

Área temática: Marketing e Comunicação

Terceira idade e o consumo de fumo e bebida alcoólica: um estudo realizado no Município de São Paulo.

AUTORES

MARIA DE LOURDES BACHA

Universidade Presbiteriana Mackenzie
mlbacha@gmail.com

JORGINA FRANCISCA SEVERINO DOS SANTOS

Universidade Paulista - UNIP
jorgina_santos@terra.com.br

NADIA WACILA HANANIA

Universidade de Sao Paulo
nhvianna@terra.com.br

ROSANE TORRES GUIMARÃES

Universidade Presbiteriana Mackenzie
rtorresg@terra.com.br

ÁURIO LÚCIO LEOCÁDIO

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
leocadio@usp.br

RESUMO

O principal objetivo deste *paper* é analisar a relação de indivíduos da terceira idade, residentes em São Paulo, com fumo e álcool. Inicialmente são apresentados o tema e sua relevância e, na seqüência, aborda-se a revisão bibliográfica feita sobre as drogas lícitas fumo e álcool. A metodologia empregada foi quantitativa e os dados foram obtidos através de uma *survey*, aplicada a uma amostra não-probabilística de 700 indivíduos da terceira idade das classes A e B, selecionados por meio do critério Brasil, com questionário estruturado. Sua principal justificativa está relacionada ao crescimento da população acima de 60 anos no mundo e no Brasil, já que projeções da ONU estimam que por volta de 2050 haverá mais idosos do que crianças no mundo. Os resultados permitem admitir que os respondentes considerados de bem com a vida (*ups*) não fumam e consomem bebidas alcoólicas eventualmente. Assim, o presente artigo busca contribuir para se entender melhor não só esse segmento como também fornecer subsídio para futuras campanhas. As principais limitações deste trabalho residem na escolha da amostra não permitindo generalizações para o universo. Pode-se dizer que os objetivos do estudo foram atingidos porque os resultados se mostraram coerentes com aqueles do referencial teórico. Como sugestões para próximos estudos, podem-se considerar o aprofundamento destas questões como também pesquisas em outras regiões do país.

ABSTRACT

This paper aims chiefly to understand the consumption of tobacco and alcohol by old people from Sao Paulo City. The article begins presenting the subject and its relevance followed by a brief theoretical revision on tobacco and alcohol consumption. The chosen methodology was quantitative and a survey was conducted among a non-probabilistic sample of 700 individuals

of the third age, or people over 60, from upper social status, selected by a criterion based on apparent consumption. For field work it was used a structured questionnaire. The relevance of this study refers to the growth of the mature market in the world and also in Brazil. ONU projections estimate that by 2050 there will more people over 60 than children. Although findings cannot be generalized for the whole population, because the sample is non-probabilistic, it can be assumed that respondents that feel good for this period of their life do not smoke and drink alcohol eventually. It can be said that results are coherent with the revision of the literature and also that they can provide help for future marketing or govern actions to diminish tobacco and alcohol usage. As suggestions for next studies, it can be considered the deepening of these questions and also new research in other regions of the country, .

Key words: mature market, tobacco and alcohol consumption.

Palavras-chave: terceira idade, consumo de fumo e álcool.

INTRODUÇÃO

O principal objetivo deste trabalho é analisar a relação dos indivíduos da terceira idade, residentes em São Paulo, com fumo e álcool. O tema se justifica, de um lado, face à relevância dos temas bebida e fumo, atualmente na ordem do dia na mídia de massa (tem sido comentadas as ações do governo em relação à proibição da veiculação de propagandas de bebidas além de medidas para coibir o tabagismo em espaços públicos) e, por outro lado, o crescimento da população de terceira idade. Assim, proteger a saúde deste segmento é um desafio para os governantes e que poderá ser enfrentado a partir de ações educativas, baseadas em comunicação de massa e, principalmente, no conhecimento mais profundo da relação do idoso com esses produtos.

Conhecer a relação que estes indivíduos apresentam com o fumo e o álcool torna-se primordial, visto que o Brasil acaba de entrar no grupo dos dez países com maior percentual de idosos do mundo. Compõem esse grupo: China, Índia, Estados Unidos, Japão, Rússia, Alemanha, Itália, França, Brasil e Espanha. De acordo com o IBGE (2006), são 17,6 milhões de brasileiros na faixa etária acima de 60 anos (9,7% da população), correspondendo, atualmente, a 2% dos idosos do mundo.

A Organização Mundial de Saúde - OMS (JORNAL O ESTADO DE S.PAULO, 2006) publicou relatório sobre pesquisa, que focalizou o consumo de álcool pelos indivíduos com mais de 15 anos, no qual o Brasil fica em 81º lugar. Os latino-americanos bebem, em média, menos que os europeus, asiáticos e americanos. Os dados da OMS mostram que o consumo de álcool no Brasil é de 5,3 litros por pessoa, em média, enquanto chega a 9,3 litros no grupo que inclui Estados Unidos, Canadá e Cuba. (JORNAL O ESTADO DE S.PAULO, 2006)

Apesar de não estar entre os mais altos no mundo, o consumo de álcool no Brasil é preocupante. O estudo apresentado pela Secretaria Nacional Antidrogas calcula em 19 milhões o número de brasileiros dependentes de álcool e mostra que o álcool é a droga mais consumida no País. A pesquisa aponta 12,3% dependentes de bebidas alcoólicas, entre os brasileiros de 12 a 65 anos que vivem nas cidades com mais de 200 mil habitantes (JORNAL O ESTADO DE S.PAULO, 2006).

Na base da Política Nacional sobre o Álcool, lançada dia 23 de maio de 2007, está um decreto que muda a definição de bebida alcoólica de 13°GL para 0,5° GL, e que concebe ainda: maior fiscalização sobre o consumo de álcool pelos motoristas, ampliação do acesso do usuário de álcool a tratamento no Sistema único de Saúde (SUS), e capacitação de agente de saúde e educação para atuar nas comunidades. Também nesse contexto o governo estuda

regras mais rígidas para a comunicação de bebidas alcoólicas e proibição de sua venda em estabelecimentos localizados em estradas (CORREIA; MAZZINI, 2007).

Com relação ao fumo, há que se considerar o alerta da OMS de que 650 milhões de fumantes - do total de 1,3 bilhão existentes no mundo inteiro - vão morrer prematuramente por causa do cigarro. Costa (2005) explica que o Brasil ainda resiste a restringir o fumo, pois apesar de estar entre os signatários do acordo internacional contra o tabaco, o texto não foi ratificado pelo Congresso Nacional. Festejado pelas autoridades médicas de todo o mundo, o acordo internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para reduzir a produção e o consumo de tabaco tornou-se alvo de uma inédita disputa no Brasil (COSTA, 2005).

