raça - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

		Tabagismo					
		fumante		ex fumante		nunca fumou	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Cor/raça	branca	18,7	16,1-21,8	17,2	14,7-20,1	64,0	60,5-67,3
	preta	19,0	12,3-28,0	17,5	11,5-25,5	63,6	52,7-73,2
	parda	20,3	16,4-25,0	13,9	11,2-17,1	65,8	60,9-70,3
	amarela	16,7	5,0-43,3	14,9	6,6-30,2	68,4	47,8-83,7

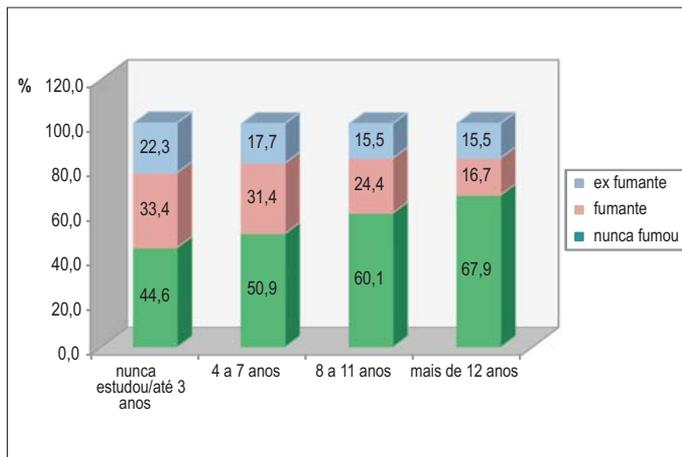
Tabagismo e escolaridade

A análise da prevalência do tabagismo entre os adultos (20 a 59 anos) em relação à escolaridade apontou que adultos com 0 a 3 anos de estudo fumam duas vezes mais (33,4% IC95% 25,6-42,2) que pessoas com 12 ou mais anos de escolaridade (16,7% IC95% 12,7-21,7). A prevalência de tabagismo nos grupos com 4 a 7 anos e 8 a 11 anos de estudo não apresentou diferença significativas em relação aos outros grupos (Gráfico 5). Entre os ex-fumantes não há diferença significativa segundo anos de escolaridade, sendo que a diferença encontrada para os fumantes reflete o grupo dos que nunca fumaram.

A associação negativa entre tabagismo e anos de estudo sugere que a escolaridade permite maior acesso ao conhecimento sobre os malefícios do cigarro, podendo também indicar dificuldade de acessibilidade a serviços de saúde ou uso específico do cigarro como paliativo para situações de estresse ou como característica vinculada à autonomia ou status social no grupo de menor escolaridade (Kuhnen, M. et al. 2009).

Cabe destacar que a escolaridade é uma importante aliada nas estratégias de promoção e prevenção da saúde, tendo em vista o alcance que a mídia, a publicidade e as ações educativas podem ter sobre esta questão. Estes achados apontam que seria importante elaborar campanhas publicitárias dirigidas a população de menor escolaridade com maior probabilidade de iniciar o hábito de fumar.

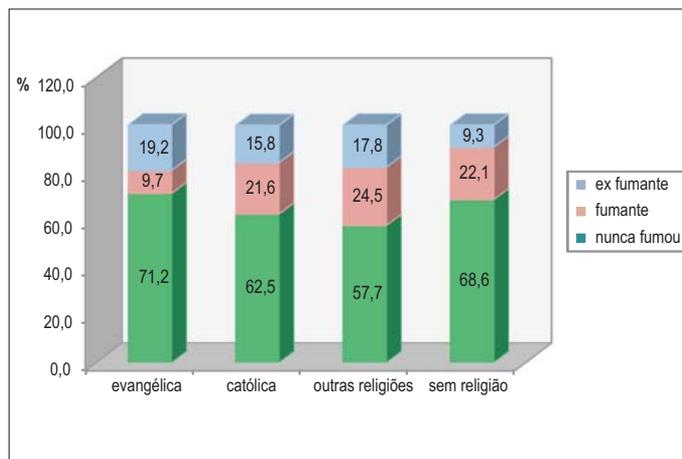
Gráfico 5 - Tabagismo em pessoas de 20 a 59 anos segundo escolaridade
Município de São Paulo. ISA-Capital 2008.



Tabagismo e religião

Analisando a prevalência do tabagismo segundo a religião encontrou-se que entre os evangélicos esta prevalência é 9,7%, significativamente menor do que todos os outros grupos (católica, outras religiões e sem religião), os quais não apresentam diferenças significativas entre si (Gráfico 6). Achado semelhante foi encontrado por Souza e Barros (2008) na cidade de Campinas.

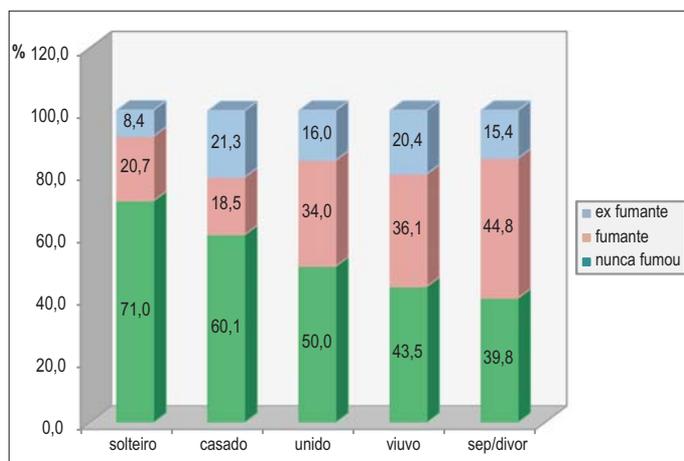
Gráfico 6 - Tabagismo em pessoas com 12 anos e mais segundo religião
ISA - Capital 2008 - Município de São Paulo



Tabagismo e situação conjugal

Na análise da prevalência do tabagismo segundo situação conjugal entre os adultos (20 a 59 anos), encontrou-se que os solteiros e casados fumam significativamente menos que os unidos, separados/desquitados/divorciados e viúvos (Gráfico 7). Souza e Barros (2008) encontraram tendência de maior prevalência de fumantes entre unidos e separados/desquitados/divorciados, mas estas diferenças só foram significativas para as mulheres.

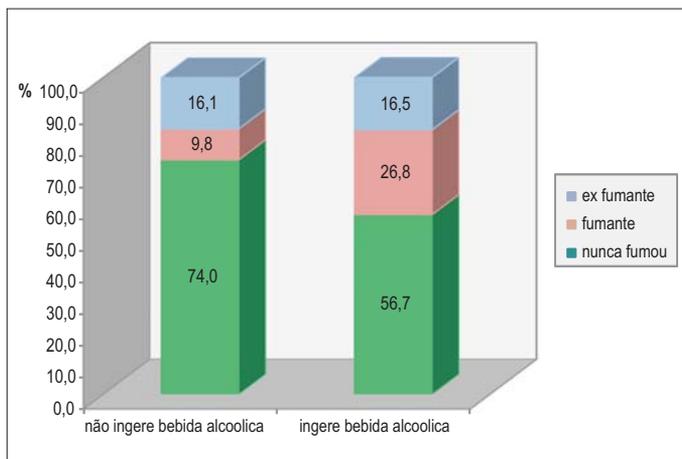
Gráfico 7 - Tabagismo em pessoas de 20 anos a 59 anos segundo situação conjugal. ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



Tabagismo e consumo de álcool

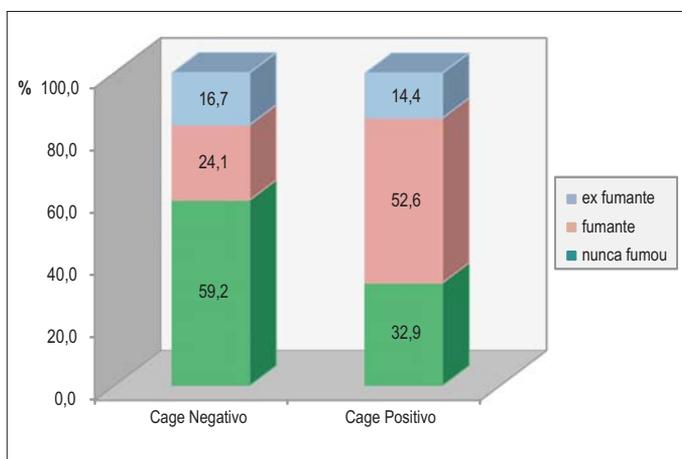
A análise da presença do tabagismo em relação ao consumo de álcool apontou diferença significativa na prevalência de tabagismo entre as pessoas que ingerem álcool (26,8%) e aqueles que não o fazem (9,8% IC95% 7,6-12,6) (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Tabagismo em pessoas de 12 anos e mais segundo consumo de bebida alcoólica - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



