

# CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA E TABAGISMO EM HOMENS HIPERTENSOS

---

## ALCOHOL CONSUMPTION AND SMOKING AMONG HYPERTENSIVE MEN

---

### CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y TABACO EN HOMBRES HIPERTENSOS

Fernanda Carneiro Mussi<sup>1</sup>  
Pollyana Pereira Portela<sup>2</sup>  
Larissa Emily Santos Barretto<sup>3</sup>  
Glicia Gleide Gonçalves Gama<sup>4</sup>  
Andreia Santos Mendes<sup>5</sup>  
Tássia Teles de Santana Macêdo<sup>6</sup>

**Como citar este artigo:** Mussi FC, Portela PP, Barretto LES, Gama GGG, Mendes AS, Macêdo TTS. Consumo de bebida alcoólica e tabagismo em homens hipertensos. Rev baiana enferm 2018;32:e20383.

**Objetivo:** caracterizar o consumo de bebida alcoólica e tabagismo em homens hipertensos. **Método:** trata-se de estudo transversal, com amostra de conveniência, sendo 130 homens entrevistados. Dados analisados em percentuais, médias e desvio padrão. **Resultados:** a média de idade foi de 58,32 (dp=9,99). Predominaram casados, negros, baixa classe socioeconômica, ensino fundamental completo/incompleto, ativos profissionalmente. Observou-se que 37,7% eram fumantes passivos, 34,6% ex-tabagistas e 7,7% fumavam, predominando o uso de cigarro. Consumiam bebida alcoólica 52,3% dos homens, os demais nunca consumiram (18,5%) ou haviam parado (29,2%). Maior proporção consumia cerveja, bebidas destiladas e vinho, sendo o uso maior no final de semana (cerveja 32,4% vs 94,15; destilada 13,2% vs 22,0% e vinho 10,3% vs 17,6%) e excessivo para 67,6% dos homens. **Conclusão:** houve proporção elevada de fumantes passivos e consumo excessivo de álcool no final de semana. Uma proposta terapêutica compartilhada deve combater esses fatores de risco junto aos homens.

**Descritores:** Hipertensão. Saúde do homem. Fatores de risco. Abuso de álcool. Tabagismo.

*Objective: to characterize alcohol consumption and smoking among hypertensive men. Method: cross-sectional study, with a convenience sample, involving interviews with 130 men. Data were analyzed in percentage, mean and standard deviation values. Results: mean age was 58.32 (SD=9.99). There was a predominance of married men, blacks, from low socioeconomic classes, with complete or incomplete primary education, who were active professionally. It was noted that 37.7% were passive smokers, 34.6% were former smokers and 7.7% were smokers.*

---

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associada III da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Coordenadora do Núcleo de Apoio à Pesquisa, Extensão, Criação e Inovação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora de Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - 2012-2013 e 2015, Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem. Professora auxiliar da Universidade Estadual de Feira de Santana. Membro do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. pollyana.pportela@gmail.com

<sup>3</sup> Graduada em Enfermagem na Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Assistente II da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Enfermeira da Comissão de Educação Permanente em Enfermagem do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos. Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>5</sup> Mestre em Enfermagem. Pesquisadora do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular. Enfermeira Assistencial do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - Unidade de Cirurgia Torácica e Cardiovascular. Integrante da Comissão de Educação Permanente em Enfermagem do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos. Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>6</sup> Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Membro do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular da Universidade Federal da Bahia. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.

*primarily of cigarettes. A total of 52.3% of the men consumed alcoholic beverages, 18.5% never consumed them and 29.2% had stopped drinking. A larger proportion of men consumed beer, distilled beverages and wine, with higher use on weekends (beer 32.4% versus 94.15%; distilled 13.2% versus 22% and 10.3% versus 17.6%) and excessive consumption in the case of 67.6% of the men. Conclusion: there was a high proportion of passive smokers and excessive alcohol consumption on weekends. A shared therapeutic proposal should be adopted to combat these risk factors in men.*

*Descriptors: Hypertension; Men's health; Risk factors; Alcoholism; Tobacco use disorder.*

*Objetivo: caracterizar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaquismo en hombres hipertensos. Método: estudio transversal, con muestra de conveniencia, siendo 130 hombres entrevistados. Datos analizados en porcentajes, medias y desviación estándar. Resultados: el promedio de edad fue 58,32 (dp=9,99). Predominaron casados, negros, baja clase socioeconómica, enseñanza fundamental completa/incompleta, activos profesionalmente. Se observó que 37,7% eran fumadores pasivos, 34,6% ex tabaquistas y 7,7% fumaban, predominando el uso de cigarrillo. Consumían bebidas alcohólicas 52,3% de los hombres, los demás nunca consumieron (18,5%) o habían parado (29,2%). Mayor proporción consumía cerveza, bebidas destiladas y vino, siendo el uso mayor al final de semana (cerveza 32,4% vs 94,15, destilada 13,2% vs 22,0% y vino 10,3% vs 17,6%) y excesivo para 67,6% de los hombres. Conclusión: hubo elevada proporción de fumadores pasivos y consumo excesivo de alcohol al final de semana. Propuesta terapéutica compartida debe combatir estos factores de riesgo junto a los hombres.*

*Descriptores: Hipertensión. Salud del hombre. Factores de riesgo. Alcoholismo. Tabaquismo.*

## Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Relaciona-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, gerando maior risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais<sup>(1)</sup>. Como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% por doença arterial coronariana<sup>(2-3)</sup>.