Rosemberg (*apud* SOUZA, 2006) assinala que o Brasil é um dos maiores produtores de tabaco do mundo, e que cerca de 1/3 da população faz uso dele.

Pesquisa realizada pelo Inquérito de Saúde da Capital (ISA) mostra que quem estudou somente até a 8ª série do ensino fundamental, tem cinco vezes mais chances de tornar-se um consumidor de cigarro do que aqueles que concluíram a faculdade. A parcela que estudou apenas oito anos concentra 57,4% do total de pessoas que têm o hábito de fumar. Entre aqueles que freqüentam o ensino superior e passaram dos 13 anos de estudo, o índice cai para 11,5% (AGÊNCIA ESTADO, 2007). Esses dados podem ser complementados pelo Primeiro Levantamento Domiciliar Nacional sobre Uso de Drogas (CEBRID –UNIFESP) que estima a população fumante de São Paulo em mais de 3 milhões de pessoas; estas consomem, diariamente, 20% da produção nacional (AGÊNCIA ESTADO, 2007).

Do exposto, percebe-se que fumo e o álcool passaram a compor a pauta dos governantes em virtude das ameaças que encerram à saúde dos indivíduos.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2005 indica que o número de pessoas de 60 anos ou mais no Brasil é superior a 18 milhões, correspondendo a quase 10% da população brasileira. Este grupo, que cresce ano a ano, aumentou em mais de 5 milhões de pessoas entre 1995 e 2005 (IBGE, 2007). A expectativa de vida do brasileiro subiu para 71,3 anos, para ambos os gêneros em 2003 (0,8 ano a mais do que em 2000, estimada em 70,5 anos). No segmento dos idosos, o grupo que apresenta maiores índices de crescimento são as pessoas de 80 anos ou mais. Os avanços médicos e melhores estruturas sociais que geram ganhos de sobrevivência têm como consequência este aumento da longevidade da população idosa. O grupo formado por pessoas acima de 80 anos, que possui maior incidência de doenças crônicas, piores capacidades funcionais, menor autonomia e que, conseqüentemente, exige maior atenção da família e da sociedade, alcançou a marca de 2,4 milhões em 2005 (IBGE, 2007).

PROBLEMA DE PESQUISA E OBJETIVO:

Este estudo pretende responder à seguinte questão: **qual o comportamento da terceira idade, da classe AB de São Paulo, com relação ao consumo de fumo e de álcool?**

Seu principal objetivo é, portanto, analisar o comportamento de indivíduos da terceira idade, pertencentes às classes AB, residentes em São Paulo, quanto ao fumo e álcool, buscando identificar fatores que possam influenciar esse comportamento.

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Fumo e álcool: drogas lícitas

De acordo com as últimas diretrizes da Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS (2003), os principais fatores de risco, evidentes no panorama da saúde no mundo são: hipertensão; alto teor de colesterol; obesidade; inatividade física; baixo consumo de frutas, verduras e legumes; e, ingestão de álcool e fumo.

Souza (2006) acrescenta que o fumo e fatores associados à dieta são responsáveis por 30% dos casos de câncer nos países ocidentais, assim o tabagismo seria um dos principais problemas de saúde pública do mundo e também o maior vício da humanidade. Na opinião de Sborgia (2006), o tabagismo pode ser considerado sério problema de saúde pública, embora já existam leis regulamentando a propaganda e locais públicos para o uso do tabaco; no entanto só é considerado fumante o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros, em toda a sua vida, e que fuma atualmente (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE *apud* KÜMPEL, 2005).

Para Lamers (2007), a origem do tabaco é desconhecida e seu uso parece ter surgido por volta de 1000ac nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágico-religiosos. A planta *Nicotina Tabacum* chegou ao Brasil provavelmente com a migração de tribos tupi-guaranis. A partir do séc. XVI, seu uso se disseminou pela Europa e a partir do século XX por todo o mundo, principalmente com a ajuda das ações de marketing.

A análise do tabagismo envolve aspectos psicossociais, econômicos, de saúde, jurídicos e religiosos, dentre outros. A epidemia tabagística constitui-se em um dos principais problemas de saúde contemporânea, assumindo um sério caráter de saúde pública mundial, projetando-se para 2020 um total de 10 milhões de mortes relacionadas com uso de fumo, principalmente nos países desenvolvidos. Além dos danos à saúde, o tabagismo afeta a economia, o meio ambiente e a sociedade como um todo, levando a OMS a promover ações coordenadas de controle ao tabagismo (LAMERS, 2007).

São atribuídos poderes maravilhosos ao tabaco, poderes estes que levam à contemplação, aumento da percepção e fortalecimento de ímpetus guerreiros. A partir da segunda metade do século XVI até o século XIX, o tabaco foi o principal fator econômico de muitos países, servindo inclusive como moeda no tráfico de escravos. Mas foi somente no século XX que se verificou aumento das publicações científicas sobre os malefícios do fumo.

Kümpel (2005) considera o tabagismo uma doença muito freqüente entre idosos, alertando que seus aspectos sociais são pouco estudados pela comunidade científica. Atualmente, as estatísticas mostram que há cerca de um dependente para duas pessoas que trabalham, com previsão de que esse número possa subir um pouco, com o envelhecimento de uma parcela maior da população. Entre 1950 e 1980, eram 82 dependentes por 100 na ativa; até 2030, estima-se que esse número de dependentes poderá cair para 42; poderá subir um pouco, chegando até 50 em 2050, por causa do envelhecimento da população.

Tavares *et al* (*apud* KÜMPEL, 2005), argumentam que no subgrupo fumantes da terceira idade, a prevalência de obesidade, diabetes ou outras doenças é maior do que entre não fumantes.

De acordo com dados preliminares para São Paulo, retirados do 1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, o consumo de álcool é cada vez mais precoce na população, e há íntima relação entre abuso de bebidas alcoólicas, violência doméstica e de trânsito. Os números mostram que 58% dos entrevistados com idade entre 14 e 17 anos disseram consumir bebidas alcoólicas. A mais consumida nessa faixa etária é cerveja ou chope (41% dos entrevistados entre 14 e 17 anos disseram consumir esse tipo de bebida), em seguida, vem o consumo de bebidas *ice*, com 25% das menções e, por último, as destiladas, apontadas por 23% dos jovens. Também foi constatado que é de 11,2% a prevalência de dependência de álcool no Brasil. Convém notar, que enquanto o consumo caiu em outros países, no período 1970 a 1996, no Brasil cresceu 74,53%, ou seja, cerca de 20 milhões de brasileiros bebem com exagero. Os índices são mais altos no Nordeste (16,9%) e no Norte (16,3%), em comparação com as regiões Centro-Oeste (10,4%), Sul (9,5%) e Sudeste (9,2%) (O ESTADO DE S.PAULO, 2006).