As pessoas que referiram consumo abusivo ou dependência de álcool pelo Cage² apresentaram prevalência de tabagismo de 52,6%, significativamente superior ao observado naquelas que consomem bebida alcoólica, mas apresentam CAGE negativo (24,1% IC95% 20,8-27,7) (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Tabagismo em pessoas de 12 anos e mais segundo Cage ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



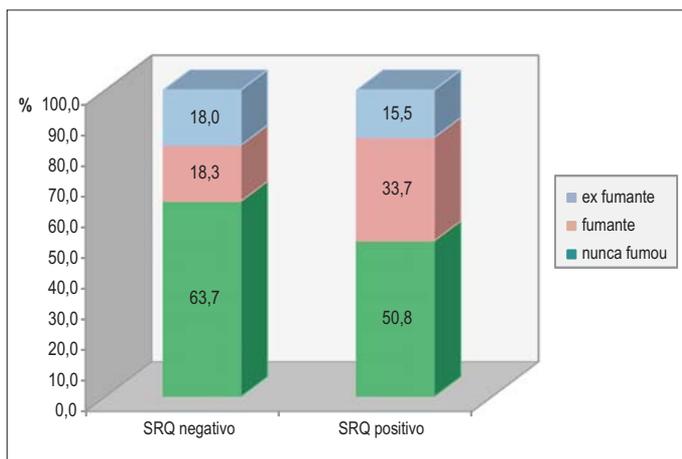
² Consumo abusivo e dependência de álcool foram avaliados pelo teste Cage (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opened) criado por Ewing e Rouse e composto por quatro questões com resposta sim ou não: 1) Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou para de beber?; 2) As pessoas o(a) aborrecem porque criticam seu modo de beber?; 3) O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?; 4) O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? Este teste é considerado positivo na presença de duas ou mais repostas sim.

A associação entre tabagismo e alcoolismo tem sido relatada em várias pesquisas. Souza e Barros (2008) encontraram associação significativa entre a frequência de consumo de bebida alcoólica e tabagismo.

Tabagismo e Transtornos Mentais Comuns

A análise do tabagismo em relação à presença de transtornos mentais comuns (não psicóticos), medida pelo instrumento SRQ³, apontou diferença significativa da presença de hábito de fumar entre as pessoas com 16 anos e mais com SRQ positivo (33,7% IC95% 28,4-39,5) e SRQ negativo (18,3% IC95% 15,9-21,0) (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Tabagismo em pessoas de 16 anos e mais segundo escore do SRQ - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



³ Transtornos mentais comuns (TMC) constituem um grupo de problemas de saúde mental que inclui ansiedade, depressão não psicótica e queixas somáticas que causam prejuízo na vida e nas atividades das pessoas acometidas. Para a detecção dos TMC foi utilizado o SRQ (Self-Report Questionnaire), instrumento composto por 20 perguntas com resposta sim ou não, que elaborado sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (ver anexo I). Neste estudo foi utilizado como ponto de corte 8. (Gonçalves et al. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad. Saúde Pública, 2008, 24(2): 380-390). Ver também seção relativa aos TMC. Tanto no ISA Capital 2003 como no de 2008, o SRQ foi aplicado apenas em pessoas com 16 anos ou mais.

Ex-fumantes

Neste estudo a prevalência em pessoas de 12 anos e mais de ex-fumantes foi 16,3%. A pesquisa dos motivos que levaram estas pessoas a parar de fumar foi feita a partir de uma questão que permitia respostas múltiplas, isto é, cada entrevistado podia referir mais de um motivo. Ao aprofundar a análise sobre estes motivos encontrou-se que 43,0% o fizeram por vontade própria. Com relação direta às questões de saúde encontrou-se que 37,1% achavam que fazia mal à saúde, 18,7% tiveram algum problema de saúde e 6,0% por gravidez (Tabela 3).

Tabela 3 - Motivos para deixar de fumar referidos por ex-fumantes*
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

Motivo	%
Por vontade própria	43,0
Acha que faz mal para a saúde	37,1
Teve algum problema de saúde	18,7
Gravidez	6,0
Restrição em casa	5,5
Razões financeiras	2,5
Religião	2,1
Restrição ao fumo local de trabalho	0,9
Outros	8,6

* respostas múltiplas: cada pessoa entrevistada podia responder mais de um motivo para deixar de fumar

Em resposta à pergunta se “Contou com algum tipo de apoio quando deixou de fumar?”, 76,2% dos ex-fumantes informaram que não tiveram nenhum apoio e 14,8% referiram apoio de parente e amigo (esta pergunta também permitia respostas múltiplas). Apenas ao redor de 1% dos ex-fumantes informaram terem sido submetidos a algum tipo de tratamento (0,8%) ou acupuntura (0,2%) (Tabela4).

Tabela 4 - Apoio para deixar de fumar citado por ex-fumantes*
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

Tipo de apoio	%
Nenhum	76,2
Sim, grupo de apoio	0,6
Sim,, local de trabalho	1,2
Sim, parente e amigo	14,8
Sim, usou acupuntura	0,2
Sim, fez algum tipo de tratamento	0,8
Sim motivo religioso	6,7
Outro	1,5

* respostas múltiplas: cada pessoa entrevistada podia responder mais de um motivo para deixar de fumar

Comportamentos relacionados ao tabagismo (tipo, frequência, quantidade e tentativa de parar)

Entre os fumantes (19,3% da população de 12 anos ou mais), 98,8% usam cigarros; o restante referiu cigarro de palha (1%) e cachimbo (0,2%).

Analisando a questão “Quanto tempo após acordar o(a) senhor(a) fuma o primeiro cigarro?” verificou-se que 75,3% o fazem na primeira hora após acordar (Tabela 5).

Tabela 5 - Porcentual de fumantes segundo tempo após acordar que fuma o primeiro cigarro
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

Tempo após acordar	%
Na primeira meia hora	54,4
Na segunda meia hora	20,9
Depois de uma hora	23,5
NS/NR	1,2

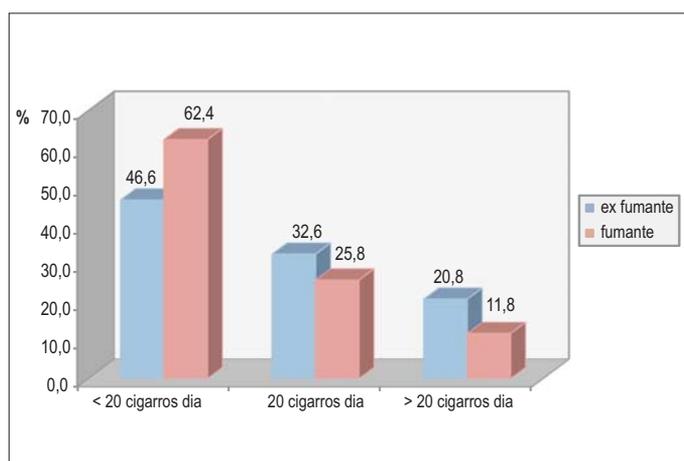
Observou-se também que 65,1% dos fumantes já fizeram alguma tentativa de parar de fumar. Não foram observadas associações entre tentativa de parar de fumar e sexo (Tabela 6), assim como para faixa etária, situação conjugal, escolaridade ou religião.

