

Dependência nicotínica e razões para fumar em idosos institucionalizados

Nicotine dependence and reasons for smoking among institutionalized elderly

Tarsila Fagury Videira Secco
Lucy Gomes Vianna
Otávio de Toledo Nóbrega
Altair Macedo Lahud Loureiro
Renato da Costa Teixeira

RESUMO: Objetivou-se verificar a dependência nicotínica e as razões para fumar em indivíduos idosos fumantes institucionalizados. Investigada a correlação entre o grau de dependência nicotínica e os aspectos motivadores da adição tabágica em indivíduos idosos institucionalizados. Foram estudados tabagistas com 60 anos ou mais de idade, internados em instituição de longa permanência no Distrito Federal. Estes indivíduos responderam às questões dos seguintes instrumentos: mini-exame do estado mental, questionário de tolerância nicotínica de Fagerström e escala razão para fumar modificada. De 61 idosos institucionalizados, 20 eram fumantes (32,8%), sendo 4 mulheres e 16 homens, com idade variando de 60 a 89 anos. Com relação à distribuição da dependência nicotínica, notou-se predomínio da categoria grave (80,0%), havendo 10% na categoria leve e 10% na moderada. Entre os motivos para fumar, houve predomínio dos componentes prazer ($4,4 \pm 0,7$) e redução da tensão-relaxamento ($4,4 \pm 0,8$). A correlação entre dependência nicotínica e motivos para fumar mostrou-se significativa para os componentes hábito/ automatismo ($p=0,0165$) e manuseio ($p=0,0079$). Constatou-se que a maioria dos idosos tabagistas institucionalizados classificaram-se como dependentes graves à nicotina, sendo que os principais motivos para o fumo foram o prazer em fumar e a redução da tensão-relaxamento.

Palavras-chave: Idoso; Institucionalização de Longa Permanência de Idosos; Tabagismo.

ABSTRACT: *Objective: Verify the nicotine dependence and the reasons for smoking among the institutionalized elderly smoker. Method: We investigated the correlation between the degree of nicotine dependence and the motivating aspects of smoking addiction in the institutionalized elderly. We studied smokers with 60 years or older admitted to a long-term institution in the Federal District. These individuals answered the questions of the following instruments: Mini-mental examination, Fagerström questionnaire for nicotine tolerance and the changed scale of reasons for smoking. Of the 61 institutionalized elderly, 20 were smokers (32,8%) (4 women and 16 men), aged 60 to 89 years. Results: Of the 61 institutionalized elderly, 20 were smokers (32,8%) (4 women and 16 men), aged 60 to 89 years. Regarding the distribution of nicotine addiction, we noted a predominance of the severe category (80,0%), with 10% in the light and 10% in the moderate category. Among the reasons for smoking, the predominant components were: pleasure ($4,4 \pm 0,7$) and reduction of the tension-relaxation ($4,4 \pm 0,8$). The correlation between nicotine dependence and reasons for smoking was significant for the components habit / automatism ($p = 0,0165$) and handling ($p = 0,0079$). Conclusion: In this study, it was observed that most elderly participants were classified as severe nicotine dependent, and the main reasons for smoking are the pleasure in smoking and the reducing of stress-relaxation.*

Keywords: Aged; Long-stay institutionsforthe elderly; Smoking.

Introdução

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo tem imposto aos órgãos governamentais e à sociedade o desafio de solucionar problemas médico-sociais, inerentes ao envelhecimento biológico. Até 2050, no mundo o número de pessoas acima de 60 anos aumentará de 600 milhões para quase 2 bilhões (Leme, 1996). No Brasil, o envelhecimento populacional é fenômeno recente, que se processa de forma gradual, contínua e irreversível, afetando todos os setores da vida humana (Berzins, 2003).

Associado ao acréscimo na expectativa de vida ocorre o aumento da prevalência de doenças respiratórias em pessoas idosas, em decorrência principalmente do hábito tabágico (Nóbrega, Faleiros & Telles, 2009). Entretanto, enquanto a atenção é voltada para a prevenção do tabagismo em pessoas jovens, os indivíduos velhos não recebem atenção da mídia, pesquisadores, gestores e políticos. Nesse contexto, os indivíduos idosos são considerados vítimas esquecidas nos casos de doenças e mortes relacionadas ao tabaco.

