

Estado nutricional de idosos fumantes e ex-fumantes da cidade de São Paulo, Brasil

Nutrition status of elderly smokers and former smokers of São Paulo City, Brazil

Isis Bonfitto Gonçalves¹, Maria Lúcia Lebrão^{1*}, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte¹, Gabriela Arantes Wagner¹, Dirce Maria Trevisan Zanetta¹

RESUMO: *Objetivo:* A concomitância de fumo e maus hábitos alimentares representa uma piora no prognóstico da saúde e na qualidade de vida dos idosos. O objetivo deste estudo foi caracterizar o estado nutricional de idosos fumantes e ex-fumantes residentes na cidade de São Paulo. *Métodos:* Foi realizado um estudo transversal em 2010, com uma amostra representativa de 1.345 indivíduos com 60 anos ou mais, que fazem parte da coorte de idosos acompanhados pelo Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). Foram descritos os aspectos sociodemográficos, de saúde e nutricionais dos idosos de acordo com o uso de tabaco na vida. *Resultados:* A proporção de fumantes e ex-fumantes foi de, respectivamente, 12,9 e 54,7% para o sexo masculino; 11,0 e 25,2% para o sexo feminino; e de 11,8 e 37,2% para a população total do estudo. Para ambos os sexos, com o aumento da idade, diminuiu a proporção de fumantes. A proporção de idosas fumantes com ingestão adequada de frutas foi menor. Fumantes apresentaram pior estado nutricional, com menos refeições por dia e maior frequência de baixo peso. *Conclusão:* Considerando-se o impacto do hábito alimentar inadequado e de fumar sobre a saúde, os fumantes idosos merecem atenção especial sobre o seu estado nutricional.

Palavras-chave: Estado nutricional. Comportamento alimentar. Idosos. Fumo. Brasil. Epidemiologia.

¹Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

¹Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

*in memoriam.

Autor correspondente: Dirce Maria Trevisan Zanetta. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Departamento de Epidemiologia. Avenida Dr. Arnaldo, 715, CEP: 01246-904, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: dzanetta@usp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisas do Estado de São Paulo (FAPESP), processo 53778-3/2009; DMTZ parcialmente financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo 71.702/2011-0.

ABSTRACT: *Objectives:* The concomitance of smoking and poor dietary habits represents a worsened prognosis of health and quality of life for elderly. The aim of this study was to characterize the nutritional status of elderly who were smokers and former smokers and residents of São Paulo city. *Methods:* A cross-sectional study was conducted in 2010 with a representative sample of 1,345 individuals aged 60 years and over, who were part of the elderly cohort monitored at the SABE Study. Sociodemographic, health, and nutritional aspects of the elderly were described, according to their tobacco use in life. *Results:* The proportion of smokers and former smokers was 12.9 and 54.7%, 11.0 and 25.2%, and 11.8 and 37.2% for male, female, and total population, respectively. For both genders, increasing age decreased the proportion of smokers. The proportion of proper fruit intake was smaller for female smokers. Poorer nutritional status was observed in smokers, who had fewer meals per day and greater frequency of underweight compared with elderly nonsmokers. *Conclusion:* Considering the impact of inappropriate eating habits and smoking on health, elderly smokers deserve special attention on their nutritional status.

Keywords: Nutritional status. Feeding behavior. Aged. Tobacco. Brazil. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundialmente estabelecido e traz consigo preocupações referentes à saúde, uma vez que é acompanhado pelo aumento na ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis assim como de doenças incapacitantes¹.

Alguns aspectos do estilo de vida atual oferecem risco à saúde, tais como o tabagismo, o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, o sedentarismo, o alto consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras, e o baixo consumo de frutas e hortaliças^{2,3}. O tabagismo destaca-se entre os hábitos que oferecem maior risco à saúde por ser a principal causa de mortes evitáveis no mundo, principalmente no que diz respeito às doenças cardiovasculares e ao câncer⁴. Os efeitos do tabagismo são pouco estudados em idosos⁵, mas considera-se que esta população apresente maiores riscos pela longa exposição⁶.