É um fenômeno ascendente, cada vez mais precoce, e que se constitui em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo<sup>(3)</sup>. Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam que as doenças e agravos crônicos não transmissíveis são responsáveis por 58,8% de todas as mortes e por 45,9% da carga total global de doenças expressa por anos perdidos de vida saudável<sup>(4)</sup>, incluindo-se entre elas a HAS.

Mundialmente, é uma doença de alta prevalência. Pesquisa nacional de saúde brasileira, identificou uma prevalência de HAS autorreferida de 21,4%<sup>(2)</sup>. O National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) constatou um

aumento na prevalência de HAS em indivíduos com idade acima de 40 anos, do sexo masculino e da raça negra<sup>(5)</sup>.

A evolução clínica da doença é lenta e, quando não tratada adequadamente, traz complicações graves, temporárias ou permanentes<sup>(6)</sup>. Além disso, a sua característica silenciosa pode dificultar a percepção dos sujeitos sobre a sua gravidade e a sua aparente invisibilidade pode retardar o diagnóstico e comprometer a qualidade de vida.

O desenvolvimento da HAS reflete uma interação complexa e dinâmica entre fatores causais, sendo definida como uma doença multifatorial, que pode ser desencadeada de forma isolada ou associada ao agravamento de outras doenças<sup>(7)</sup>.

Existem múltiplos fatores de risco associados à doença, classificados em não modificáveis (idade, gênero, genética e raça/cor) e modificáveis (sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, excesso de peso, obesidade e consumo excessivo de sódio)<sup>(1-2)</sup>. Dentre os fatores comportamentais relacionados à hipertensão e à gênese de outras doenças crônicas, como aterosclerose, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, enfisema pulmonar,

coronariopatias e vários tipos de câncer<sup>(4)</sup>, destaca-se o tabagismo, que consiste na principal causa de morte evitável em todo o mundo, respondendo atualmente por 4 milhões de óbitos anuais, podendo chegar, em 2030, a 10 milhões de mortes. É considerado um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, que é a causa de morte mais comum entre fumantes<sup>(8)</sup>.

Pesquisas apontam que 47% da população masculina e 12% da feminina mundial fumam<sup>(8)</sup>. Com base na pesquisa especial de tabagismo, estimou-se que havia no Brasil, em 2008, 24,6 milhões de fumantes na população de 15 anos ou mais de idade (17,2%). A prevalência entre os homens foi de 21,6%, o que correspondeu a 14,8 milhões deles e, entre as mulheres, foi de 13,1%, o que correspondeu a 9,8 milhões de casos<sup>(9)</sup>.

O ato de fumar induz a vasoconstrição das artérias coronárias e afeta a propriedade elástica destas<sup>(10)</sup>. Tem como consequência o aumento de epinefrina e noroepinefrina plasmática, caracterizando resposta adrenérgica que explica alterações da pressão arterial e frequência cardíaca elevada<sup>(8)</sup>.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas está associado linearmente com o aumento da pressão arterial, bem como com o risco de doença cardiovascular<sup>(11-12)</sup>. Quando analisada a idade, observa-se que o efeito do consumo excessivo de álcool sobre a pressão arterial é mais proeminente nos idosos do que nos jovens<sup>(12)</sup>. Com relação à quantidade ingerida, ocorre uma elevação da pressão arterial média entre os indivíduos que consomem bebida alcoólica de forma moderada a intensa<sup>(12)</sup>. Desta forma é recomendado para os homens não ultrapassar a quantidade de 30 ml de etanol por dia, equivalendo a 90 ml de destilado, ou 300 ml de vinho, ou 720 ml de cerveja e, para as mulheres, 15 ml de etanol por dia<sup>(1,8)</sup>.

O consumo excessivo de bebida alcoólica tem demonstrado íntima ligação com a hipertensão arterial, pois o aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial de modo lento e progressivo. Estudo demonstra que, em mulheres, ocorreu efeito protetor, com dose

inferior a 10 g de álcool/dia e risco de HAS com consumo de 30-40 g de álcool/dia; já em homens, o risco aumentado de HAS tornou-se consistente a partir de 31 g de álcool/dia<sup>(13)</sup>.