O tabagismo é descrito atualmente como uma pandemia. Um terço dos adultos no mundo (1,1 bilhão de pessoas) é tabagista, sendo que 80% deles vivem em países de média ou baixa renda. O tabagismo é causa da morte de um em cada dez fumantes, correspondendo a aproximadamente cinco milhões de mortes evitáveis a cada ano. Até 2025, a previsão é de que o número total de fumantes no mundo será de 1,6 bilhões e que, até 2030, 10 milhões de óbitos em decorrência do fumo serão registrados anualmente, sendo 70% deles em países em desenvolvimento (Bala, Strzeszynski & Cahill, 2008). No Brasil, atualmente, são estimadas cerca de 200 mil mortes anuais em consequência do tabagismo. A questão econômica é de importância quando se debate o tabagismo e a dependência nicotínica, pois o cigarro brasileiro é um dos mais baratos do mundo e de fácil acesso físico, chegando facilmente a todos os lugares (WHO, 2004).

A causa do tabagismo é constituída de complexa relação entre estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e ações biológicas da nicotina. Nesse contexto, a sua inserção nos ambientes asilares compreende um campo de estudo diferenciado, visto que os processos patológicos aos quais os indivíduos idosos estão sujeitos acentuam-se quando internados em Instituições de Longa Permanência (ILPs), dado que a institucionalização frequentemente contribui para o isolamento e a inatividade física e mental, com consequências negativas à saúde do idoso (Novaes, 2003; Alcântara, 2004; Davim *et al.*, 2004).

Constatou-se a carência de estudos acerca da relação entre grau de dependência nicotínica e motivos para fumar entre indivíduos idosos, em especial naqueles institucionalizados. A pesquisa atual teve como propósito analisar a dependência nicotínica e os motivos para fumar em indivíduos idosos institucionalizados tabagistas, bem como a associação entre esses dois parâmetros.

Material e Métodos

Trata-se de estudo analítico e transversal, com indivíduos idosos institucionalizados tabagistas, idade igual ou superior a 60 anos, realizado na ILPI “Parque Assistencial Jorge Cauhy”, situada no Núcleo Bandeirante, do Distrito Federal (DF), no período de janeiro a maio de 2009. Esta ILPI é credenciada no Conselho dos Direitos do Idoso, constituindo-se como instituição filantrópica conveniada e subsidiada pela Secretaria de Estado de Ação Social do DF. Neste local são internados idosos sem renda econômica ou recebendo um salário mínimo, que não possuem família ou esta não tem condições financeiras de mantê-los.

Foram aplicados os seguintes instrumentos, na ordem de execução: mini-exame do estado mental (MEEM) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), na versão validada para a população brasileira e com pontos de corte conforme faixas de escolaridade (Almeida, 1998); questionário de Tolerância de Fagerström (Fagerströme Schneider, 1989) e escala Razão para Fumar Modificada (Souza *et al.*, 2009). A aplicação de todos os questionários foi realizada por um único observador, que leu cada uma das perguntas individualmente para cada um dos sujeitos estudados.

O questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) foi utilizado para avaliar o grau de dependência nicotínica. Baseia-se no desconforto provocado pelo desapego ao hábito de fumar e na necessidade de tratamento para controle da síndrome de abstinência (Halty *et al.*, 1994).

Com o propósito de identificar os motivos que levaram os indivíduos a fumar, utilizou-se a escala Razões para Fumar Modificada (ERPFM), a qual abrange questões relativas à existência de dependência, prazer ao fumar, possível relaxamento ou redução de tensões ao fumar, tabagismo social, estimulação, hábito/automatismo e manuseio (Horn & Waingrow, 1966; Souza *et al.*, 2009).

Todos os participantes incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que exibiram comprometimento cognitivo ou que não atenderam à integralidade do protocolo experimental supracitado.

Na análise estatística, foram aplicados o teste do qui-quadrado, para análise da dependência nicotínica, e a Correlação Linear de Pearson, para análise da dependência nicotínica associada aos motivos para fumar. Foi fixado o nível de decisão alfa = 0,05 para rejeição da hipótese nula.

Resultados

Na ILPI pesquisada, haviam 61 idosos institucionalizados, sendo 20 fumantes (32,8%). Entre os idosos tabagistas, 4 (20%) mulheres e 16 (80%) homens, a idade média foi de $72,4 \pm 5,0$ anos (60 a 89 anos). Todos os sujeitos fumantes apresentaram perfil cognitivo compatível com a normalidade.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das categorias de dependência nicotínica, mostrando significativo predomínio da categoria grave (80%).