O 1º Levantamento Domiciliar Nacional sobre Uso de Drogas Psicotrópicas englobou 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes e revelou que o uso de álcool na

população total foi de 68,7%, porcentagem próxima aos 70,8% observados no Chile e aos 81,0%, nos EUA. O alcoolismo é o segundo transtorno psiquiátrico mais comum nos Estados Unidos, com prevalência de 11 a 16% (PEREIRA, SENA, OLIVEIRA, *apud* PIRES, 2002).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas realizou pesquisa nas 24 maiores cidades do Estado de São Paulo e estimou que 6,6% da população eram dependentes do álcool. Dois anos depois, a mesma população foi pesquisada novamente e constatou-se um aumento estatisticamente significativo para 9,4% de dependentes (MENDOZA, 2004). No Brasil o álcool é a terceira causa de aposentadorias por invalidez e a segunda causa de transtornos mentais. (PEREIRA, SENA, OLIVEIRA, *apud* PIRES, 2002).

Na revisão bibliográfica feita em bancos digitais de teses e dissertações foram encontradas 129 teses referentes a consumo de tabaco, cigarro ou tabagismo e 81 relacionadas a consumo de álcool. A maioria destes trabalhos refere-se à saúde, efeitos, tratamentos, aspectos psico-afetivos, aspectos sociais, diagnósticos, prevenção, influência cultural, qualidade de vida, síndrome metabólica e exposição passiva ao fumo. Figliolia (2001), Marques (2002), Solha (2003), Silva (2005) e Oliveira (2006) apresentaram trabalhos em que foram estudados o perfil do consumidor de tabaco e Spitz (2006), Raskin (2005), Kümpel (2005), Ferreira (2006), Sampaio (2006) e Francisco (2006) trataram especificamente do consumidor da terceira idade. Grande parte dos trabalhos trata fumo e álcool como drogas lícitas. Ishizuka (2003) estudou fatores de risco relacionados às quedas de idosos: variáveis sócio-demográficas, atividade física, consumo de álcool, problemas de saúde agudos e crônicos, tontura, mobilidade e medicamentos.

Do ponto de vista de periódicos internacionais, as principais publicações encontradas que tratam do assunto são: *European Journal of Public Health* (7 artigos), *American Journal of Public Health* (2) e *Journal of Managerial Psychology* (1). Quanto aos temas, a distribuição é a seguinte: vício e benefícios de largar o vício (TAYLOR; LANGDON; CAMPION, 2005; WILLEMSSEN, 2005); idade de início do hábito de fumar, hábito do fumo em jovens (LOON, 2005; URRUTIA, 2005); estilo de vida e saúde de fumantes; comparação sócio-econômica (MORIKAWA, 2004; GILMORE, 2004); mudança de hábito (BARENGO, 2001); problemas respiratórios em fumantes (JANNUS-PRULJAN, 2004), exercícios físicos, vida saudável e hábito do fumo (HAVEMAN-NIES, 2003; MCDOWELL-LARSEN, 2002).

Nos anais do EnANPAD foi encontrado o trabalho de Monteiro e Veiga (2006), um estudo comparativo entre homens e mulheres, quanto à intenção de parar de fumar.

1.2 A terceira idade e estado de espírito

Moreira (2000) em pesquisa sobre terceira idade argumenta que a expressão “velho” pode significar alguns estereótipos sociais e sentimentos negativos, ligados àquilo que não tem utilidade, que está fora de moda, que é antigo, que está gasto, ou que não é adequado à realidade presente. “Idoso” traduz uma série de valores ainda considerados como importantes, como experiência, sabedoria, tranquilidade, paciência. Assim, uma das justificativas que apresentaram para não serem classificados como velhos seria a da lucidez, ou seja, enquanto estão lúcidos (não perderam as noções de tempo, espaço, reconhecem as pessoas que os cercam, etc.) eles não se consideram velhos.

Segundo Moreira (2000), os entrevistados de terceira idade entendem que a velhice não depende da idade cronológica, mas sim das atitudes que o indivíduo tem perante as circunstâncias da vida: é o que eles descrevem como “estado de espírito”. Desta forma, o fato de ser considerado “velho” depende, para os entrevistados, de fatores subjetivos, que se traduzem por atitudes pessimistas e derrotistas. Também o grau de independência e autonomia, para eles, é fundamental, ou seja, o que caracterizaria a velhice seria a incapacidade de exercer uma atividade de trabalho.

Vários estudos consideram que a aposentadoria e a viuvez são dois fatores que mais influenciam a auto-imagem e a satisfação com a vida, mas há também as preocupações monetárias. Krause, Jay e Liang (*apud* STUART-HAMILTON, 2002), demonstraram que os problemas financeiros (às vezes comuns para a população mais velhas) podem ser um fator primordial que reduz o sentimento de autovalor, e aumentando sintomas depressivos, o que na opinião dos autores valeria para muitas culturas.

Bacha, Strehlau e Perez (2006) destacam que a compreensão do significado da terceira idade possui estreita relação com quatro grupos de componentes entendidos como um “estado de espírito” frente aos desafios impostos pela idade a que os indivíduos da terceira idade estão sujeitos: época da experiência, época de renovar vivências; época improdutiva e época de descanso e ociosidade.

Vários fatores resultarão na forma como cada indivíduo vai lidar com as perdas e as transformações decorrentes do processo de envelhecimento, no modo como irá adaptar-se às transformações ocorridas em si próprio e no meio em que está inserido. Uma velhice bem-sucedida é retratada por idosos que mantêm autonomia, independência e envolvimento ativo com a vida pessoal, com outras pessoas, com o lazer e com a vida social, resultando em produtividade, conservação de papéis sociais adultos, autodescrições de satisfação e de ajustamento. Os idosos com um envelhecimento bem sucedido são reconhecidos socialmente porque contribuem à sociedade ou ao grupo familiar ou de amigos, sendo vistos como modelos de velhice boa e saudável. Embora seja um número pequeno de pessoas que consigam atingir completamente esse padrão, é possível envelhecer bem (IRIGARAY, 2006).

Irigaray (2006) argumenta, a partir de estudo com mulheres idosas, que aspectos de personalidade e o engajamento em atividades sociais têm sido apontados como fatores que podem influenciar na conquista de uma boa qualidade de vida na velhice. A autora observou também uma relação entre percepção de qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos, ou seja, melhor é a percepção da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais, quanto menor é a intensidade da depressão.