Conforme exposto, a prevalência de consumo de tabaco e bebida alcóolica é maior em homens, tornando esse grupo social mais exposto às consequências desses hábitos. Portanto, deve ser alvo de medidas de prevenção e controle que considerem as particularidades de gênero. Os homens cuidam pouco de sua saúde e só procuram ajuda quando os problemas se agravam, habitualmente, quando estão interferindo em sua qualidade de vida<sup>(14)</sup>.

Os homens têm dificuldade de reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento de invulnerabilidade ao adoecimento<sup>(9)</sup>. O descaso com a própria saúde torna-os mais vulneráveis às doenças. Logo, costumam morrer mais precocemente, tendo como influência determinados modelos de masculinidade que podem trazer comprometimento à saúde<sup>(15)</sup>. Uma das maiores preocupações em relação à saúde do homem é a pouca procura aos centros de saúde. A doença pode ser considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, pois têm medo que os médicos descubram que há algo de errado com sua saúde, pondo em risco a sua invulnerabilidade<sup>(9)</sup>.

A resistência masculina ao cuidado à saúde traz consequências, como a sobrecarga financeira para a sociedade, o sofrimento físico e emocional de si próprio e de sua família na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida<sup>(9)</sup>. Portanto, torna-se importante a reflexão, implementação e avaliação de práticas de cuidar interdisciplinares, que visem mudança de hábitos de vida e melhor controle da HAS nesse grupo populacional. Essas práticas devem ser direcionadas pela avaliação dos fatores de risco.

Com base no exposto, definiu-se como objeto de estudo “consumo de bebida alcoólica e tabagismo em homens hipertensos”. E como questão de pesquisa: Como se caracteriza o consumo de bebida alcoólica e tabagismo em homens hipertensos?

Constituiu-se, portanto, como objetivo do estudo: caracterizar o consumo de bebida alcoólica e tabagismo em homens hipertensos.

A investigação traz o diagnóstico do consumo de tabaco e de bebida alcoólica em homens hipertensos, podendo direcionar as medidas de prevenção e controle. Traçar o perfil desse consumo colabora para a definição de práticas de cuidar em saúde voltadas para a mudança no estilo de vida e a promoção da qualidade de vida nesse público alvo.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, sendo um recorte de um projeto matriz intitulado “Efetividade de um Programa de Educação em Saúde no Controle da Pressão Arterial de Homens”.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Referência para Doenças Cardiovasculares, onde funciona o Núcleo de Saúde do Homem, o qual é referência para o atendimento da população masculina, no município de Salvador (BA) e atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com hipertensão arterial.

Durante a coleta de dados, no primeiro atendimento, os homens passavam por uma triagem inicial com o enfermeiro responsável, sendo questionados sobre os fatores de risco cardiovascular, função erétil e sintomas prostáticos. Na sequência, eram cadastrados no Programa e encaminhados para atendimento clínico e exames laboratoriais. Posteriormente, seguiam para atendimentos especializados com profissionais das áreas de urologia, cardiologia, endocrinologia, psicologia e nutrição, de acordo com a necessidade de cada um. Os retornos desses homens eram agendados previamente e correspondiam a consultas sequenciais com enfermeiros do programa e o médico da especialidade.

Nas consultas subseqüentes à triagem, os enfermeiros davam ênfase às orientações sobre medicações em uso e realização de exames específicos, agendavam o retorno dos homens e verificavam a pressão arterial e a glicemia capilar. Além disso, nesse encontro, informavam

o cronograma de atividades de educação em saúde voltado a esse grupo.

O atendimento aos homens ocorria nos turnos matutino e vespertino e, sempre que possível, era oferecido um terceiro turno, das 17:00 h às 19:00 h, para favorecer o acesso e a continuidade do tratamento.

Neste estudo, utilizou-se uma amostra não probabilística, de conveniência, levando em consideração a demanda do serviço. Formou-se, em um período de seis meses, um grupo de 130 homens, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do projeto matriz. Como critérios de inclusão, adotou-se: adultos, com idade acima de 20 anos (idade mínima para ingressar no programa Saúde do Homem), conscientes, orientados no tempo e no espaço, matriculados no centro de referência e acompanhados no Programa de Saúde do Homem, com diagnóstico médico Hipertensão Arterial Sistêmica (CID – I10/I15). Foram excluídos aqueles com limitação física para mensuração das medidas antropométricas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 3/4/2013, Parecer número 268.722. A pesquisa respeitou os princípios éticos de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Após as orientações e os esclarecimentos sobre o estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foram utilizadas duas partes do instrumento do projeto matriz. Parte I – Dados de caracterização sociodemográfica: incluiu questões fechadas sobre idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, situação laboral, renda familiar mensal, responsável pela família, classe social de acordo com a Associação Brasileira de Pesquisa e procedência. Parte II – Consumo de bebida alcoólica e tabagismo, constituída por questões fechadas relacionadas ao tabagismo, as quais levantaram informações sobre tabagismo atual ou progresso, tempo de tabagismo, o que fuma, qual

a quantidade e convívio com pessoas com esse hábito. Relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas, as perguntas fechadas focaram o uso atual ou progresso de bebida alcoólica, o tempo de consumo, o tipo de bebida, a quantidade ingerida durante a semana e no final de semana, tentativas de abandono do álcool e dificuldades enfrentadas.