A literatura aponta para uma maior prevalência de tabagismo entre idosos de baixo peso, o que gera preocupação, pois a concomitância de dois ou mais comportamentos de risco pode acarretar em efeitos mais nocivos que a soma dos efeitos deles isolados^{6,7}. O presente estudo analisou o hábito de fumar e sua associação com o estado nutricional de idosos moradores na cidade de São Paulo.

MÉTODOS

DELINEAMENTO

Este é um estudo transversal com dados do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), obtidos em 2010. O estudo SABE é de múltiplas coortes e foi iniciado em 2000, com uma

amostra probabilística de idosos (≥ 60 anos) residentes em São Paulo, SP, por meio de amostragem estratificada em dois estágios, com base em setores censitários da cidade. Detalhes sobre o desenho amostral do estudo inicial estão descritos em publicação anterior⁸. Em 2006, foi realizada a segunda entrevista com estes idosos e naquela ocasião nova amostra de idosos, entre 60 e 64 anos, foi obtida seguindo o mesmo procedimento da primeira visita, já que esta faixa etária não estava mais representada. A terceira visita de seguimento foi realizada em 2010, ocasião em que uma terceira amostra de idosos entre 60 e 64 anos foi adicionada. A amostra total avaliada naquele ano foi de 1.345 idosos (≥ 60 anos), que representam 1.338.138 idosos residentes em São Paulo, uma vez que os pesos amostrais foram recalculados, com base no Censo de 2010, para manter a amostra representativa da população de idosos do município.

VARIÁVEIS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadores treinados. As variáveis sociodemográficas avaliadas foram: sexo (masculino; feminino); idade (60 – 64; 65 – 69; 70 – 74; ≥ 75); escolaridade em anos completos de estudo ($< 1 - 3$ anos; 4 – 7 anos; ≥ 8 anos de estudo); renda em salários mínimos, categorizados em quartis; etnia (branco; outros); arranjo familiar (mora sozinho; mora acompanhado). As características de saúde foram avaliadas pelas variáveis: número de doenças crônicas referidas (nenhuma; 1; ≥ 2); frequência de consumo de bebidas alcoólicas nos últimos três meses (< 1 dia/semana; 1 a 3 dias por semana; ≥ 4 dias por semana) e autopercepção de saúde (boa; não tão boa), e uso de tabaco na vida, que foi obtido por meio do autorrelato à pergunta: “O senhor tem ou teve o hábito de fumar?” (não fumante, ex-fumante e fumante atual).

A avaliação do estado nutricional foi feita pelo índice de massa corpórea (IMC), classificado de acordo com o sugerido pela Organização Panamericana de Saúde⁹ para idosos de baixo peso ($\text{IMC} \leq 23 \text{ kg/m}^2$), eutrófico ($23 \text{ kg/m}^2 < \text{IMC} < 28 \text{ kg/m}^2$) e sobrepeso e obeso ($\text{IMC} \geq 28 \text{ kg/m}^2$).

As variáveis nutricionais consideradas foram: número de refeições completas por dia (< 3 refeições; ≥ 3 refeições), consumo de leite e derivados pelo menos uma vez por dia (sim; não); consumo de ovo e feijões pelo menos uma vez por semana (sim; não); consumo de carne pelo menos três vezes na semana (sim; não); consumo de frutas pelo menos duas vezes por dia (sim; não); consumo de hortaliças pelo menos duas vezes por dia (sim; não). Outras características relacionadas ao estado nutricional foram: perda de peso nos últimos 12 meses (não; 1 a 3 kg; > 3 kg), relação cintura-quadril ($< 0,9$; $\geq 0,9$ para homens e $< 0,85$; $\geq 0,85$ para mulheres), autopercepção nutricional (boa; não tão boa).