Para Néri (*apud* IRIGARAY, 2006) personalidade tem relação com as maneiras como os indivíduos geralmente se comportam, têm experiências, acreditam e sentem em relação a si mesmos, aos outros e ao mundo, e o tipo de personalidade parece estar relacionada à saúde e à longevidade na velhice. Embora pouco conhecidas as bases dessa associação, há evidências da importância da personalidade no bem-estar subjetivo e início de depressão em idosos. Segundo alguns estudos, um mecanismo que pode ser responsável por essa associação é a relação da personalidade com comportamentos que promovam a saúde ou que coloquem o indivíduo em risco.

1.3 A saúde física na visão da terceira idade

Com relação à autoclassificação de seu estado de saúde, Moreira (2000) em entrevistas com idosos aposentados, relata que não há associações feitas entre trabalho e saúde: em primeiro lugar, porque os entrevistados (quase metade deles) declararam não ter nenhum problema de saúde atualmente, portanto, não faziam nenhuma associação de doença com trabalho, ou com as condições de trabalho; em segundo lugar porque parece existir desconhecimento sobre a existência de doenças, assim, em seus depoimentos, os entrevistados mencionaram que não procuravam médico porque não sentiam nada, logo, não estavam doentes. Em muitas falas apareceu a frase: “se eu for ao médico, vou descobrir alguma doença”. Também foi constatado pela autora que a saúde para os entrevistados seria um estado subjetivo, em outras palavras, eles associam diretamente o fato de sentirem-se bem, ao fato de não serem portadores de nenhuma doença, sendo assim, sentir-se bem é um sinônimo de estar saudável. Também segundo a autora, o fato de nunca terem ficado (ou se sentido)

doentes em todos os anos de trabalho aparece como um fator importante em suas vidas, já que não utilizaram o auxílio-doença da Previdência Social (MOREIRA, 2000).

Por outro lado, Moreira (2000) considera que existe também como aspecto contraditório a banalização da doença, vista como uma coisa menor, sem importância, implícita nos depoimentos.

Vários fatores interferem no processo de envelhecimento, dentre os quais pode-se considerar a alimentação como direta e indiretamente associada às enfermidades da velhice. A alimentação e, em decorrência as dietas, por estarem muito ligadas à saúde do idoso podem afetar e assumir características negativas, podendo ser associadas à perda de afeto ou carinho ou atenção. O tipo de alimentação também está relacionado ao peso, principalmente do idoso ao qual falta atividade física (SILVA, 2005).

Segundo Mendes dos Santos (2007), a obesidade pode ser considerada epidemia, caracterizando-se como problema de saúde pública. No Brasil, mais de 40% da população tem sobrepeso, o que traz dificuldades de locomoção e cansaço, além de ser fator de risco para doenças como diabetes, derrames cerebrais, câncer, infartos, etc. Em outro contexto, a obesidade pode ser mal entendida na sociedade, gerando discriminação que pode levar ao isolamento e exclusão social. Cabe notar, que a saúde e a relação com o peso são importantes componentes da forma como o idoso se sente e se vê (DAVIGLUS, 2005).

Para Mendes dos Santos (2007), a obesidade encontra-se diretamente relacionada com qualidade alimentar e os problemas de sobrepeso e obesidade vêm se tornando notícia freqüente, ocupando espaço em reportagens de revistas, jornais e especiais em programas de televisão.

O aumento dos índices de obesidade tem levado o Governo, através de Órgãos competentes, a analisar formas alternativas de controlar a situação através de projetos que visem à melhoria da qualidade alimentar.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa, de natureza quantitativa e nível descritivo foi realizada, em 2006, junto a respondentes da classe A e B (selecionados através do critério Brasil), por meio de um questionário composto por perguntas fechadas. As respostas ao instrumento de coleta de dados foram digitadas em uma planilha eletrônica e analisadas com o auxílio do software SPSS – *Statistical Package for the Social Science*, versão 13.0. Após a análise descritiva inicial, foi realizada uma série de testes de independência de variáveis, com base no qui-quadrado. As variáveis que levaram à rejeição da hipótese de independência foram selecionadas para a realização de uma análise de correspondência. A análise de correspondência, nas suas versões bivariada e multivariada, classifica-se no conjunto de técnicas associadas a mapas perceptuais. Estes mapas são definidos por Hair Jr. *et al.* (2006) como uma representação visual de percepções que um respondente tem sobre objetos em duas ou mais dimensões. Cada objeto então tem uma posição espacial no mapa perceptual, que reflete a similaridade ou preferência relativa a outros objetos, no que se refere às dimensões do mapa perceptual.

3 PRINCIPAIS RESULTADOS

3.1 Perfil da amostra:

A amostra apresentou o seguinte perfil: 63% de entrevistados eram do sexo masculino e 37 % do sexo feminino. Segundo a idade, 45% pertenciam à faixa etária 60-65 anos, 35% à faixa 66-70 anos, 14% à faixa 71-76 anos e 6% tinham mais de 76 anos. Quanto aos gastos com lazer, a distribuição foi a seguinte: até R\$100,00 (13%), entre R\$101,00 e R\$300,00 (48%), Entre R\$301,00 e R\$500,00 (24%), entre R\$501,00 e R\$1.000,00 (13%) e entre

R\$1.001,00 e R\$1.500,00 (1%). Do ponto de vista da renda, a amostra revelou que 4% dos entrevistados ganhavam até 1 salário mínimo, 60% ganhavam mais de 1 até 5 salários mínimos, 35 % ganhavam mais de 5 até 10 salários mínimos e 1% recebiam acima de 10 salários mínimos. Quanto ao estado civil: 73% eram casados, 2% eram solteiros, 18% eram viúvos e 7% eram separados/ divorciados; 95% declararam ter filhos. Quanto ao número de filhos, 45,5% tinham até 2 filhos e 49,2% tinham 3 ou mais filhos. Com relação ao grau de instrução, 65% dos respondentes tinham até ensino fundamental incompleto e 35% até fundamental completo ou mais. Dentre os respondentes, 7% moravam sozinhos, 86,3% moravam com marido/ esposa e/ ou filhos, 4% moravam com outros parentes e 2% moravam com outras pessoas.