**Tabela 6 - Percentual de fumantes que tentaram parar de fumar segundo sexo
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo**

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		%	IC 95%
	%	IC 95%	%	IC 95%		
Não	38,6	30,6-47,3	31,1	23,3-40,2	34,9	29,1-41,3
Sim	61,4	52,7-69,4	68,9	59,8-76,7	65,1	58,7-70,9

Analisando o número de cigarros fumados por dia foi identificado que as pessoas que deixaram de fumar tendiam a utilizar maior quantidade de cigarros por dia do que os fumantes atuais, sendo que 20,8% dos ex-fumantes fumavam mais de 20 cigarros por dia e apenas 11,8% dos fumantes ultrapassam esta quantidade (Gráfico 11).

**Gráfico 11 - Número médio de cigarros por dia fumados por fumantes e ex fumantes
Município de São Paulo. ISA-CPital 2008**



Fumante passivo

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (Inca) define-se tabagismo passivo como a inalação da fumaça de derivados do tabaco (cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo e outros produtores de fumaça) por indivíduos não fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados. A fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados é denominada poluição tabagística

ambiental (PTA) (Brasil, 2011). O tabagismo passivo é a terceira maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool. O ar poluído contém, em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono, e até cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que entra pela boca do fumante depois de passar pelo filtro do cigarro. A absorção da fumaça do cigarro pelos não fumantes que convivem em ambientes fechados com fumante causa maior risco de doença devida ao tabagismo, proporcional ao tempo de exposição à fumaça, um risco 30% maior de câncer de pulmão e 24% maior de infarto do miocárdio do que os não fumantes não expostos. Em crianças e bebês há risco cinco vezes maior de morte súbita e risco aumentado de doenças pulmonares e infecções de vias aéreas superiores e de ouvido médio.

Neste estudo observou-se que 18,1% dos não fumantes ficam expostos à fumaça do cigarro por uma hora ou mais por dia, 16,0% por menos de uma hora e 65,0% não são expostos (Tabela 7).

É importante ressaltar que o presente estudo foi realizado antes da entrada em vigor da lei do Estado de São Paulo nº 13.541 de 07 de maio de 2009 que proibiu o fumo em ambientes fechados de uso coletivo como bares, restaurantes, casas noturnas e outros estabelecimentos comerciais. A nova legislação estabeleceu os ambientes 100% livres do tabaco. Espera-se que os estudos posteriores a esta lei detectem prevalências mais baixas de não fumantes expostos à fumaça do tabaco.

**Tabela 7 - Percentuais de pessoas de 12 anos e mais não fumantes (nunca fumaram ou ex-fumantes) segundo tempo de exposição por dia à fumaça do cigarro
Município de São Paulo - ISA-Capital 2008**

Tempo de exposição	%
Seis horas ou mais	3,5
Cinco horas	2,1
Quatro horas	1,5
Três horas	2,1
Duas horas	4,3
Uma hora	4,6
Menos de uma hora	16,0
Não fica próximo à alguém que fuma	65,0
NS/NR	0,9

Considerações finais

O tabagismo, que já foi considerado apenas um hábito elegante, hoje é visto como uma doença de per si, além de ser importante fator de risco para inúmeras outras patologias. É inegável a importância do controle do tabagismo para a redução da prevalência de doenças como câncer, acidentes vasculares cerebrais e infartos do miocárdio, além de doenças respiratórias em geral.

O presente estudo encontrou que 19,3% das pessoas de 12 anos ou mais moradores na cidade de São Paulo em 2008 fumavam. A grande maioria delas começou a fumar antes dos 20 anos, sendo que cerca de um terço começou antes dos 15 anos. Há uma associação importante entre baixa escolaridade e tabagismo o que pode indicar caminhos para estratégias de redução e prevenção do uso do tabaco.

Na comparação da prevalência de tabagismo nos adultos de 18 anos e mais entre o presente estudo e a pesquisa ISA-2003 (21,2%) e em 2008 (21,5%) não foi observada diferença significativa, tanto para a população geral quanto para os gêneros (São Paulo 2010).

No campo específico da saúde mental foram encontradas associações positivas entre tabagismo e uso abusivo/dependência de álcool e também com presença de transtornos mentais comuns, o que aponta para a necessidade de implementação de estratégias conjuntas para o enfrentamento destas três importantes questões de saúde pública.

Quanto aos ex-fumantes chama atenção que apenas cerca de 1% deles utilizaram algum tipo de tratamento para parar de fumar, o que pode indicar baixa efetividade das ações realizadas pelos serviços de saúde para este fim.

A Organização Mundial da Saúde tem envidado inúmeros esforços no sentido da redução da prevalência do tabagismo, sendo que em 2008 lançou o Relatório sobre a Epidemia Global de Tabagismo incluindo o pacote MPOWER. Este pacote é um conjunto de seis propostas que visam reduzir e prevenir o consumo de tabaco, a saber:

- Monitorar o consumo de tabaco e das políticas de prevenção;
- Proteger as pessoas de fumarem tabaco;

- Oferecer ajuda para deixar o consumo de tabaco;
- Advertir sobre os perigos do uso do tabaco;
- Aplicar proibições de publicidade, promoção e patrocínio;
- Elevar impostos sobre o tabaco.

Estas propostas podem auxiliar os governos a identificar medidas efetivas para redução do tabagismo. É importante ressaltar as questões econômicas envolvidas, lembrando que o Brasil é um importante produtor de tabaco. Em relação especificamente ao setor saúde é importante aumentar o acesso ao tratamento para levar o combate ao tabagismo para além das ações educativas e preventivas. Entre as medidas necessárias estão a implantação de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e de outras unidades de saúde com programas de combate ao tabagismo, lembrando que existem medicações efetivas e terapias específicas disponíveis no SUS. Além disso, entraram em vigor leis que proíbem a venda de cigarros para menores de 18 anos e, mais recentemente (2009), a lei anti-fumo que proíbe cigarros em ambientes fechados de uso coletivo. No entanto, estas iniciativas por si só talvez não garantam o êxito esperado tendo em vista que este é um problema complexo intermediado por diversos fatores sócio-culturais, educacionais, econômicos e políticos.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. INCA. Por um mundo livre do tabaco - Ação Global para o Controle do Tabaco: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. 2ª ed. Rio de Janeiro:INCA, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Estratégias clínicas para a cessação do tabagismo. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Ano V, número 12; junho de 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - Inca. Tabagismo passivo. <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivoelink=tabagismo.htm> (acesso em 25/03/2011)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crô-

nicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Escobedo LG, Anda RF, Smith PF, Remington PL, Mast EE. Sociodemographic characteristics of cigarette smoking initiation in the United States. *JAMA* 1990; 264(12):1550-1555.

Kuhnen, M, Boing AF, Oliveira MC, Longo GZ, Njaine K. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional - *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2009, 12(4): 615-26.

Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2003; 37 (1): 1-7.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Tabagismo e saúde nos países em desenvolvimento, 2003. Disponível em www.inca.gov.br/tabagismo/publicações_saúde_pdf. (acesso em 02/08/2011).

São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA - Capital 2008, nº 1, 2010: Inquérito de Saúde | Primeiros Resultados. São Paulo: CEInfo, 2010.

Souza AAF, Barros MBA. Tabagismo. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. *As Dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas, SP*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.

Anexo

Hábito de fumar (perguntas L 22 a L33 do Bloco Estilo de Vida)

ESTILO DE VIDA	
(PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS)	
BLOCO L	
L 22. O(a) sr.(a) já fumou, ao menos algum cigarro por dia, todos os dias durante ao menos um mês?	
<i>passa p/ questão L 33.</i> 	não 1
	sim 2
	NS/NR 9
L 23. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente? _____ anos	
	NS/NR 99
L 24a. O(a) sr.(a) fuma atualmente?	
<i>passa p/ questão L 25.</i> 	não 1
	sim 2
	NS/NR 9
L 24b. Se sim, qual?	
<i>passa p/ questão L 29.</i> 	cigarro 1
	charuto 2
<i>passa p/ questão L 34.</i> 	cachimbo 3
	cigarro de palha 4
	NS/NR 9
L 25. Há quantos meses ou anos o(a) sr.(a) deixou de fumar?	
	1 _____ anos 2 _____ meses
	NS/NR 999
L 26. Por que o(a) sr.(a) deixou de fumar? <i>Podem haver mais de uma resposta.</i>	
	acha que faz mal para saúde 1
	teve algum problema de saúde 2
	restrição ao fumo no trabalho/locais públicos 3
	restrição em casa 4
	por vontade própria 5
	outro, especif.: _____ 6
	NS/NR 9

L 27. Contou com algum tipo de apoio quando deixou de fumar?*Pode haver mais de uma resposta.*

não	1
sim, grupo de apoio em serviço de saúde	2
sim, local de trabalho	3
sim, parente e amigo	4
sim, usou acupuntura	5
sim, algum tipo de tratamento (ex: adesivo), especif.: _____	6
sim, motivo religioso	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9

L 28. Quantos cigarros em média o(a) sr.(a) fumava por dia?*_____ cigarros*
passa p/ questão L 33. 