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para as análises descritivas foram calculadas proporções para as variáveis categóricas. Todas as análises incorporaram pesos para corrigir diferenças nas probabilidades de seleção

dos participantes e os resultados são apresentados pelos valores ponderados. Diferenças entre os grupos foram estimadas pelo teste de Rao-Scott para variáveis categóricas, que consideram pesos amostrais para as estimativas de população com ponderações populacionais. Utilizou-se o pacote Survey do software STATA, que dispõe de procedimentos para análise de inquéritos amostrais complexos e permite incorporar os pesos distintos das observações que influenciam as estimativas pontuais de parâmetros da população total.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A participação foi voluntária e foi obtido um termo de consentimento livre e esclarecido assinado por todos os participantes. Não há conflito de interesses dos autores em relação a este estudo.

RESULTADOS

O comportamento em relação ao tabagismo foi diferente entre os sexos (Tabela 1), com maior proporção de mulheres que nunca fumaram (63,8%). Embora cerca de 70% dos homens tenham sido fumantes, 54,7% referiram ter parado de fumar. A proporção de fumantes atuais foi semelhante nos dois sexos. A maior proporção de fumantes ocorreu entre aqueles com idade entre 60 e 64 anos em ambos os sexos, com diminuição importante entre aqueles com idade acima de 70 anos. A frequência de fumantes não diferiu entre homens brancos e de outras etnias, e em mulheres brancas com relação às demais houve maior proporção de não fumantes. As mulheres que vivem sozinhas apresentaram maior proporção de fumantes do que as que vivem acompanhadas. Não houve diferença no uso de tabaco entre os diferentes níveis de escolaridade avaliados. Considerando a renda, houve predomínio de homens fumantes entre aqueles do menor estrato, enquanto os indivíduos com maior renda tinham a maior proporção de não fumantes (Tabela 2).

Quanto ao estado nutricional, 47,0% dos homens eram eutróficos, 13,3% tinham baixo peso e 39,7%, sobrepeso ou obesidade. Entre as mulheres, as proporções foram de 34,4, 12,4

Tabela 1. Uso de tabaco na vida, por sexo em 2010; Estudo SABE [Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento].

	Sexo					
	Homens		Mulheres		Total	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Tabaco						
Não fumante	32,4	(27,8 – 37,5)	63,8	(59,5 – 67,9)	51,1	(47,5 – 54,6)
Ex-fumante	54,7	(49,6 – 59,6)	25,2	(22,1 – 28,6)	37,2	(34,4 – 40,0)
Fumante atual	12,9	(9,7 – 16,9)	11,0	(8,7 – 13,8)	11,8	(9,7 – 14,3)

χ^2 com correção de Rao-Scott: $p < 0,001$.

e 53,4%, respectivamente. A frequência de sobrepeso e obesidade foi maior entre as mulheres quando comparadas aos homens ($p < 0,001$).

Indivíduos fumantes eram predominantemente de baixo peso, enquanto não fumantes tinham sobrepeso ou eram obesos (Tabela 2). Este padrão também foi observado em mulheres. Entre os fumantes, houve maior proporção de indivíduos com elevado consumo

Tabela 2. Distribuição das características sociodemográficas segundo uso de tabaco na vida, por sexo em 2010; Estudo SABE [Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento].