3.2 Utilização de fumo e bebida

Perguntados sobre a utilização de produtos de tabacaria, 8% faziam uso dos produtos diariamente, 37% eventualmente e 55% não utilizavam. Quanto ao fato de apreciar/ degustar bebidas alcoólicas, 7,0% o faziam diariamente, 54% eventualmente e 39% declararam nunca utilizar bebidas alcoólicas; quanto à saúde, 57% revelaram ter muito boa saúde, 39% saúde regular e 3% informaram ter sérios problemas de saúde. Dentre os respondentes, 38,2% declararam estar acima ou bem acima do peso médio, 59% possuíam peso normal e 2% possuíam peso abaixo da média. Com relação ao consumo freqüente de fumo e álcool, 44% declararam não consumir ambos, 10% utilizavam bebidas alcoólicas, 29% fumavam e 15% bebiam e fumavam com freqüência.

3.3 Auto-classificação da saúde e do peso

Mais da metade da amostra (57%) classificou sua saúde entre ótima e boa, sendo que, 19% classificaram-na como ótima, 38% como boa. Para 40% dos respondentes a saúde é regular e para apenas 3% a saúde é ruim.

Com relação ao peso, 59% dos entrevistados consideram seu peso dentro da faixa de normalidade e 27%, acima da média.

3.4 A terceira idade e o sentir-se na terceira idade

O modo como os entrevistados descrevem a forma como vêm se sentindo nos últimos tempos, foi avaliada segundo uma escala adaptada de Burns, Lawlor e Craig (2004), incluindo 27 frases, para as quais se pedia para os entrevistados escolherem aquelas que melhor representassem seus sentimentos em relação à fase atual de vida. Inicialmente os resultados com relação a essa escala foram analisados descritivamente: 93% assinalaram 'está basicamente satisfeito com sua vida', 85% 'acha que é maravilhoso estar vivo', 82% 'gosta de levantar de manhã', 72% 'é fácil tomar decisões' e 70% 'sua mente continua tão clara quanto antes'.

Em um patamar inferior entre 40 e 60% de menções, aparecem as seguintes assertivas: 'sente-se cheio de energia' - 68%, 'fica feliz na maior parte do tempo' - 66%, 'fica bem-humorado na maior parte do tempo' - 61%, 'acha a vida excitante' - 55%, 'tem ficado chateado com alguns pensamentos' - 44%.

Finalmente com percentuais inferiores a 40%, a tabela traz as seguintes assertivas e respectivas porcentagens: 'tem medo que alguma coisa ruim lhe aconteça' - 35%, 'preocupa-se com o passado' - 27%, freqüentemente se preocupa com o futuro' -23%, 'é difícil começar novos projetos' -23%, 'prefere ficar em casa ao invés de sair' -22%, 'fica agitado freqüentemente' - 17%, 'tem dificuldade em se concentrar' -10%, 'prefere evitar encontros sociais' -9%, 'sente-se deprimido' -7%, 'sente que sua vida está vazia' - 7%, 'tem vontade de chorar freqüentemente' -6%, 'abandonou algumas de suas atividades' -6%, 'freqüentemente fica chateado' -5%, 'sente que tem mais problemas com sua mente' -4%,

´sente-se desvalorizado´-2%, ´sente que a situação não tem solução´-2%, ´acredita que os outros estão em melhor situação´-1%.

Tabela 1. Estado de espírito ou forma como se sente na terceira idade

Assertivas	%
Está basicamente satisfeito com sua vida	93
Acha que é maravilhoso estar vivo	85
Gosta de levantar de manhã	82
É fácil tomar decisões	72
Sua mente continua tão clara quanto antes	70
Sente-se cheio de energia	68
Fica feliz na maior parte do tempo	66
Fica bem-humorado na maior parte do tempo	61
Acha a vida excitante	55
Tem ficado chateado com alguns pensamentos	44
Tem medo que alguma coisa ruim lhe aconteça	35
Preocupa-se com o passado	27
Freqüentemente se preocupa com o futuro	23
É difícil começar novos projetos	23
Prefere ficar em casa ao invés de sair e	22
Fica agitado freqüentemente	17
Tem dificuldade em se concentrar	10
Prefere evitar encontros sociais	9
Sente-se deprimido	7
Sente que sua vida está vazia	7
Tem vontade de chorar freqüentemente	6
Abandonou algumas de suas atividades ou	6
Freqüentemente fica chateado	5
Sente que tem mais problemas com sua mente	4
Sente-se desvalorizado	2
Sente que a situação não tem solução	2
Acredita que os outros estão em melhor situação	1

Fonte: assertivas adaptadas de Burns, Lawlor e Craig (2004),

A partir dos resultados mostrados na tabela 1, foi utilizado critério adotado por Burns, Lawlor e Craig (2004, p. 3), que estabeleceram pontuações para respostas sim e não em cada assertiva. De acordo com esse critério, os entrevistados que obtiveram um total até 10 pontos foram denominados *ups* e os outros cujos pontos somaram mais de 11 pontos foram denominados *downs*. Com base no exposto, 462 pessoas (66%) foram classificadas como *ups* e 238 (34%) como *downs*.

3.5 Utilização de fumo e bebida

Após a análise descritiva inicial, foi realizada uma série de testes de independência de variáveis, com base no qui-quadrado, para o cruzamento das variáveis presentes no estudo com a classificação *up* e *down*. As hipóteses testadas seguiram o modelo indicado abaixo, tendo sido adaptadas a cada caso:

$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \text{a variável em estudo é independente da classificação } up \text{ e } down \\ H_a: \text{existe uma relação de dependência entre a variável em estudo e a} \\ \text{classificação } up \text{ e } down \end{array} \right.$

A tabela que segue apresenta o resumo dos testes do qui-quadrado:

Tabela 2. Resumo dos testes do qui-quadrado:

Variável	Casos válidos	Qui-quadrado	Significância	Decisão
Sexo	700	15,1	0,000	Rejeitar Ho
Idade	682	21,9	0,000	Rejeitar Ho
Escolaridade	688	20,2	0,000	Rejeitar Ho
Com quem mora	700	5,4	0,108	Não rejeitar Ho
Estado civil	695	28,5	0,000	Rejeitar Ho
Número de filhos	695	10,6	0,005	Rejeitar Ho
Utilizar produtos de tabacaria	699	54,7	0,000	Rejeitar Ho
Apreciar/degustar bebidas alcoólicas	699	10,32	0,006	Rejeitar Ho
Saúde	698	55,2	0,000	Rejeitar Ho
Peso	696	39,2	0,000	Rejeitar Ho
Fumar e beber frequentemente	700	101,4	0,000	Rejeitar Ho

Com base na tabela apresentada, é possível admitir que apenas a variável “com quem mora” é independente da classificação *up* e *down*, sendo as demais variáveis dependentes dessa classificação.