NS/NR 99

L 29. Quanto tempo após acordar o(a) sr.(a) fuma o primeiro cigarro?

na primeira meia hora	25
na segunda meia hora	26
após: _____ horas	_____
NS/NR	99

L 30. Atualmente quanto o(a) sr.(a) fuma por dia?*_____ cigarros*

NS/NR 99

L 31. O(a) sr.(a) já tentou parar de fumar?

<i>passa p/ questão L 34. </i> não	1
sim	2
NS/NR	9

L 32. Por que?*Pode haver mais de uma resposta.*

<i>passa p/ questão L 34. </i>	}	acha que faz mal para saúde	1
		teve algum problema de saúde	2
		restrição ao fumo no trabalho/locais públicos	3
		restrição em casa	4
		por vontade própria	5
		outro, especif.: _____	6
		NS/NR	9

L 33. O(a) sr.(a) que não fuma, quantas horas por dia fica exposto/próximo de alguém fumando?

1 _____ horas 2 _____ minutos

NS/NR 99

Consumo de bebida alcoólica na Cidade de São Paulo Inquérito de Saúde ISA-Capital 2008

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou, em maio de 2010, durante a 63ª Assembléia Mundial de Saúde que contou com ampla participação de Ministros da Saúde de todo o mundo, um acordo para conter o consumo excessivo de álcool (WHO, 2010). Este acordo denominado “Estratégia Global para Reduzir o Consumo Abusivo de Álcool” incluiu medidas como o aumento de impostos e regras mais rígidas para a comercialização de bebidas alcoólicas, especialmente para os jovens. Estas recomendações, elaboradas após dois anos de debate, ainda não se tornaram obrigatórias, mas servem como um importante subsídio para a implantação de políticas públicas nas nações que fazem parte da OMS. Sendo assim, os 193 países-membros vêm adotando medidas para atender as dez áreas expressas na resolução que vão desde melhorar a resposta dos serviços de saúde até questões envolvendo preços e fiscalização.

Segundo a OMS (WHO, 2009) o uso prejudicial de álcool é um dos principais fatores de risco para a saúde do mundo. É fator causal em mais de 60 tipos de doenças e lesões e resulta em cerca de 2,5 milhões de mortes por ano por doenças cardíacas, hepáticas, acidentes de trânsito, suicídios e vários tipos de câncer, sendo responsável por mais mortes do que as causadas pelo HIV/SIDA ou tuberculose. Assim, 4% do total de mortes em todo o mundo são atribuíveis ao álcool. O uso prejudicial de álcool é especialmente fatal para grupos etários mais jovens e é o principal fator de risco de morte entre os homens com idade 15-59. Cerca de 4,5% da carga global de doenças e lesões é atribuível ao consumo de álcool. É o terceiro maior risco para doenças e deficiências, após desnutrição infantil e sexo inseguro. Álcool contribui para resultados traumáticos por matar ou causar prejuízos funcionais graves em pessoas numa idade relativamente jovem, resultando na perda de muitos anos de vida, morte e invalidez.

O uso de bebidas alcoólicas no Brasil também é um grave problema de saúde pública. Em 2001 e 2005, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou duas pesquisas domiciliares de caráter nacional, em mais de 100 cidades brasileiras com população superior a 200.000 habitantes, com pessoas entre 12 e 65 anos. A comparação das duas pesquisas permitiu observar uma tendência a um agravamento nos indicadores de uso de álcool, a prevalência de dependência de álcool na população geral no I Levantamento foi de 11,2%

(17,1% entre homens maiores de 12 anos). No II Levantamento, foi de 12,3% para a população geral e 19,5% entre homens.

A análise comparativa também indicou tendência de aumento do consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces. Em 2001, o número de dependentes na faixa de 12 a 17 anos foi de 5,2% contra 7% em 2005. Observou-se, ainda, que o maior número de dependentes de bebidas alcoólicas continua sendo do sexo masculino na faixa etária entre 18 e 24 anos, sendo 23,7% em 2001 e 27,4% em 2005. O número de pessoas que procuraram tratamento reduziu de 4% em 2001 para 2,9% em 2005, representando, respectivamente, a diminuição de 1,9 milhão de pessoas para 1,4 milhão (CEBRID, 2005).

Pesquisa realizada pela UNIFESP em 2006 (Laranjeira R et al., 2010) com 3007 pessoas com mais de 13 anos de idade, em áreas urbanas e rurais de 147 municípios das cinco regiões brasileiras, constatou que cerca de 52% da população adulta com mais de 18 anos consomem álcool, metade com pouca frequência (entre uma e três vezes por mês). A outra metade, correspondente a 25% da população adulta (cerca de 30 milhões de brasileiros), consomem bebidas alcoólicas mais de uma vez na semana. Um em cada seis desses consumidores, classificados como frequentes, ingere níveis de álcool considerados nocivos para a saúde (ao menos cinco doses de bebida, num dia típico). O estudo conclui também que esses bebedores frequentes e pesados são 10% dos brasileiros adultos. Outra consequência do uso frequente de álcool é o aumento do risco de dependência. No Brasil, quase 70 milhões de homens e mulheres bebem. Incluem-se aí desde as pessoas que tomam uma única dose de álcool ao longo de um ano até os dependentes pesados. Entre os dois extremos estão os bebedores de risco, que somam 30 milhões de brasileiros. Entre os homens 22 milhões abusam do álcool e 12 milhões são alcoólatras. Entre as mulheres brasileiras, 8 milhões abusam do álcool e 5 milhões são alcoólatras, o que representa um aumento de 30% e 50%, respectivamente, em relação há dez anos atrás.

Ainda, segundo os levantamentos populacionais com estudantes de ensino fundamental e médio de 10 capitais brasileiras (estudos realizados nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997), a cerveja foi a bebida mais consumida, com cerca de 70% dos estudantes fazendo menção ao seu uso. A comparação desses levantamentos com estudantes permite concluir que o uso na vida de álcool se manteve estável, ao passo que o uso pesado (definido como sendo o uso de 20 vezes ou mais

de álcool no mês anterior a pesquisa) aumentou na maioria das cidades investigadas (Galduróz et al., 1997).

Na pesquisa Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Brasil 2011) foi estudada a frequência de consumo abusivo (ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias). Considerou-se como dose de bebida alcóolica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho. A frequência de adultos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias variou entre 13,3% em Curitiba e 25,2% em Recife. As maiores frequências, entre homens, foram observadas nas cidades de Natal (37,1%), Recife (36,7%) e São Luís (34,5%) e, entre mulheres, em Salvador (17,3%), Recife (15,9%) e Vitória (14,5%). As menores frequências do consumo abusivo de bebidas alcoólicas no sexo masculino ocorreram em São Paulo (21,4%), Curitiba (22,0%) e Rio Branco (22,4%) e, no sexo feminino, em Manaus (5,6%), Curitiba (5,7%) e Macapá (7,2%).

Existem vários padrões de uso e consumo de álcool e outras drogas (Malbergier et al., 2011). O modelo mais adequado para compreender o processo do consumo destas substâncias relaciona a frequência e a intensidade do uso com os prejuízos dele decorrentes. Apesar de nenhuma substância ser completamente segura, os riscos / danos aumentam com a progressão do consumo. O padrão de consumo de álcool pode ser classificado como:

- Experimental: uso inicial, infrequente e esporádico;
- Recreativo: uso em geral em situações sociais ou de relaxamento, sem consequências negativas;
- Abuso/uso nocivo: consumo regular, não compulsivo, que traz algum prejuízo para o usuário, como problemas legais, físicos ou mentais;
- Dependência: uso continuado caracterizado por tolerância, sintomas de abstinência, compulsão, entre outros.