	Homens				Mulheres				Total			
	¶NF %	EF %	FA %	Valor p*	NF %	EF %	FA %	Valor p	NF %	EF %	FA %	Valor p
Tabaco	32,4	54,7	12,9	< 0,001	63,8	25,2	11,0	< 0,001	51,1	37,2	11,8	< 0,001
Idade (anos)												
60 – 64	29,3	51,0	19,7	0,027	53,5	31,5	15,0	< 0,001	42,9	40,1	17,1	< 0,001
65 – 69	41,8	48,5	9,8		56,0	29,4	14,6		50,2	37,2	12,6	
70 – 74	36,1	53,7	10,3		76,2	17,2	6,7		60,0	31,9	8,1	
≥ 75	26,3	66,8	6,8		73,7	19,9	6,4		56,6	36,9	6,6	
Etnia												
Branco	34,1	52,6	13,3	0,622	68,5	21,1	10,4	0,009	54,7	33,7	11,6	0,013
Outro	30,2	57,5	12,4		57,3	31,0	11,8		45,9	42,1	12,0	
Escolaridade (série)												
até 3ª	26,5	61,2	12,3	0,295	62,6	26,7	10,8	0,531	50,0	38,7	11,3	0,750
4ª – 7ª	29,3	56,8	13,9		65,6	25,2	9,2		50,6	38,2	11,2	
> 8ª	40,8	46,8	12,5		63,1	22,9	13,9		52,7	34,1	13,3	
Arranjo familiar												
Sozinho	27,7	55,1	17,2	0,711	59,2	23,6	17,3	0,032	50,6	32,1	17,3	0,074
Acompanhado	33,0	54,6	12,4		64,9	25,6	9,6		51,1	38,1	10,8	
Renda domiciliar mensal (quartil)												
1º	15,7	61,6	22,7	0,005	68,4	22,2	9,4	0,583	56,0	31,5	12,5	0,195
2º	29,7	52,8	17,6		58,3	28,8	12,9		48,3	37,2	14,6	
3º	26,7	67,1	6,2		65,7	23,5	10,9		47,2	44,2	8,7	
4º	41,5	48,4	10,2		63,1	23,3	13,6		49,9	38,6	11,5	

Dados ponderados para serem representativos da população de idosos em 2010 na cidade de São Paulo, Brasil; * χ^2 com correção de Rao-Scott; ¶NF: não fumante, EF: ex-fumante, FA: fumante atual.

de bebidas alcoólicas e que referiram fazer menos de 3 refeições ao dia, com diferença significativa entre as mulheres. Além disso, nessas mulheres predominou uma boa autopercepção de saúde. Os indivíduos que referiram duas ou mais doenças crônicas apresentaram menor proporção de fumantes, significativa entre as mulheres (Tabela 3).

Não houve diferença significativa no consumo de laticínios ($p = 0,737$ em homens e $p = 0,188$ em mulheres), carnes ($p = 0,321$ e $p = 0,341$), ovos e feijões ($p = 0,320$ e $p = 0,493$) e hortaliças ($0,328$ e $0,870$), considerando o uso de tabaco na vida, assim como no consumo de frutas entre os homens ($p = 0,664$). Entre as idosas fumantes, foi maior a proporção de inadequação no consumo de frutas ($p = 0,005$) (Figura 1).

DISCUSSÃO

A frequência de tabagismo neste trabalho foi de 12%. Embora cerca de 70% dos homens idosos tenham fumado alguma vez na vida, e essa proporção seja bem menor entre as mulheres, com cerca de 35%, os fumantes atuais tiveram proporção semelhante nos dois sexos, uma vez que a proporção de ex-fumantes foi considerável entre os homens. Historicamente a prevalência do uso do tabaco é maior entre os homens, porém o tabagismo entre as idosas tem se elevado em função do aumento de tabagismo entre as mulheres mais jovens¹⁰. A interrupção do tabagismo deve ser incentivada entre os idosos, uma vez que há benefícios observados em todas as faixas etárias, que incluem melhora funcional e redução na morbidade e mortalidade^{11,12}.