Os instrumentos de coleta de dados foram testados na rotina de atendimento do lócus de estudo. Após um pré-teste, constatou-se a necessidade de adequação na linguagem de algumas questões. Para garantir a padronização dos procedimentos adotados durante a coleta de dados no trabalho de campo, os pesquisadores envolvidos foram previamente treinados. Após a confirmação do diagnóstico médico de HAS no prontuário e identificação dos demais critérios de inclusão dos homens, esses foram abordados na sala de espera, antes ou após a consulta médica, e recebidos em sala privativa. Após aquiescência ao estudo e assinatura do TCLE foi iniciada a aplicação dos instrumentos mediante entrevista. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2013 a julho de 2014.

Os dados registrados e codificados nos formulários constituíram um banco de dados no

programa estatístico SPSS 18.0 for Windows. Os resultados foram analisados em números absolutos, percentuais, médias e desvio padrão e apresentados em tabelas.

## Resultados

Os 130 homens tinham média de idade de 58,32 (dp = 9,99) e foram predominantemente caracterizados pela faixa etária de 28 a 50,9 anos (56,1%), raça/cor autodeclarada negra (89,2%), situação conjugal com companheira/união estável (75,3%), renda familiar mensal de até 2 salários mínimos (64,6%), classe socioeconômica C1-C2 (66,9%), escolaridade equivalente ao curso fundamental completo/incompleto (50,7%) e situação laboral ativa (60,0%). Constatou-se que 94,6% dos homens eram os responsáveis pela família e 72,3% possuíam de uma a três pessoas como dependentes.

Quanto ao tabagismo 34,6% dos homens eram ex-fumantes e 7,7% fumantes, predominando para ambos os grupos o consumo de cigarro (96,4%) e quantidade de 1 a 10 cigarros por dia (56,4%) (Tabela 1). A média do tempo de fumo para os tabagistas foi de 2,7 anos (dp = 10) e a média de tempo em abstenção para os ex-tabagistas foi de 7,1 anos (dp = 11,6).

**Tabela 1** – Características do consumo de tabaco segundo homens hipertensos. Salvador, Bahia, Brasil, 2015. (N=130)

| <b>Características do consumo</b>            | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Fumante (n=130)</b>                       |          |          |
| Sim  | 10       | 7,7      |
| Não  | 75       | 57,7     |
| Parou  | 45       | 34,6     |
| <b>O que fuma/fumou (n= 55)</b>              |          |          |
| Cigarro                                      | 53       | 96,4     |
| Charuto                                      | 01       | 1,8      |
| Cigarro e Charuto                            | 01       | 1,8      |
| <b>Quantidade de cigarro por dia (n= 55)</b> |          |          |
| 1 a 10                                       | 31       | 56,4     |
| 15 a 40                                      | 23       | 41,8     |
| Maior que 100                                | 1        | 1,8      |
| <b>Fumante passivo (n=130)</b>               |          |          |
| Sim  | 49       | 37,7     |
| Não  | 81       | 62,3     |

Fonte: Elaboração própria.

Consumiam bebida alcoólica 52,3% dos homens. Os demais nunca consumiram (18,5%) ou haviam parado (29,2%). O tempo médio de consumo para os homens que usavam atualmente a bebida alcoólica foi de 29,2 anos (dp = 16,1) e o tempo médio para os abstêmios foi de 3,7 anos (dp = 7,6).

A maioria dos consumidores de bebida alcoólica durante a semana faziam uso da cerveja (45,6%), cuja quantidade predominante foi de duas ou mais doses (32,4%). A segunda bebida mais consumida durante a semana foi a destilada (13,2%), na quantidade de 40 ml para 8,8%. Por fim, ainda durante a semana, havia consumo de vinho por 10,3% dos homens, cuja dose de maior uso foi uma taça.

Os tipos de bebida consumidos durante a semana foram os mesmos usados no final de

semana. Todavia, houve aumento na proporção de homens que consumiam essas bebidas no final de semana (cerveja 32,4% vs 94,15%; destilados 13,2% vs 22,0% e vinho 10,3% vs 17,6%). Além disso, houve aumento na proporção de homens que consumiam maior quantidade dessas bebidas no final de semana, sobretudo cerveja.

Tais evidências expressaram o predomínio do consumo de bebida alcoólica não excessivo durante a semana (82,4%) e uma proporção desse consumo, aproximadamente 4 vezes maior no final de semana (67,6%), caracterizando consumo excessivo. Apesar da consumação expressiva de bebidas alcoólicas, 45,3% dos homens tentaram parar de beber. Destes 79,6% relataram não enfrentar dificuldades (Tabela 2).