Para o presente estudo foi analisada a base de dados do ISA-Capital 2008, inquérito realizado na cidade de São Paulo em 2008, que utilizou questionário organizado em blocos temáticos. O

bloco temático sobre o consumo de bebidas alcoólicas utilizado inseriu perguntas com abordagem progressiva, ou seja, das mais abrangentes as mais específicas (anexo I). As nove questões acerca desse tema foram aplicadas a todas as pessoas de 12 anos ou mais, para avaliação do perfil de consumo e dependência de álcool, no passado e atual, tipos e quantidades referidas.

Consumo de bebida alcoólica/sexo e faixa etária

A seção relativa ao consumo de bebidas alcoólicas começa com a pergunta: Qual a bebida de sua preferência?

Foi encontrado que 28,3% das pessoas têm como bebida de preferência uma bebida alcoólica (17,5% cerveja, 6,5% vinho e 4,3% bebidas destiladas) (Tabela 1).

**Tabela 1 - Bebida preferida referida por pessoas de 12 anos ou mais
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo**

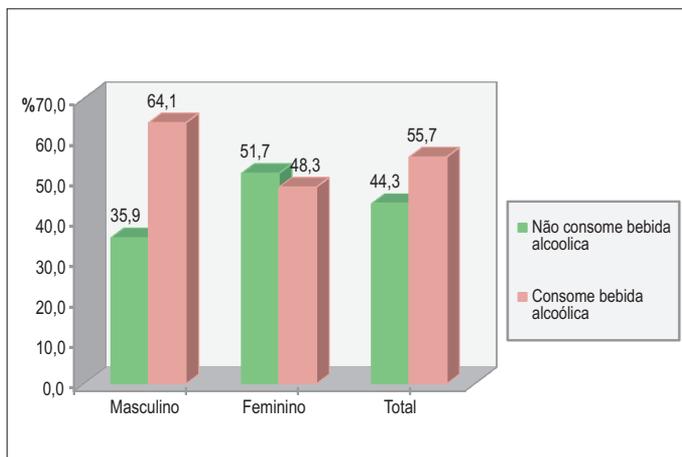
Tipo de bebida	%
Refrigerante	26,5
Suco de frutas	22,1
Cerveja	17,5
Água	15,1
Vinho	6,5
Bebidas alcoólicas destiladas	4,3
Café	2,1
Outras	5,9

Para as pessoas que informaram como preferidas as bebidas alcoólicas foi perguntado: Qual a bebida alcoólica de preferência?.

Quando o entrevistado referia não consumir bebida alcoólica era considerado não consome álcool. Encontrou-se que 44,3% do total das pessoas de 12 anos e mais entrevistadas não consumiam bebidas alcoólicas no momento da pesquisa (Gráfico 1), sendo que entre estas, 59,0% nunca consumiram bebida alcoólica, 39,9% pararam de consumir há mais de um ano e 1,1% pararam de consumir há menos de um ano. Encontrou-se também que 55,7% das pessoas de 12 anos e mais informaram algum tipo de ingestão de álcool no momento do estudo. O consumo de

bebida alcoólica foi significativamente maior entre os homens (64,1% IC95% 60,0-67,5) do que entre as mulheres (48,3% IC95% 45,1-51,5).

Gráfico 1 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo sexo
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

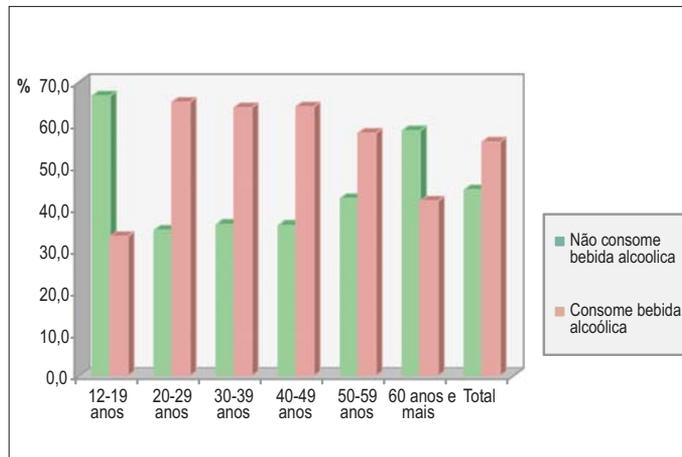


O fato de os homens aparecerem de forma significativamente maior não minimiza a importância do consumo de álcool entre as mulheres (48,3%). Os efeitos da bebida são mais prejudiciais para o sexo feminino que para o sexo masculino (Malbergier et al., 2011). A metabolização do álcool e de outras substâncias psicoativas ocorre de maneira mais lenta nas mulheres do que nos homens, sendo que estas se tornam mais susceptíveis aos prejuízos associados ao seu consumo mesmo ingerindo níveis mais baixos de álcool por período mais curto (Elbreder et al., 2008).

Os adolescentes (12-19 anos) e os idosos (60 anos e mais) consomem significativamente menos bebida alcoólica do que a faixa etária dos adultos (20 a 59 anos). Não há diferenças significativas entre os grupos de 20-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anos (Tabela 2 e Gráfico 2).

Tabela 2 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo faixa etária - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

Faixa etária	%	IC95%
< 20 anos	33,3	28,5-38,4
20-29 anos	65,2	59,7-70,3
30-39 anos	63,9	58,2-69,3
40-49 anos	64,1	58,0-69,9
50-59 anos	57,8	50,7-64,6
60 anos e mais	41,6	36,9-46,4

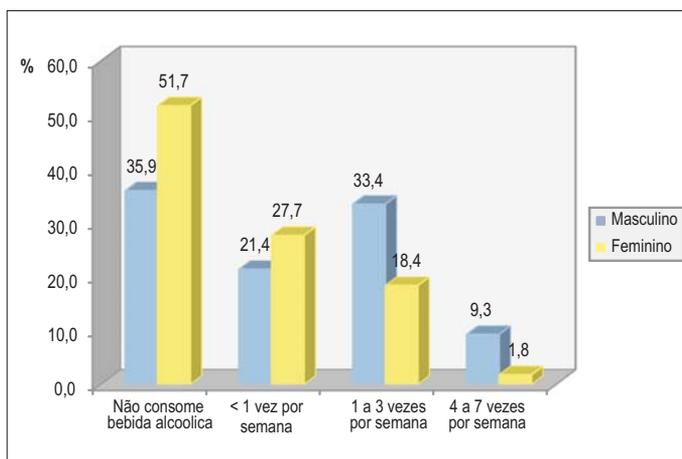
Gráfico 2 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo faixa etária - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

Embora o consumo de bebida alcoólica seja significativamente menor - 33,3% e 41,7% - para adolescentes e idosos, respectivamente, representam um terço e quase a metade em idades extremamente vulneráveis, sendo importante alertar para os fatores de risco. No caso de adolescentes por oferecerem risco de virem a se tornar dependentes e também por, legalmente, não poderem beber. No caso de idosos, pelos diversos comprometimentos que o álcool pode trazer ou agravar ainda mais à saúde. Outrossim, cabe entender que não se trata aqui da análise de consumo abusivo.