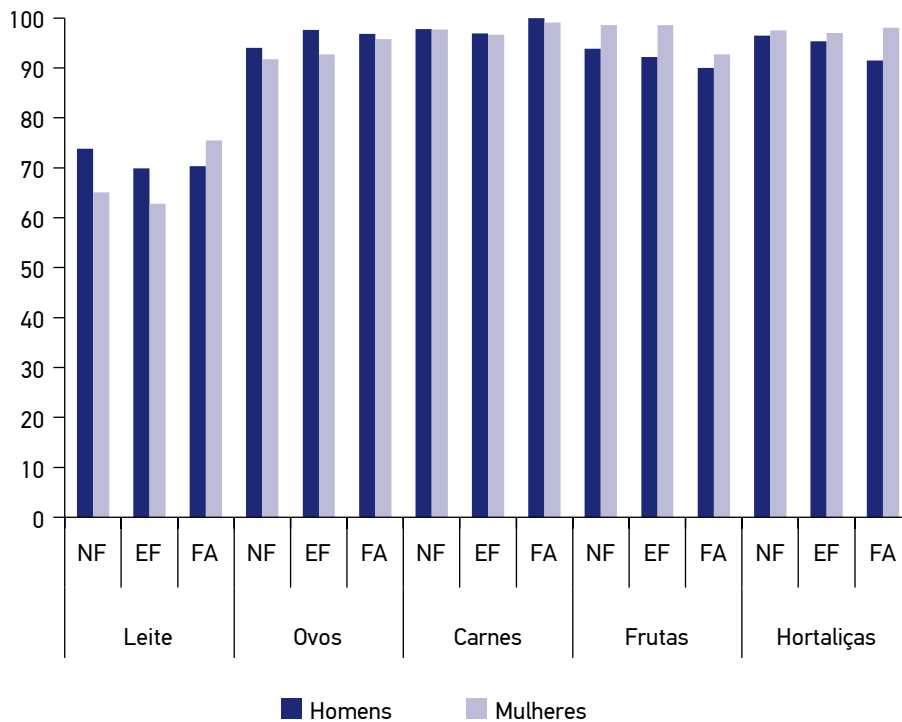
Como em outros estudos, o fumo atual decresceu com o avanço da idade. A literatura mostra associação do tabagismo com o fato de o idoso morar sozinho, com a baixa escolaridade e com a renda^{6,13}. Neste estudo, não houve diferença quanto à escolaridade; morar sozinho se associou ao tabagismo entre as mulheres, e a baixa renda entre os homens.

Observou-se alta frequência de idosas fumantes com baixo peso, o que segue os achados de Zaitune et al.⁶, na população da região sudoeste da Grande São Paulo, Campinas e Botucatu, e de Berto et al.³, no Rio Grande do Sul. O ganho de peso com a cessação do fumo pode representar um obstáculo para o tratamento do tabagismo, principalmente entre as mulheres, em que o excesso de peso é mais frequente¹⁴. Entretanto, nesse estudo houve aumento na frequência de sobrepeso em mulheres não-fumantes e não houve em ex-fumantes. As mudanças de padrão alimentar no envelhecimento podem se originar de diversas causas fisiológicas ou psicossociais, mas o tabagismo representa um fator que potencializa os efeitos negativos nos hábitos alimentares dos idosos, uma vez que o hábito de fumar ocasiona redução do paladar e do olfato^{3,15}. Além disso, os efeitos anorexígenos da nicotina agem sobre o apetite de forma que o peso corporal tende a ser menor entre os fumantes⁶. Os determinantes para o baixo peso não foram descritos neste trabalho, mas observou-se que mulheres fumantes faziam menos refeições ao dia. Quanto à qualidade da alimentação, nesse estudo, os resultados seguiram alguns padrões da população idosa no Brasil, com maior proporção de adequação no consumo de alimentos fontes de proteína,

Tabela 3. Distribuição das características nutricionais e de saúde segundo uso de tabaco na vida, por sexo em 2010; Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento).