As variáveis que levaram à rejeição da hipótese de independência foram selecionadas para a realização de uma análise de correspondência. A análise de correspondência, nas suas versões bivariada e multivariada, classifica-se no conjunto de técnicas associadas a mapas perceptuais. Estes mapas são definidos por Hair Jr. *et al.* (2006) como uma representação visual de percepções que um respondente tem sobre objetos em duas ou mais dimensões. Cada objeto então tem uma posição espacial no mapa perceptual, que reflete a similaridade ou preferência relativa a outros objetos, no que se refere às dimensões do mapa perceptual.

Na sua forma mais simples (bivariada), a análise de correspondência permite que o pesquisador visualize, como em um mapa, as proximidades/distâncias e as relações entre estímulos (linhas e colunas) de uma tabela de contingência em duas ou mais dimensões (BENZÉCRI *et al.*, apud CARVALHO, M.; STRUCHINER, 1992).

Com base nas informações fornecidas pela análise de correspondência, verificou-se que as duas primeiras dimensões explicam 63,5% (0,351 + 0,284) da variação total dos dados. Considerando-se que este grau de explicação pode ser admitido como bom, foi sobre essas duas dimensões que se conduziu a análise das medidas de discriminação. Observe-se que a inclusão de uma terceira dimensão poderia agregar maior poder de explicação ao modelo; entretanto o ganho adicional não compensaria a dificuldade de interpretação dos dados gerada pela inclusão de uma terceira dimensão.

Segundo Pestana e Gageiro (2003), as medidas de discriminação informam sobre as variáveis que mais contribuem para a definição de cada uma das dimensões, sendo, portanto, as mais relevantes em termos de interpretação gráfica. As medidas de discriminação variam entre zero e 1, assumindo valor 1 quando a discriminação é perfeita. O que segue apresenta uma representação espacial do poder de discriminação das variáveis em estudo. As variáveis com maior poder de discriminação são aquelas que estão mais afastadas da origem do gráfico.

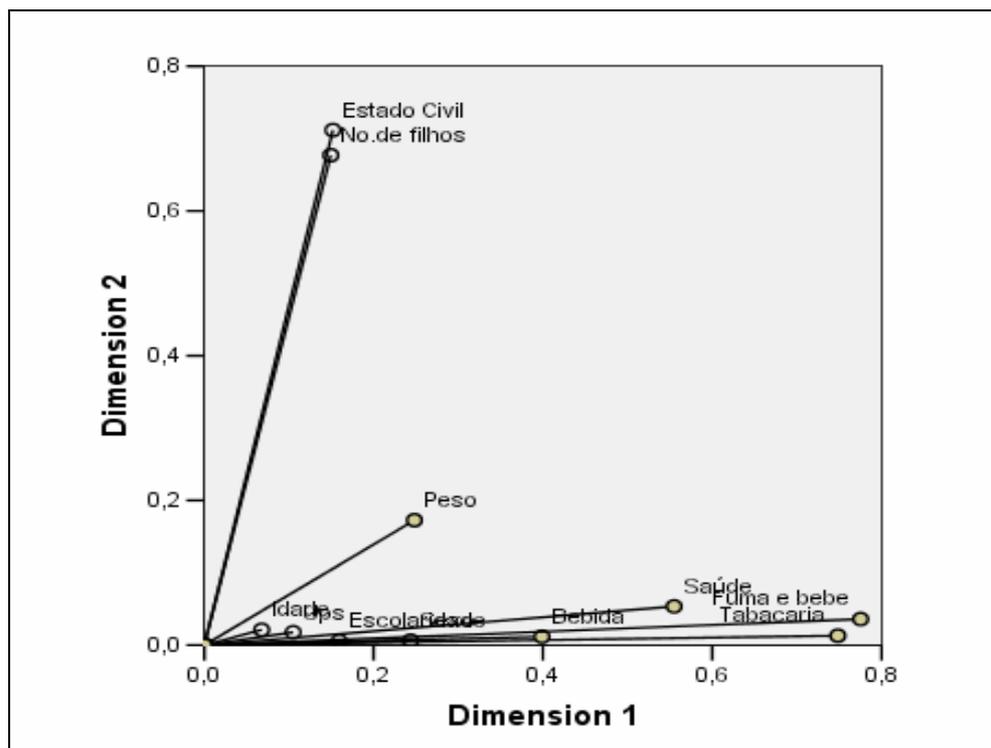


Gráfico 1. Medidas de discriminação

Na tabela que segue, as variáveis representadas em negrito são as que mais contribuem para a definição de cada uma das dimensões.

Tabela 3. Medidas de discriminação

Variáveis	Dimensão	
	1	2
Sexo	,244	,006
Idade	,068	,021
Escolaridade	,159	,006
Estado Civil	,152	,712
Número de filhos	,149	,677
Ups	,105	,018
Tabagismo	,748	,013
Bebida	,399	,012
Saúde	,555	,054
Peso	,248	,173
Fuma e Bebe	,775	,036
Total	11,228	5,898

Na dimensão 1, as variáveis com maior poder de discriminação são: variável Tabagismo, variável Fuma e Bebe e a variável Saúde. Na dimensão 2 as variáveis que melhor discriminam são Estado Civil e Número de Filhos. O Alpha de Cronbach para a dimensão 1 é igual a 0,940, o eigenvalue 11,228 e a inércia 0,351. O Alpha de Cronbach para a dimensão 2 é igual a 0,857, o eigenvalue 5,898 e a inércia 0,284. A inércia total é 0,635, indicando que as dimensões 1 e 2 são capazes de explicar 63,5% da variação total dos dados.