**Tabela 2** – Características do consumo de bebida alcoólica segundo homens hipertensos. Salvador, Bahia, Brasil, 2015. (N=130) (continua)

| <b>Características do consumo</b>                        | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Uso de bebida alcoólica (n=130)</b>                   |          |          |
| Sim  | 68       | 52,3     |
| Não  | 24       | 18,5     |
| Parou  | 38       | 29,2     |
| <b>Consumo durante a semana (n = 68)</b>                 |          |          |
| Não excessivo  | 56       | 82,4     |
| Excessivo  | 12       | 17,6     |
| <b>Consumo durante o final de semana (n=68)</b>          |          |          |
| Não excessivo  | 22       | 32,4     |
| Excessivo  | 46       | 67,6     |
| <b>Quantidade de cerveja na semana (n = 68)</b>          |          |          |
| Não bebe   | 37       | 54,4     |
| 1 copo de 350 ml ou 1 lata                               | 9        | 13,2     |
| 1 garrafa - 2 doses                                      | 11       | 16,2     |
| 3 ou mais doses/latas/copos                              | 11       | 16,2     |
| <b>Quantidade de vinho na semana (n = 68)</b>            |          |          |
| Não bebe   | 61       | 89,7     |
| 1 taça - 150 ml  | 4        | 5,9      |
| 2 doses  | 1        | 1,5      |
| 1 garrafa - 8 doses ou mais                              | 2        | 2,9      |
| <b>Quantidade de bebida destilada na semana (n = 68)</b> |          |          |
| Não bebe   | 59       | 86,8     |
| 1 martelinho - 40 ml                                     | 6        | 8,8      |
| 2 doses - 1 martelo (100ml)                              | 1        | 1,5      |
| 3 doses ou 1 garrafa (+ de 20 doses)                     | 2        | 2,9      |

**Tabela 2** – Características do consumo de bebida alcoólica segundo homens hipertensos. Salvador, Bahia, Brasil, 2015. (N=130) (conclusão)

| <b>Características do consumo</b>                                 | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Quantidade de cerveja no final de semana (n = 68)</b>          |          |          |
| Não bebe  | 4        | 5,9      |
| 1 copo de 350 ml ou 1 lata  | 3        | 4,4      |
| 1 garrafa - 2 doses   | 17       | 25,0     |
| 3 ou mais latas/doses/copos                                       | 44       | 64,7     |
| <b>Quantidade de vinho no final de semana (n = 68)</b>            |          |          |
| Não bebe  | 56       | 82,4     |
| 1 taça - 150 ml   | 7        | 10,2     |
| 2 doses   | 1        | 1,5      |
| 1 garrafa - 8 doses ou mais                                       | 4        | 5,9      |
| <b>Quantidade de bebida destilada no final de semana (n = 68)</b> |          |          |
| Não bebe  | 53       | 78,0     |
| 1 martelinho - 40 ml  | 6        | 8,8      |
| 2 doses - 1 martelo (100 ml)                                      | 3        | 4,4      |
| 3 doses ou 1 garrafa (+ de 20 doses)                              | 6        | 8,8      |
| <b>Tentativa em parar de beber (n=130)</b>                        |          |          |
| Sim   | 59       | 45,3     |
| Não   | 47       | 36,2     |
| Não se aplica   | 24       | 18,5     |
| <b>Dificuldades em parar de beber (n=59)</b>                      |          |          |
| Sim   | 12       | 20,4     |
| Não   | 47       | 79,6     |

Fonte: Elaboração própria.

## Discussão

Quanto à idade, o presente estudo mostrou a média de 58,32 anos, compatível com a faixa etária de adultos e de pessoas em situação laboral ativa, as quais eram esperadas, tendo em vista que o Programa de Saúde do Homem prioriza o atendimento até 59 anos. No entanto, a maioria das investigações demonstram uma prevalência maior de HAS na população idosa<sup>(1-3)</sup>. O predomínio de homens com baixa escolaridade deve ser considerado nas práticas de cuidado em saúde, tendo em vista que pode influenciar no conhecimento e entendimento da gravidade e das possíveis complicações da HAS. A baixa renda também prevalente pode interferir na adesão ao tratamento da doença e comprometer a qualidade de vida, determinando maior dificuldade de acesso à educação,

serviços de saúde, alimentação e exercícios físicos, o que pode ter impacto na progressão da hipertensão arterial<sup>(2)</sup>.