	Homens				Mulheres				Total			
	¶NF %	EF %	FA %	Valor p*	¶NF %	EF %	FA %	Valor p*	¶NF %	EF %	FA %	Valor p*
Classificação por IMC[§]												
Baixo peso	28,9	49,2	21,9	0,360	50,1	22,3	27,6	< 0,001	41,3	33,5	25,2	< 0,001
Eutrófico	32,3	52,9	14,8		60,1	26,4	13,5		46,8	39,0	14,1	
Excesso de peso/Obeso	32,7	57,7	9,7		68,8	25,6	5,6		56,8	36,2	7,0	
Perda de peso no último ano												
Não perdeu	17,4	56,7	25,9	0,076	64,9	22,4	12,7	0,880	51,3	32,2	16,5	0,213
1 – 3 kg	27,9	69,6	2,5		63,5	29,0	7,5		50,4	44,0	5,7	
≥3 kg	33,8	53,7	12,5		63,7	25,3	11,0		51,1	37,3	11,6	
Número de refeições completas por dia												
< 3	20,5	60,1	19,3	0,161	46,8	29,0	24,2	0,002	33,8	44,4	21,8	0,002
≥ 3	34,2	53,8	12,0		65,5	24,8	9,7		53,1	36,3	10,6	
Autopercepção nutricional												
Boa	32,9	54,1	13,0	0,083	65,0	24,5	10,5	0,083	51,7	36,8	11,5	0,295
Não tão boa	23,4	65,6	11,1		50,2	33,0	16,7		42,3	42,6	15,1	
Autopercepção de saúde												
Boa	27,7	55,1	17,2	0,711	59,2	23,6	17,3	0,032	50,6	32,1	17,3	0,074
Não tão boa	33,0	54,6	12,4		64,9	25,6	9,6		51,1	38,1	10,8	
Relação cintura quadril												
Acima	38,9	46,7	14,4	0,534	60,6	26,2	13,3	0,412	55,3	31,1	13,6	0,099
Abaixo	30,6	55,9	13,5		64,9	25,1	10,0		49,5	39,0	11,6	
Consumo de bebidas alcoólicas (dias/semana)												
< 1	32,3	56,4	11,4	0,427	64,4	25,7	10,0	0,059	53,9	35,7	10,4	0,022
1 a 3	27,4	56,8	15,9		58,4	23,5	18,0		38,8	44,6	16,7	
> 4	39,5	45,2	15,4		59,7	11,8	28,5		42,9	39,5	17,6	
Doenças crônicas												
Nenhuma	36,4	48,9	14,8	0,285	68,3	19,8	12,0	0,039	52,3	34,3	13,4	0,021
1	33,4	52,5	14,1		64,4	22,6	13,0		53,0	33,6	13,4	
≥ 2	28,2	61,6	10,2		60,9	30,7	8,4		48,3	42,6	9,1	

Dados ponderados para serem representativos da população de idosos em 2010 na cidade de São Paulo, Brasil; * χ^2 com correção de Rao-Scott; ¶NF: não fumante, EF: ex-fumante, FA: fumante atual.



NF: não fumante, EF: ex-fumante, FA: fumante atual.

Figura 1. Proporção de consumo alimentar segundo sexo e uso de tabaco na vida, em 2010; Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento).

com exceção dos leites e derivados. O tabagismo não prejudicou significativamente o consumo desses alimentos. Houve apenas uma redução na proporção de consumo adequado de frutas entre as idosas fumantes atuais; no entanto, a frequência de adequação manteve-se acima de 80%. Por sua vez, Surban et al.² observaram que o consumo de frutas e hortaliças foi menor quanto maior a intensidade do tabagismo, aumentando o risco de câncer. Estes autores também observaram que os fumantes são os que mais deixam de tomar o café da manhã. O baixo peso, em função da baixa ingestão calórica e de nutrientes, pode levar a uma debilidade funcional e física, piora na qualidade de vida, e maior hospitalização e mortalidade¹⁶.

A concomitância do tabagismo com outros hábitos não saudáveis, observada nesse estudo, tem sido apontada em vários estudos, como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a má alimentação^{3,6}.