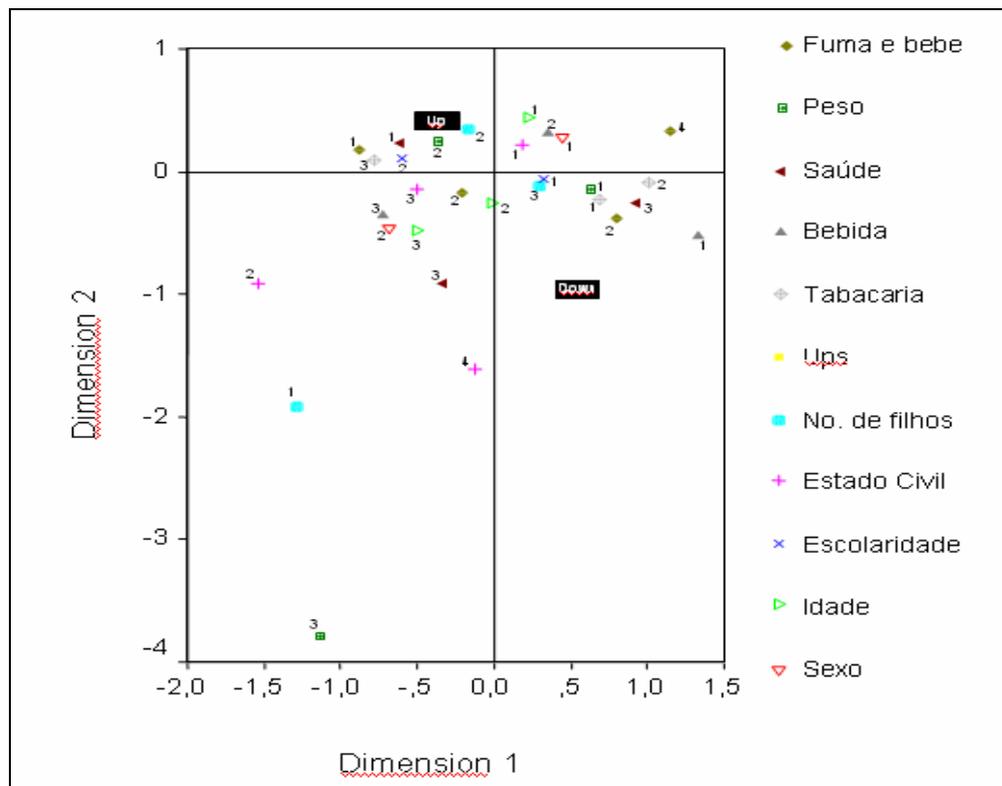


Gráfico 2. Cruzamento das variáveis

Fazendo uma análise detalhada e aprofundada do mapa perceptual, e cruzando essas informações com as estatísticas descritivas realizadas anteriormente para a classificação *up* e *down* dos respondentes, pode-se observar que os respondentes que são classificados como *ups* não fumam, bebem eventualmente, possuem uma saúde muito boa, possuem peso normal, possuem idade entre 60 e 65 anos, possuem ginásio completo ou mais anos de estudo, são do sexo masculino, casados ou viúvos e possuem até 2 filhos. Já os respondentes classificados como *downs* fumam diariamente, bebem diariamente, possuem problemas de saúde, estão com o peso acima da média ou abaixo dela, associam com frequência cigarro e fumo, possuem idade entre 66 e 70 anos, possuem até ginásio incompleto, são do sexo feminino, separadas ou divorciadas e possuem 3 filhos ou mais.

Assim, pode-se concluir que a forma como se sentem pode se constituir em variável interessante para se entender os comportamentos da terceira idade, já que o estudo mostra que aqueles de bem com a vida têm hábitos mais saudáveis, bebendo e fumando menos, além de provavelmente cuidarem melhor de sua saúde e peso.

CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES:

A revisão da bibliografia revela que na história da humanidade, o consumo de drogas esteve sempre presente assumindo características diferentes, de acordo com cada cultura, porém as funções lúdica e ritualista, são comuns por facilitar a inserção grupal e intensificar sentimentos de pertencimento e comunhão com as demais pessoas. Esses sentimentos favorecem o combate às sensações de angústia, abandono, solidão e proporcionam um momento de esquecimento ou suspensão das ansiedades e incertezas de um mundo diferente e ameaçador (SOUZA, 2006).

Na estrutura da representação social do cigarro para os fumantes, a categoria prazer emerge como elemento central e tal sensação faz com que fumar seja representado como um controle da ansiedade, da depressão, das desilusões, que estão representadas na categoria nervosismo, que aparece no sistema periférico para os fumantes (SOUZA, 2006).

Outra função primordial do uso de substâncias psicoativas na sociedade é, antes do obter o prazer, evitar o pensar. O não pensar pode ser traduzido em não sofrer, em não sentir a dor que acompanha a existência. À medida que estreita a relação com a droga, a pessoa mais se distancia do sofrimento: próprio e do outro – a ponto de pouco sentir em relação a si mesmo e aos acontecimentos à sua volta (ZAGO; BUCHER apud SILVA, 2005).

Assim, considerando os resultados que permitem admitir que os respondentes considerados de bem com a vida (*ups*) não fumam e consomem álcool eventualmente, o presente artigo busca contribuir para se entender melhor não só esse segmento como também fornecer algum tipo de subsídio para futuras campanhas. As principais limitações residem na escolha da amostra não probabilística por conveniência, o que não permite generalizações para o universo.

Pode-se dizer que os objetivos do estudo foram atingidos porque os resultados se mostraram coerentes com aqueles encontrados no referencial teórico e, como sugestões para próximos estudos, pode-se considerar o aprofundamento destas questões como também novas pesquisas em outras regiões do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA ESTADO, Pesquisa revela que fuma mais quem estuda menos. Disponível em <http://www.estadao.com.br/saude/noticias/materias/2007>. Acesso: jun 2007.
- BACHA, M.L.; STREHLAU, V.I. e PEREZ, G. A Compreensão do significado do termo terceira idade pela terceira idade em São Paulo. In: Encontro de Marketing da Anpad, 2, 2006. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: EMA, 2006.
- BARENGO, N. *et al*, Changes in smoking prevalence among Finnish physicians 1990-2001, **European Journal of Public Health**. Oxford, vol. 14, num. 2; pág. 201, jun 2004.
- BRUSCATO, N. **Ingestão Dietética E A Sua Relação Com O Risco Para Síndrome Metabólica Em Idosos**. Porto Alegre: PUC, 2006.
- CARVALHO, M.; STRUCHINER, C. J. Correspondence Analysis: An Application of the
- CORREIA, K.; MAZZINI, L, Novas regras para a propaganda de bebidas. **GAZETA Mercantil**. Disponível em <http://www.gazetamercantil.com.br>. Acesso: 01 de jun 2007.
- COSTA, R. País ainda resiste a restringir o fumo, Portal ESTADÃO, 11 abr de 2005, **VIDA &**. Disponível em <http://www.estadao.com.br/saude/noticias/materias/2005/abril11/05.htm>. Acesso: 02 de jun 2007.
- DAVIGLUS, M. Health Care Costs In Old Age Are Related To Overweight And Obesity Earlier In Life, **Health Affairs**. Chevy Chase: 2005. Vol. 24; pág. R97 (4 páginas)
- FERREIRA, C. **Sintomas da menopausa em mulheres infectadas pelo HIV : prevalência e fatores associados**. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2006.
- FIGLIOLIA, S. **Perfil do usuário de tabaco sem fumaça**. Dissertação de Mestrado. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, 2001.
- FRANCISCO, P. **Fatores associados a vacinação contra influenza e doença pulmonar em idosos**. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas . Faculdade de Ciências Médicas, 2006.
- GILMORE, A. *et al*. Prevalence of Smoking in Countries of the Former Soviet Union: Results From the Living Conditions, Lifestyles and Health Study. **American Journal of Public Health**. Washington, vol. 94, num. 12; pág. 2177, dec 2004.
- HAIR, R. *et al.*, **Análise Multivariada de dados**, 5ª. Ed., Porto Alegre: Bookman, 2006.