Maior proporção dos homens estava casado/com companheira e alguns moravam com outras pessoas. A literatura mostra que os homens são mais vulneráveis ao aparecimento de doenças e/ou controle destas, muitas vezes por priorizarem o seu papel social para com a família e a sociedade em detrimento do cuidado com a saúde<sup>(15)</sup>. Os dados do presente estudo também mostraram que os homens, em sua grande maioria, eram os responsáveis pela família e possuíam em média de um a três dependentes de uma renda considerada baixa. Esses dados podem indicar que estão expostos a desgaste psicológico e físico em razão de preocupações e responsabilidades.

O predomínio da raça/cor negra neste estudo é corroborado por outros estudos epidemiológicos que evidenciaram, além de maior prevalência da doença nesse grupo racial, correlação positiva com o seu desenvolvimento e pelo fato de a pesquisa ter sido realizada em Salvador (BA), local que concentra a maior parte de afrodescendentes da população brasileira<sup>(5)</sup>. Constatou-se que pessoas da cor preta e mulatos hipertensos tiveram maior risco de lesão de órgão alvo, com diferença racial maior para acidente vascular cerebral não fatal<sup>(16)</sup>. Cabe, também, salientar que pessoas da raça/cor negra, em geral, ainda hoje, encontram-se em uma situação socioeconômica desfavorável, como a evidenciada neste estudo, fator que as tornam mais vulneráveis ao adoecimento.

A maioria dos homens não tinha o hábito de fumar, porém, quando avaliado o absenteísmo e os fumantes atuais, é evidente que mais de um terço deles estiveram expostos a esse fator de risco durante a vida. Além disso, mais de um terço está atualmente exposto a esse fator de risco, em razão do consumo passivo do tabaco.

A exposição ao fumo é fator de risco independente para doença cardiovascular já bem demonstrado. Investigação constata associação entre o número de cigarros fumados e o risco de infarto agudo do miocárdio. Fumar de 1 a 5 cigarros por dia aumentou esse risco em 40%. Todas as formas de tabaco, como cigarros filtrados e não filtrados, cachimbos e charutos e tabaco de mascar, são consideradas prejudiciais<sup>(17)</sup>. A correlação entre hipertensão e tabagismo também foi evidenciada, sendo a prevalência da doença maior entre os ex-tabagistas (48,8%) e tabagistas (32,9%) do que entre os não tabagistas (26,1%)<sup>(18)</sup>. Já em estudo com 910 homens vietnamitas, entre 25 a 64 anos, houve associação entre hipertensão e hábito de fumar de uma maneira dose-resposta, quando caracterizado o número de anos de tabagismo e o consumo de cigarros na vida<sup>(19)</sup>.

Neste estudo, o cigarro foi o tipo de tabaco mais consumido, corroborando os resultados da Pesquisa Especial de Tabagismo, que identificou,

entre os brasileiros fumantes, que 17,2% usavam cigarro. O percentual de fumantes de outros produtos do tabaco, tais como charutos e cachimbos, foi baixo: 0,8% em média<sup>(20)</sup>.

Tais evidências salientam que políticas globais para o controle do tabaco devem ser implementadas exaustivamente. Deixar de fumar é, sem dúvida, uma mudança no estilo de vida singular e eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares, sendo o combate ao tabagismo considerado recomendação para prevenção primária da HAS<sup>(1)</sup>. Os resultados deste estudo revelam a importância do cuidado em saúde direcionado a ajudar os homens a manter o absenteísmo, parar de fumar e não iniciar o hábito. A criação de políticas públicas e a atuação dos profissionais de saúde direcionadas ao controle do tabagismo são de extrema relevância, devido ao impacto do consumo do tabaco em diversas dimensões sociais.

O combate ao fumo tem sido crescente, por meio da instituição de leis e campanhas, tais como a Lei Antifumo Nacional (Lei n. 9.294/1996 regulamentada pelo Decreto n. 8.262/2014), que proíbe o fumo em ambientes de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados, a Lei n. 12.546/2011, que institui uma política de preços mínimos para os cigarros. Estas leis visam proteger a saúde de fumantes e não fumantes, em relação à exposição, visto que o fumo traz complicações aos indivíduos, à sociedade e ao governo.

A enfermeira, como membro da equipe multidisciplinar, no cuidado aos homens hipertensos fumantes ou com potencial para iniciar este hábito, deve ter suas ações pautadas nas leis mencionadas e nas estratégias propostas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), as quais compreendem a prevenção da iniciação do tabagismo, ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar, a criação de medidas que visem proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados e medidas que regulem os produtos do tabaco e sua comercialização<sup>(20)</sup>. Tais ações devem considerar o enfoque de

gênero, pois a taxa de consumo de tabaco em homens parece relacionar-se ao desejo de melhorar as habilidades de sedução e atrair e/ou manter esposas, que preferem maridos fumantes. Desse modo, o tabagismo pode estar relacionado à demonstração de poder diante de outros homens e pode ser melhor explicado pela seleção sexual<sup>(21)</sup>.