Frequência do consumo de bebida alcoólica

Foi perguntado para as pessoas de 12 anos e mais que informaram consumir bebida alcoólica com que frequência o faziam, tendo sido encontrado que 5,3 % da população estudada ingeria álcool quatro ou mais vezes na semana. A frequência da ingestão de bebida alcoólica apresentou diferença significativa entre homens e mulheres, sendo que os homens apresentaram prevalência cinco vezes maior que as mulheres quando se trata do consumo de bebida alcoólica de quatro ou mais vezes por semana [9,8% (IC95% de 7,2-11,9) e 1,8% (IC95% de 1,0-3,0) respectivamente]. Entre as pessoas que consomem bebidas alcoólicas menos de uma vez por semana predominam as mulheres e os homens apresentam maior prevalência quando o consumo é de uma a sete vezes por semana (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Frequência de consumo de bebida alcoólica em pessoas com 12 anos e mais segundo sexo - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica

O diagnóstico do uso abusivo e da dependência de álcool nem sempre é fácil de ser feito, tanto por uma posição defensiva dos próprios usuários quanto pelo descrédito dos profissionais de saúde em geral quanto à efetividade do tratamento. Para identificar o uso abusivo e a dependência de álcool neste estudo foi utilizado o questionário Cage (acrônimo referente às suas quatro perguntas: Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opened) desenvolvido por Ewing e Rouse em

1970 (Amaral e Malbergier, 2004; Castells e Furlanetto, 2005; Paz Filho et al., 2001). O Cage é composto por quatro questões com resposta sim ou não e é considerado positivo na presença de duas ou mais repostas sim. As perguntas são:

- 1) Alguma vez o Sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
- 2) As pessoas o(a) aborrecem porque criticam seu modo de beber?
- 3) O Sr(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?
- 4) O Sr(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Este questionário foi traduzido e validado por Masur e Monteiro em 1983, com sensibilidade de 88% (porcentagem de alcoolistas identificados corretamente) e especificidade de 83% (porcentagem de não-alcoolistas identificados corretamente) (Amaral e Malbergier 2004).

Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e gênero

Encontrou-se que 5,4% da população de 12 anos ou mais anos do município de São Paulo apresentaram Cage positivo, isto é evidência de uso abusivo e dependência de bebidas alcoólicas (Tabela 3). Os homens apresentaram prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool (abuso e dependência) significativamente maior que as mulheres (8,7% e 2,5% respectivamente), o que representa ao redor de 450.0000 pessoas necessitando de cuidado especializado. No universo das pessoas de 12 anos e mais que informaram consumir bebidas alcoólicas a prevalência de Cage positivo encontrada foi de 9,9% (sendo 5,5% entre as mulheres e 13,7 entre os homens), isto é, uma em cada 10 pessoas que bebem apresentam uso abusivo ou dependência de álcool.

Tabela 3 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo sexo e tipo de uso - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

		Consumo de bebida alcoólica					
		Não consome bebida alcoólica		Consome bebida alcoólica e Cage negativo		Consome bebida alcoólica e Cage positivo	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Sexo	Masculino	35,9	32,5-39,4	55,3	51,4-59,2	8,7	6,5-11,7
	Feminino	51,7	48,5-54,9	45,8	42,7-48,9	2,5	1,7-3,7
Total		44,3	41,7-47,0	50,3	47,4-53,1	5,4	4,1-7,1

Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e faixa etária

O uso abusivo e a dependência de uso de álcool são significativamente maiores entre as pessoas na faixa de 20 a 59 anos em relação aos menores de 20 anos e aos com 60 anos e mais (Tabela 4).

Embora os problemas de consumo sejam maiores entre os adultos e menores entre os idosos e adolescentes, é preocupante que entre estes últimos 3,9% e 2,0%, respectivamente, já apresentam problemas importantes com abuso e dependência de álcool.

Outro destaque importante são os adultos na faixa etária de 40 a 49 anos com 9,4% de CAGE positivo, retratando uma realidade social que atinge homens e mulheres ainda numa faixa produtiva, repercutindo assim nos fatores socioeconômicos, familiares, entre outros.

Tabela 4 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo faixa etária e tipo de uso - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

		Consumo de bebida alcoólica					
		Não consome bebida alcoólica		Consome bebida alcoólica e CAGE negativo		Consome bebida alcoólica e CAGE positivo	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Faixa etária	12-19 anos	66,7	61,6-71,5	31,2	26,4-36,5	2	1,2-3,5
	20-29 anos	34,8	29,7-40,3	60	54,6-65,2	5,2	3,1-8,5
	30-39 anos	36,1	30,7-41,8	56,5	50,3-62,4	7,4	4,5-12,2
	40-49 anos	35,9	30,1-42,0	54,8	48,2-61,2	9,4	6,2-13,9
	50-59 anos	42,2	35,4-49,3	54,6	47,2-61,8	3,2	1,3-7,5
	60 e +	58,4	53,6-63,1	37,7	33,1-42,5	3,9	2,7-5,4

Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e raça/cor

Neste estudo não foram encontradas associações significativas entre a variável raça/cor e consumo de álcool (Tabela 5). Há uma discreta tendência de prevalências mais altas para pretos, pardos e principalmente para indígenas. Neste último caso a amostra foi muito pequena para permitir alguma inferência. Outros trabalhos apontaram prevalências de CAGE positivo maior em pessoas de raça/cor parda e preta em comparação com brancos (Soldera e Ribeiro, 2008)

Tabela 5 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo raça/cor e tipo de uso - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

		Consumo de bebida alcoólica					
		Não consome bebida alcoólica		Consome bebida alcoólica e Cage negativo		Consome bebida alcoólica e Cage positivo	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Raça/Cor	Branca	43,7	39,8-47,7	51,8	47,8-55,9	4,5	3,1-6,4
	Preta	43,7	38,0-49,5	51,0	44,5-57,4	5,3	2,7-10,3
	Parda	46,0	42,1-50,0	46,8	42,7-51,0	7,2	5,2-9,9
	Amarela	49,1	27,5-71,0	47,3	25,7-69,9	3,6	0,5-23,2
	Indígena	29,1	6,5-70,9	49,9	15,0-84,8	21,0	2,8-70,6

Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e situação conjugal

Foram encontradas prevalências de uso abusivo e dependência de bebidas alcoólicas (Cage positivo) significativamente menores entre os viúvos e os solteiros (2,4% e 4,1%) em relação aos unidos (11,1%) (Tabela 6). A relação entre uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e situação conjugal é controversa, sendo que Soldera e Ribeiro (2008) também encontraram maior prevalência de uso abusivo e dependência de bebidas alcoólicas entre unidos e menor entre os viúvos, porém Costa et al. (2004) encontraram que mulheres solteiras apresentaram risco maior de consumo abusivo.

Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e religião

Tabela 6 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo situação conjugal e tipo de uso - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

		Consumo de bebida alcoólica					
		alcoólica		Cage negativo		Cage positivo	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Situação conjugal	unido	38,4	30,1-47,4	50,5	42,3-58,8	11,1	7,8-15,5
	separado*	40,0	32,1-48,4	51,6	43,5-59,6	8,4	4,4-15,7
	casado	41,6	37,6-45,8	53,4	49,1-57,7	4,9	3,2-7,7
	solteiro	47,2	42,8-51,6	48,8	44,2-53,3	4,1	2,6-6,2
	viuvo	61,6	54,6-68,1	36,1	29,8-42,8	2,4	1,0-5,4

* - compreende separado, desquitado e divorciado.

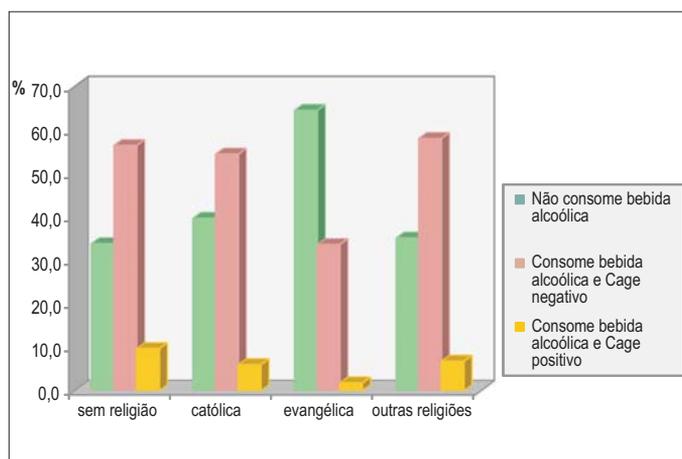
Analisando a associação entre consumo de bebida alcoólica por pessoas de 12 anos e mais e religião observou-se que aquelas com religião evangélica apresentaram consumo significativamente menor que os adeptos de todas as outras religiões e também os sem religião (Tabela 7). Também apresentaram prevalência significativamente menor de Cage positivo, sendo que não há diferença significativa para Cage positivo nas outras religiões (Gráfico 4). A literatura aponta que o consumo de bebidas alcoólicas é menor nos grupos religiosos que condenam explicitamente o uso deste tipo de bebida (Dalgarrondo et al., 2004; Barros et al., 2007).

Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e escolaridade

Tabela 7 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo religião e tipo de uso
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

Religião		Consumo de bebida alcoólica					
		alcoólica		Cage negativo		Cage positivo	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Religião	sem religião	33,9	27,1-41,4	56,4	49,0-63,6	9,7	5,5-16,5
	católica	39,6	36,7-42,7	54,4	51,1-57,7	6,0	4,4-8,1
	evangélica	64,5	58,7-69,9	33,7	28,3-39,6	1,8	0,9=3,6
	outra religiões	35,2	28,7-42,4	58,0	50,9-64,7	6,8	4,1-11,1

Gráfico 4 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo religião e tipo de uso - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



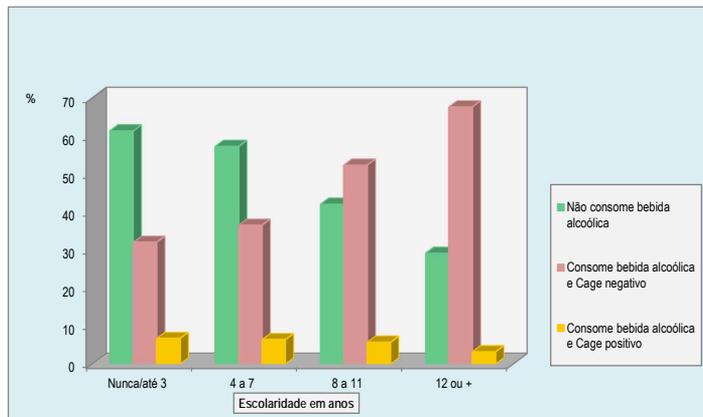
Observou-se aumento significativo da frequência de pessoas de 12 anos e mais que consomem bebida alcoólica e apresentam Cage negativo com o aumento do nível de escolaridade, sendo que as pessoas com até sete anos de estudo consomem significativamente menos bebida alcoólica do que as pessoas com oito e mais anos de estudo.

Há uma tendência de redução da prevalência de Cage positivo entre as pessoas com maior escolaridade, porém esta diferença não foi estatisticamente significativa (**Tabela 8**). Porém, chama atenção a relação dos modos de se relacionar com álcool conforme o nível de escolaridade. Além da tendência de queda de Cage positivo com o aumento da escolaridade, há redução do grupo que não ingere bebida alcoólica e aumento do grupo que consome este tipo de bebida, mas tem Cage negativo (**Gráfico 5**). Oldera e Ribeiro (2008) apontaram que, em geral, os estudos mostraram prevalência mais elevada de consumo excessivo de álcool nos estratos de baixa escolaridade.

Tabela 8 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo escolaridade em anos e tipo de uso - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo

		Consumo de bebida alcoólica					
		Não consome bebida alcoólica		Consome bebida alcoólica e Cage negativo		Consome bebida alcoólica e Cage positivo	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Escolaridade (anos)	Nunca/até 3	61,3	53,9-68,3	32,0	25,4-39,3	6,7	3,8-11,6
	4 a 7	57,2	52,2-62,0	36,5	32,1-41,1	6,4	4,6-8,8
	8 a 11	42,0	38,5-45,6	52,3	48,6-55,9	5,7	4,1-8,1
	12 ou +	29,1	24,5-34,1	67,6	62,8-72,1	3,2	1,6-6,3

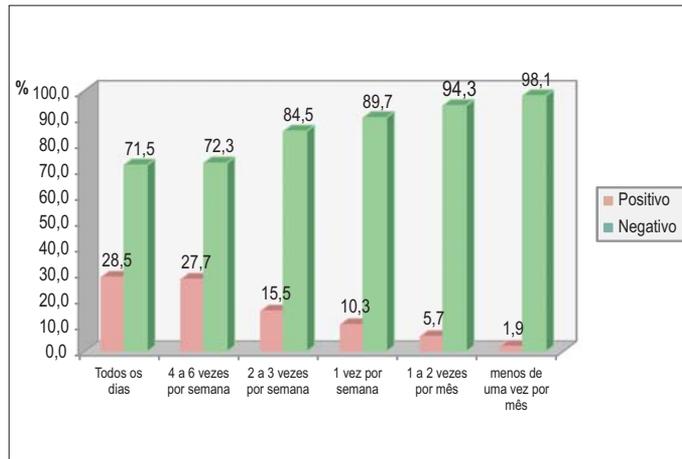
Gráfico 5 - Consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo escolaridade em anos e tipo de uso
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e frequência de consumo

A análise da frequência do consumo de bebida alcoólica entre as pessoas de 12 anos ou mais que ingerem álcool em relação à prevalência de Cage positivo revelou associação positiva, isto é, quanto maior o número de dias na semana em que há consumo de álcool, maior é a prevalência de Cage positivo (**Gráfico 6**). Vale ressaltar que entre as pessoas de 12 anos ou mais que informaram consumo de álcool quatro a seis vezes por semana ou todos os dias encontrou-se cerca de 27,7% e 28,5% respectivamente de Cage positivo, isto é, uso abusivo ou dependência de álcool.

Gráfico 6 - Frequência de consumo de bebida alcoólica em pessoas de 12 anos e mais segundo Cage - ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo



Uso abusivo e dependência de bebida alcoólica e presença de Transtorno Mental Comum - Self Reporting Questionnaire - SRQ

Os transtornos mentais comuns (TMC), expressão criada por Goldberg e Huxley (1992), caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, ansiedade e queixas somáticas. O Self Reporting Questionnaire - SRQ-20 foi desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado por estudos internacionais (WHO, 1994) e nacionais (Mari et al., 1987). É composto de 20 questões tipo sim/não (4 sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais). Neste estudo o escore de corte do SRQ-20 foi definido em 8 respostas sim para ambos os sexos para definir presença de TMC.

Não foi encontrada associação entre presença de TMC¹ (SRQ positivo) e presença de uso abusivo/dependência de bebidas alcoólicas (Cage positivo) na população estudada, apesar de observar-se tendência de prevalência maior de Cage positivo em pessoas com SRQ também positivo (16,7%) do que naquelas com SRQ negativo (8,7%) (Tabela 9). Na análise por gênero, foi observada no sexo masculino associação significativa entre SRQ positivo e Cage positivo (Tabela 10 e Gráfico 7). A associação entre uso de bebidas alcoólicas e TMC é relatada em várias pesquisas (Soldara e Ribeiro, 2008) sendo que as bebidas alcoólicas, por serem acessíveis, podem ser utilizadas para o alívio dos sintomas dos TMC.

¹Tanto no ISA Capital 2003 como no de 2008, o SRQ foi aplicado apenas em pessoas com 16 anos ou mais.