A frequência de fumantes diminuiu e a de ex-fumantes aumentou com a presença de duas ou mais doenças crônicas. Quando avaliado por sexo, esta distribuição foi observada também entre as mulheres. Mais análises são necessárias para justificar estes dados, porém Zaitune et al.⁶ apontam dois fenômenos que podem explicar este fato: a cessação do tabagismo

com o surgimento de agravos e o maior risco de mortalidade precoce entre os fumantes. Além disso, a maior proporção de mulheres fumantes com boa autopercepção de saúde e de fumantes na faixa etária de 60 a 64 anos reforça essa suposição.

Esse estudo tem limitações, uma vez que seu delineamento transversal não permite estabelecer a temporalidade dos eventos, não sendo possível determinar se o estado nutricional observado em fumantes é decorrente do fumo. Embora a avaliação nutricional pelo IMC tenha suas restrições, como na identificação da composição corporal e da adiposidade central, segundo Silveira et al.¹⁷, ele é considerado um bom indicador em estudos epidemiológicos por apresentar baixo custo, fácil aplicação, associação com doenças crônicas não transmissíveis, entre outros.

CONCLUSÃO

O hábito de fumar do idoso associou-se às piores condições de estado nutricional, com menor quantidade de refeições por dia, se comparado aos idosos não fumantes, contribuindo para a maior frequência de baixo peso observada. À luz dos resultados observados e considerando as repercussões na saúde, os idosos fumantes merecem especial atenção quanto ao seu estado nutricional.

REFERÊNCIAS

1. Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações / Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 548-54.
2. Subar AF, Harlan LC, Mattson ME. Food and nutrient intake differences between smokers and non-smokers in the US. *Am J Public Health* 1990; 80(11): 1323-9.
3. Berto SJ, Carvalhaes MA, Moura EC. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos e não transmissíveis / Smoking associated with other behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(8): 1573-82.
4. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3(11): e442. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030442.
5. Bezerra FC, Almeida MI de, Nóbrega-Therrien SM. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica / Studies on aging in Brazil: literature review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012; 15(1): 155-67. DOI: 10.1590/S1809-98232012000100017.
6. Zaitune MP, Barros MB, Lima MG, César CL, Carandina L, Goldbaun M, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP) / Factors associated with smoking in the elderly: a health survey in São Paulo (ISA-SP). *Cad Saúde Pública* 2012; 28(3): 583-96.
7. Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos / Study of the main risk factors frequencies for ischemic cerebrovascular disease in elderly patients. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62(3B): 844-51.
8. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo / Health, well-being and aging: the SABE study in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 127-41.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde, bem estar e envelhecimento. O Projeto SABE de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003.
10. Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group. Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *J Sch Health* 2003; 73(6): 207-15.

11. Allen SC. Tobacco smoking in older people. Reviews in Clinical Gerontology 2009; 19(3): 185-92. DOI: 10.1017/S0959259809990256.
12. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328(7455): 1519.
13. Peixoto SV, Firmo JO, Lima-Costa MF. Fatores associados ao hábito de fumar entre idosos (Projeto Bambuí) / Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). Rev Saúde Pública 2005; 39(5): 746-53.
14. Nascimento C de M, Ribeiro AQ, Cotta RM, Acúrcio F de A, Peixoto SV, Priore SE et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil / Nutritional status and associated factors among the elderly in Viçosa, Minas Gerais State, Brazil. Cad Saúde Pública 2011; 27(12): 2409-18.
15. Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornelas APR de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso / Factors that affect the aged people food intake and nutrition. Rev Nutr 2000; 13(3): 157-65. DOI: 10.1590/S1415-52732000000300002.
16. Schilp J, Wijnhoven HA, Deeq DJ, Visser M. Early determinants for the development of undernutrition in an older general population: Longitudinal Aging Study Amsterdam. Br J Nutr 2011; 106(5): 708-17. DOI: 10.1017/S0007114511000717.
17. Silveira EA, Lopes ACS, Caialfa WT. Avaliação do estado nutricional de idosos. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP, organizadores. Epidemiologia nutricional. Rio de Janeiro: Atheneu/Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Recebido em: 12/03/2015

Aprovado em: 31/03/2015