Quanto ao consumo de bebida alcoólica, a maioria dos homens fazia uso, havendo maior frequência de uso e de consumo abusivo no final de semana. Entre os tipos de bebidas, sobressaiu a cerveja. Com relação ao tipo de bebida ingerida, meta-análise de 2012, incluindo 16 estudos com 33.904 homens e 19.372 mulheres, comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores<sup>(13)</sup>. No que diz respeito ao papel das diferentes bebidas alcoólicas, os dados da citada pesquisa sugerem que a escolha de bebidas não tem um papel independente e importante na elevação da pressão arterial<sup>(13)</sup>. No entanto, o consumo excessivo de qualquer bebida, além dos efeitos deletérios sobre a pressão arterial, pode contribuir para o excesso de peso que, por sua vez, é fator de risco para a hipertensão. As práticas de cuidado em enfermagem, individualizadas ou em conjunto com outros profissionais, devem contribuir para o manejo do consumo excessivo.

Tendo em vista a controvérsia em relação à segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses, assim como a ação nefasta do álcool na sociedade, é recomendado para homens que têm hábito de consumo de bebidas alcoólicas não ultrapassar 30 g de etanol ao dia; para as mulheres, esse número alcança 15 g ao dia<sup>(1)</sup>. As quantidades máximas diárias sugeridas para os tipos de bebida alcoólica mais comuns são de 2 latas (350 x 2 = 700 ml) ou 1 garrafa (650 ml) de cerveja; de 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml de vinho e de 2 doses de 50 ml de uísque, vodka ou bebida destilada<sup>(22)</sup>.

Na abordagem dos homens hipertensos, os profissionais devem ressaltar os benefícios da redução do consumo já constatados em diversos estudos. A investigação PATHS (*Prevention and*

*Treatment of Hypertension Study*) objetivou determinar se a redução do álcool em seis meses reduzia os níveis pressóricos de pessoas com consumo moderado ou excessivo de bebida alcoólica e cuja pressão diastólica estava entre 80-99 mmHg. No período de 3 a 24 meses, notaram que a redução de 1,3 drinques por dia resultou em diminuição de 0,9/0,6 mmHg na pressão arterial<sup>(23)</sup>.

Depreende-se a necessidade de uma atuação profissional em prol da redução do consumo excessivo de bebida alcoólica. Atividades educativas podem contribuir para gerar e disseminar conhecimentos sobre a temática, além de valorizar o uso prudente. Considerando que a maioria dos homens consumiam bebida alcoólica, os profissionais de saúde devem estabelecer uma proposta terapêutica compartilhada, visando combater o consumo excessivo e destacar os tipos e as quantidades de bebidas recomendadas. As ações educativas devem também contemplar o enfoque de gênero, pois sabe-se que o consumo abusivo de bebida alcoólica pode ser influenciado pela masculinidade. Bebendo, os homens ficam desinibidos e acreditam demonstrar força e virilidade diante das mulheres e de outros homens. Esse consumo é uma forma de potencialização e demonstração da masculinidade hegemônica, a qual é caracterizada pela tenacidade física e emocional, assunção de riscos, heterossexualidade predatória e sentimento de provedor da família<sup>(24)</sup>.

O enfermeiro pode desenvolver ações junto aos homens, visando à prevenção de agravos oriundos do consumo excessivo de álcool e do tabagismo ativo e passivo, nos diversos cenários de sua atuação, por meio de intervenções educativas em escolas, ambientes de trabalho e serviços de atenção primária à saúde. Contribuirá, assim, para ampliar o conhecimento sobre os riscos do uso dessas drogas para o indivíduo, a família e a sociedade e também para o enfrentamento desse problema de saúde pública. As enfermeiras das unidades de saúde podem atuar como multiplicadoras das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, e devem ter

o compromisso de compartilhar e conscientizar, por meio do diálogo e da escuta sensível, os malefícios decorrentes do uso de bebida alcoólica e do tabaco. Além disso, devem desenvolver ações educativas que promovam e apoiem a cessação de fumar<sup>(25)</sup>, considerando o enfoque de gênero.

Destaca-se como limitação do estudo a amostragem de conveniência e o tamanho da amostra.

## Conclusão

Houve proporção elevada de fumantes passivos e consumo excessivo de álcool no final de semana. Uma proposta terapêutica compartilhada entre profissionais de saúde e os homens hipertensos, usuários dos serviços de saúde, pode ajudá-los no controle desses fatores de risco e deve contemplar o enfoque de gênero. Os homens podem ser ajudados a potencializar as chances de sucesso no combate do tabagismo passivo e do consumo excessivo de álcool por meio de ações de educação em saúde. Reforços a planos de ação, políticas e intervenções governamentais são também necessários para combater o tabagismo e limitar o acesso abusivo à bebida alcoólica.

## Colaborações

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Fernanda Carneiro Mussi, Pollyana Pereira Portela, Larissa Emily Santos Barretto, Glicia Gleide Gonçalves Gama, Andreia Santos Mendes e Tássia Teles de Santana Macêdo.

2. redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Fernanda Carneiro Mussi, Pollyana Pereira Portela, Larissa Emily Santos Barretto e Glicia Gleide Gonçalves Gama;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Fernanda Carneiro Mussi e Pollyana Pereira Portela.

## Referências

1. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [internet]. 2016 [cited 2016 June 20];107(3 supl 3):1-104. Available from: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)
2. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2015 June [cited 2016 Oct 12];24(2):297-304. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200297&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200297&lng=en)
3. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Fuchs SC. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. Am J Hypertens [internet]. 2013 [cited 2016 June 20];26(4):541-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23467209>
4. Berto SJP, Carvalhaes MABL, Moura EC. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 Aug [cited 2016 Oct 11];26(8):1573-82. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000800011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800011&lng=en)
5. Zang Y, Moran AE. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among young adults in the United States, 1999 to 2014. Hypertension [internet]. 2017 [cited 2017 Oct 9];70(4):736-42. Available from: <http://hyper.ahajournals.org/content/70/4/736.long>
6. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 Oct 9];46(Suppl 1):126-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en)
7. Tibazarwa KB, Damasceno AA. Hypertension in developing countries. Canadian J Cardiol [internet]. 2014 may [cited 2016 Aug 10];30(5):527-33. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0828-282X\(14\)00137-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0828-282X(14)00137-8)

8. Daudt CVG. Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade universitária do Sul do Brasil [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília; 2009.
10. Rifai MA, DeFilippis AP, McEvoy JW, Hall ME, Acien AN, Jones MR, et al. The relationship between smoking intensity and subclinical cardiovascular injury: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Atherosclerosis* [internet]. 2017 [cited 2017 Aug 10];258:119-30. Available from: [http://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(17\)30023-0/pdf](http://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(17)30023-0/pdf)
11. Luo W, Guo Z, Hao C, Yao X, Zhou Z, Wu M, et al. Interaction of current alcohol consumption and abdominal obesity on hypertension risk. *Physiol Behav* [internet]. 2013 Oct 2 [cited 2016 June 10];122:182-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23092555>
12. Wakabayashi I, Araki Y. Influences of gender and age on relationships between alcohol drinking and atherosclerotic risk factors. *Alcohol Clin Exp Res* [internet]. 2010 [cited 2016 June 10];34(Suppl 1):S54-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18986376>
13. Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH. Alcohol consumption and risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Hypertens* [internet]. 2012 [cited 2016 June 10];14(11):792-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.12008/abstract>
14. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 Nov [cited 2017 May 2];16(11):4503-12. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=en)
15. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 12];17(10):2569-78. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123201200100002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201200100002&lng=en)
16. Noblat ACB, Lopes MB, Lopes AA. Raça e lesão de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência na cidade de Salvador. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2004 Feb [cited 2015 Jan 22];82(2):111-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2004000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004000200002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004000200002>
17. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Interheart Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* [internet]. 2004 [cited 2015 Jan 22];364(9438):937-52. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17018-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17018-9/fulltext)
18. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, et al. Arterial hypertension and its correlation with some risk factors in a small brazilian town. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 12];95(4):502-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001400013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001400013&lng=en)
19. Thuy AB, Blizzard L, Schmidt MD, Luc PH, Granger RH, Dwyer T. The association between smoking and hypertension in a population-based sample of Vietnamese men. *J Hypertens* [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 12];28(2):245-50. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=19829145>
20. Instituto Nacional do Câncer. Organização Panamericana de Saúde. Pesquisa especial de tabagismo. Relatório Brasil. Rio de Janeiro; 2011.
21. Roulette CJ, Hagen E, Hewlett BS. A biocultural investigation of gender differences in tobacco use in an egalitarian hunter-gatherer population. *Hum Nat* [internet]. 2016 [cited 2016 Oct 12];27(2):105-29. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12110-016-9255-x>
22. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(6):1-63.

23. Souza D, Póvoa R. Álcool e hipertensão arterial. Rev Fatores Risco. 2014;32:33-9.
24. Moinuddin A, Goel A, Saini S, Bajpai A, Misra R. Alcohol consumption and gender: a critical review. J Psychol Psychother [internet]. 2016 [cited 2016 Oct 12];6(3):1-4. Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/alcohol-consumption-and-gender-a-critical-review-2161-0487-1000267.pdf>
25. Carmo HO, Santos GT. Atuação do enfermeiro frente às estratégias do programa nacional de controle ao tabagismo. Rev Rede cuidados saúde [internet]. 2016 [cited 2016 Apr 28];1-16. Available from: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/view/3053/2089>

Recebido: 2 de dezembro de 2016

Aprovado: 24 de outubro de 2017

Publicado: 27 de fevereiro de 2018



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais e, embora, os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.