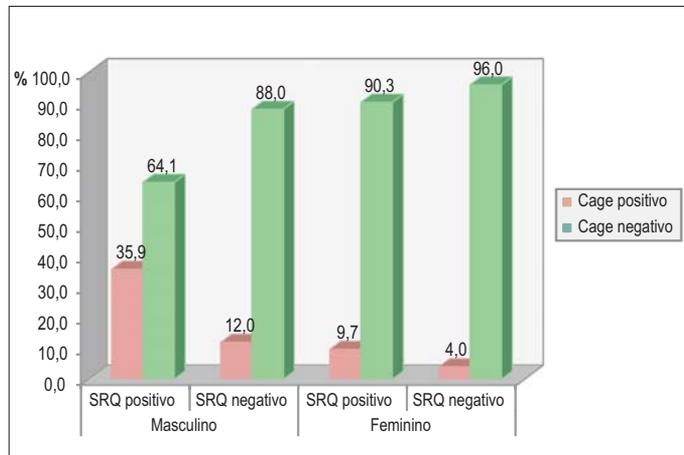
**Tabela 9 - Uso abusivo/dependência de bebida alcoólica em pessoas de 16 anos e mais segundo presença de TMC
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo**

		Uso abusivo/dependência bebida alcoólica			
		Cage positivo		Cage negativo	
		%	IC 95%	%	IC 95%
Transtorno Mental Comum	SRQ positivo	16,7	11,5-23,6	83,3	76,4-88,5
	SRQ negativo	8,7	6,3-11,9	91,3	88,1-93,7

**Tabela 10 - Uso abusivo/dependência de bebida alcoólica em homens de 16 anos e mais segundo presença de TMC
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo**

		Uso abusivo/dependência bebida alcoólica			
		Cage positivo		Cage negativo	
		%	IC 95%	%	IC 95%
Transtorno Mental Comum	SRQ positivo	35,9	22,3-52,3	64,1	47,7-77,7
	SRQ negativo	12,0	8,6-16,6	88,0	83,4-91,4

**Gráfico 7 - Abuso/dependência de bebida alcoólica em pessoas de 16 anos e mais segundo sexo e presença de Transtorno Mental Comum
ISA-Capital 2008 - Município de São Paulo**



Considerações finais

O uso abusivo e a dependência de bebida alcoólica e os problemas de saúde deles decorrentes são questões relevantes de saúde pública. O conhecimento da magnitude do problema e das principais variáveis que influenciam sua prevalência permite o planejamento e a implementação de ações mais efetivas visando a redução do uso abusivo e da dependência e maior conscientização sobre o consumo responsável de bebidas alcoólicas.

O presente estudo encontrou que 55,7% das pessoas de 12 anos ou mais moradores na cidade de São Paulo em 2008 ingeriam bebida alcoólica. Das 44,3% que não consumiam bebidas alcoólicas no momento do estudo, ao redor de 40% destes referiram já ter consumido algum tipo de bebida alcoólica anteriormente e interrompido este consumo. O consumo de bebida alcoólica é mais frequente entre os homens e menor em pessoas com menos de 20 e com 60 anos e mais. Na faixa etária entre 20 e 59 anos não foram encontradas diferenças significativas entre os subgrupos. Foi encontrado também que 5,3% da população estudada referiram consumo de bebida alcoólica quatro ou mais vezes na semana.

Foi analisado o uso abusivo/dependência de bebida alcoólica através do questionário Cage. Encontrou-se que 5,4% das pessoas de 12 anos e mais foram Cage positivo, isto é, apresentavam uso abusivo/dependência de bebida alcoólica, sendo mais prevalente entre os homens (8,7%) que nas mulheres (2,5%). Estudando somente as pessoas que referiram consumir bebidas alcoólicas foi encontrada prevalência de Cage positivo de 9,9%, também mais frequente entre os homens (13,7%) que nas mulheres (5,5%). Há tendência de aumento de Cage positivo com o aumento da idade até 49 anos, com queda importante a partir dos 50 anos. Em relação à escolaridade encontrou-se aumento do consumo de bebida alcoólica com Cage negativo e redução do consumo de bebida alcoólica com Cage positivo com o aumento dos anos de escolaridade. A presença de TMC também está associada com Cage positivo, o que indica necessidade de intervenções que visem identificar e cuidar para além do problema do uso abusivo/dependência. Importante ressaltar que pessoas que bebem algum tipo de bebida alcoólica quatro ou mais vezes por semana apresentam ao redor de 28% de Cage positivo, o que aponta que a frequência de ingestão de bebida alcoólica é bom preditor de uso abusivo/dependência.

Somente a partir de 2003 o Ministério da Saúde vem elaborando e implementando uma política nacional específica voltada para os problemas relacionados ao uso abusivo e dependência de bebida alcoólica.

Em 2004 foram definidos os marcos desta política no documento “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, que tem na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD) sua principal estratégia. Atualmente (2011) a cidade de São Paulo conta com 22 Caps AD sob gestão municipal e outros três sob gestão estadual em funcionamento. Com o passar dos anos, inúmeras outras questões tornaram-se relevantes neste campo, tendo o combate ao uso do crack se tornado prioritário. No entanto é importante não se esquecer das bebidas alcoólicas, que muitas vezes são a porta de entrada para outros tipos de dependência. Além dos Caps AD é importante que outros serviços de saúde, em especial a Atenção Básica, também sejam competentes na abordagem deste relevante problema de saúde devido à sua alta prevalência, à separação tênue entre uso recreativo e uso abusivo/dependência e à baixa procura pelos serviços de saúde tradicionalmente encontrada entre as pessoas envolvidas.

Referências

Amaral RA, Malbergier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso de álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP) - campus Capital. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (3): 156-63.

Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marin-Leon L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (4):502-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Castells MA, Furlanetto LM. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients hospital wards. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27 (1): 54-7.

CEBRID. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD): Brasília: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID); 2005.

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.

Dalgalarrondo P, Soldera MA, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (2): 82-90.

Elbreder MF, Laranjeira R, Siqueira MM, Barbosa DA. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J Bras Psiquiat* 2008; 57 (1): 9-15.

Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. Tendências do uso de drogas no Brasil: síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes do 1o e 2o graus de 10 capitais brasileiras (1987- 1989- 1993- 1997). São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: Departamento de Psicologia da Escola paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, 1997.

Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32 (3): 231-41.

Malbergier A, Pillegi AB, Silveira CM, Oliveira Júnior H, Maia JMC, Aguiar JER et al. Síndromes decorrentes do uso de substâncias. In Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, editores. *Clínica psiquiátrica*. Barueri, SP: Editora Manole, 2011.

Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of Psychiatric Morbidity in the Primary Medical Care Settings in Brazil. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21(6): 501-7.

Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, Spadoni B. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em Pronto Socorro. *Rev Ass Med Brasil* 2001; 47 (1): 65-9.

Soldera M, Ribeiro CL. Consumo e dependência de álcool. In: Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M (org.). *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

WHO. *Global health risks - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2009.

WHO. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO Press; 2010.

Anexo

Consumo de Álcool (perguntas L 34 a L 42 do Bloco Estilo de Vida)

ESTILO DE VIDA

(PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS)

BLOCO L

L 34. Qual é a bebida de sua preferência?  se referir bebida alcoólica - passe p/ questão L 37.

especif.: _____

L 35. Qual é a bebida alcoólica de sua preferência?

passe p/ questão L 37.  especif.: _____

não bebe álcool 01

L 36. Há quanto tempo o(a) sr.(a) não ingere bebida alcoólica?

passe p/ questão M 01.  {

nunca bebeu	1
não bebe há mais de um ano	2
parou de beber há menos de um ano	3
NS/NR	9

"PARA OS QUE BEBEM"

L 37. Alguma vez o(a) sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

não	1
sim	2
NS/NR	9

L 38. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

não	1
sim	2
NS/NR	9

L 39. O(a) sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

não	1
sim	2
NS/NR	9

L 40. O(a) sr.(a) fica chateado ou se sente culpado pela maneira como costuma beber?

não	1
sim	2
NS/NR	9

ESTILO DE VIDA

(PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS)

BLOCO L

L 41. Com que frequência o(a) sr.(a) toma ou tomava bebida alcoólica?

todos os dias	1
4 a 6 vezes por semana	2
2 a 3 vezes por semana	3
1 vez por semana	4
1 a 2 vezes por mês	5
menos de 1 vez por mês	6
NS/NR	9

Qual bebida alcoólica e em que quantidade o(a) sr.(a) consome ou consumia num dia típico quando está bebendo?

L 42a. Bebida: _____

L 42b. Quantidade: _____

L 42c. Bebida: _____

L 42d. Quantidade: _____

L 42e. Bebida: _____

L 42f. Quantidade: _____

Boletins ISA – Capital 2008

Séries

- 1 Primeiros Resultados
- 2 Estado Nutricional de Adultos e Idosos
- 3 Exames Preventivos
- 4 Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
Estado Nutricional de Adolescentes
- 5 Transtornos Mentais Comuns
Tabagismo
Consumo de Bebida Alcoólica

Próximos temas:

Saúde Materno-Infantil

Uso de Serviços de Saúde para Morbidade de 15 dias

Consultas Odontológicas

Deficiências

Hospitalização

Gastos com Saúde