HAVEMAN-NIES, A. et al, Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA Study **American Journal of Public Health**. Washington, vol. 93, Num. 2; pág. 318, feb 2003.

IRIGARAY, T. **Dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosos da universidade para a terceira idade** (UNITI/UFRGS), Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

ISHIZUKA, M. **Avaliação e Comparação dos Fatores Intrínsecos e os Riscos de Quedas Ee Idosos com Diferentes Estados Funcionais**, São Paulo: Universidade Estadual De Campinas, Programa De Pós Graduação em Gerontologia, 2003

JANNUS-PRULJAN, L. *et al.* Postal survey on asthma, chronic bronchitis and respiratory symptoms among adult Estonians and non-Estonians (FinEsS-study), **European Journal of Public Health**. Oxford. vol. 14, num. 2; pág. 114, jun 2004.

KÜMPEL, C. **Aspectos clínicos sociais relacionados a tabagista idosos assistido pelo programa de saúde da família**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.

LADEIRA, R, GUEDES, É.; BRUNI, A. Um Estudo do Comportamento do Consumidor Soteropolitano de Terceira Idade em Relação ao Entretenimento e Lazer com Ênfase no Turismo. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM, ADMINISTRAÇÃO, 27º, 2003, Atibaia. **Anais...** São Paulo: EnANPAD, 2003.

LAMERS, F. Correlação entre o índice de dependência de nicotina e lesões de mucosa oral nos índios Guarani Kaiowá/Nandeva. Brasília: Universidade de Brasília, 2007.

MARQUES, **E Estudo da prevalência do uso de tabaco num município com características rurais no estado de São Paulo**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina USP de Ribeirão Preto, 2002.

MCDOWELL-LARSEN, S; KEARNEY, L; CAMPBELL, D.. Fitness and leadership: Is there a relationship? Regular exercise correlates with higher leadership ratings in senior-level executives, **Journal of Managerial Psychology**. Bradford, vol. 17, num. 4; pág. 316, 2002.

MENDES DOS SANTOS, A. **Sociedade do consumo : criança e propaganda, uma relação que dá peso**, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

MENDOZA, A. Z. **O uso de álcool na adolescência, uma expressão de masculinidade** Tese de doutorado. São Paulo: Unidade Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

Method to the Evaluation of Vaccination Services. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, 8 (3): 287-301, jul/set, 1992.

MONTEIRO, P.; VEIGA, R. Intenção de Parar de Fumar: Comparação entre Homens e Mulheres segundo a Teoria do Comportamento Planejado, **Anais eletrônicos 30º EnANPAD**, Salvador, 2006.

MOREIRA, M. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

MORIKAWA, Y. *et al.* A comparison of socio-economic differences in long-term sickness absence in a Japanese cohort and a British cohort of employed men, **European Journal of Public Health**. Oxford, vol. 14, Num. 4; pág. 413, dec 2004.

MOWEN, J.; MINOR, M. **Comportamento do consumidor**. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

NOVAES, W. As estatísticas nos comoverão? Portal **ESTADÃO**. Disponível em <http://txt.estado.com.br/editorias/2006/08/18/> Acesso: jun 2007.

OLIVEIRA, M. **Estudo comparativo do perfil lipídico e de marcadores inflamatórios em pacientes com angina estável e síndrome coronariana aguda**. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

PESTANA, M; GAGEIRO, J. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**, 2^a. Ed., Lisboa: Silabo, 2000.

PIRES, C. **Uso do Tabaco e do Álcool por estudantes, adolescentes de escolas pública e particular de Teresina-Piauí**, Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2002.

RASKIN, D. **Menopausa e fatores de risco associados a doença cardiovascular : um estudo de coorte longitudinal**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2005.

SAMPAIO, P. **Avaliação da osteoporose em mulheres idosas pelo DXA e pelos questionários do EVOS e de AIVD**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2006.

SBORGIA, R. **Tabagismo: uma busca da subjetividade no uso da droga permitida**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Unidade Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), 2006.

SHERMAN, E. e SCHIFFMAN, L.G.. Quality assessment of older consumers: a retrospective review. **Journal of Business and Psychology**, vol. 6, pp. 107-119, fall, 1991.

SILVA, C. **O processo de cessação do fumar na perspectiva de ex-fumantes**. Dissertação de Mestrado. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2005.

SILVA, V. Um estudo sobre os aspectos simbólicos da comida em idosos com restrições alimentares , Brasília, Universidade Católica de Brasília , 2006.

SOLHA, R. **Perfil de gestantes usuárias de serviço de pré-natal público em relação ao uso de tabaco: bases para uma pratica de saúde coletiva**. São Paul.o: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 2003.

SOUZA, D. **Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social**. Dissertação de Mestrado. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.

SPITZ, M. **Mutações da glicocerebrosidade em pacientes com doença de Parkinson**, Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina (FM), 2006.

STUART-HAMILTON, I. **Psicologia do Envelhecimento: Uma Introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2002

TAYLOR, A.; LANGDON, M; CAMPION, P.. Smuggled tobacco, deprivation and addiction, **European Journal of Public Health**. Oxford. vol. 15, num. 4; p.. 399, aug 2005.

URRUTIA, I. *et al.* Smoking habit, respiratory symptoms and lung function in young adults, **European Journal of Public Health**. Oxford, vol. 15, num. 2; p.160, apr 2005.

VAN LOON, J. et al, Determinants of smoking status: cross-sectional data on smoking initiation and cessation, **European Journal of Public Health**. Oxford, vol. 15, num. 3; p. 256, jun 2005.

WILLEMSSEN, M.. The new EU cigarette health warnings benefit smokers who want to quit the habit: results from the Dutch Continuous Survey of Smoking Habits. **European Journal of Public Health**. Oxford, vol. 15, num. 4; p. 389, aug 2005.

Sites consultados:

ONU, disponível em www.onu.org; Acesso: junho de 2007.

IBGE, Estatísticas populacionais, sociais, políticas e culturais, disponível em <http://www.ibge.gov.br/>, Acesso: junho de 2007.

OCDE. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico disponível em <http://www.icp.pt/template15.jsp?categoryId=110000>, Acesso: jun 2007.