Tabela 1. Distribuição dos graus de dependência nicotínica, conforme escala de Fagerström, entre os 20 indivíduos fumantes institucionalizados

Grau de dependência	Frequência	
	absoluta (n.º)	relativa (%)
Leve	2	10,0
Moderada	2	10,0
Grave	16	80,0
Total	20	100,0

No tocante à ERPFM, os resultados obtidos mostraram que os maiores escores relativos aos motivos para fumar consistiram, por ordem decrescente de prevalência, dos quesitos prazer ($4,4 \pm 0,7$) e redução da tensão-relaxamento ($4,4 \pm 0,8$), seguidos pelos quesitos dependência ($4,0 \pm 0,6$), estimulação ($3,9 \pm 0,5$), tabagismo social ($3,7 \pm 0,7$), manuseio ($3,7 \pm 0,8$) e hábito/automatismo ($3,5 \pm 0,8$).

A Tabela 2, a seguir, mostra significativa correlação positiva entre graus de dependência nicotínica e dois dos motivos para fumar elencados no estudo, a saber: hábito/automatismo ($p = 0,0165$) e manuseio ($p = 0,0079$).

Tabela 2. Correlação entre graus de dependência nicotínica e os motivos para fumar (ERPFM) entre os 20 indivíduos fumantes institucionalizados

Parâmetros	Coefficiente de Correlação de Pearson	p-valor
Dependência	0,3448	0,1365
Prazer Fumar	0,2903	0,2143
Redução da tensão/relaxamento	0,3434	0,1381
Tabagismo social	0,3459	0,1352
Estimulação	0,3637	0,1148
Hábito/Automatismo	0,5285	0,0165
Manuseio	0,5753	0,0079

Discussão

No presente estudo, a prevalência de idosos tabagistas na ILPI do DF pesquisada foi de 32,8%, predominando o gênero masculino (80%). A maioria dos estudos que faz menção à prevalência de tabagismo em população idosa refere-se a indivíduos vivendo na comunidade. Nessas pesquisas em idosos tabagistas não-institucionalizados, as prevalências relatadas foram iguais ou maiores que 14% (INCA, 2004; Peixoto, Firmo & Lima, 2006).

Foram identificados dois estudos abordando a prevalência de tabagismo em idosos institucionalizados. Nos mesmos, Davim *et al.* (2004) mostraram a prevalência de 14%, enquanto Gonçalves *et al.* (2005) relataram-na sendo de 11%. Provavelmente, as menores prevalências expostas nestas pesquisas, em relação à encontrada no estudo atual, devem-se às diferenças na distribuição de gêneros nas populações estudadas.

Surgiram menores prevalências de tabagismo nos estudos cujas amostras foram formadas predominantemente por mulheres idosas (64% e 75% nos dois estudos citados, respectivamente). No presente estudo, somente 20% dos idosos tabagistas institucionalizados eram do gênero feminino. A menor prevalência tabágica nas mulheres vem de encontro ao perfil sociocultural desses indivíduos, no qual o homem fuma mais enquanto jovem e permanece fumando mais, quando comparado à mulher idosa de faixa etária análoga (Gonçalves *et al.*, 2005). Entretanto, em estudo realizado em 13 ILPIs do DF, foi encontrada a prevalência tabágica de 23%, sendo 24% nos homens idosos e 20,1% nas mulheres idosas (Carvalho *et al.*, 2010). Há necessidade de futuros estudos para averiguar as causas deste achado, pois houve maior prevalência de

tabagismo nos idosos internados nas ILPIs do DF do que as descritas em ILPIs de outras localizações do país.

No presente estudo, os idosos tabagistas institucionalizados recebiam, no máximo, um salário mínimo. No Brasil, o consumo de cigarros é maior nas classes de menor rendimento (OPAS, 2004), corroborando o achado de alta prevalência tabágica nos idosos estudados.

A menor prevalência tabágica encontrada entre as mulheres vem ao encontro do perfil sociocultural desses indivíduos, no qual o homem fuma mais enquanto jovem e permanece fumando mais, quando comparado às idosas de faixa etária análoga. Deve ser destacado que, na ILP estudada, não vigora qualquer proibição do fumo junto ao público, o que faz com que todos os idosos institucionalizados sejam tabagistas (ativos ou passivos), estando, portanto, submetidos aos fatores de risco para doenças tabaco-dependentes.

O tabagismo consiste em comportamento complexo, influenciado por estímulos ambientais, hábitos pessoais e condicionamentos psicossociais, além das ações biológicas da nicotina (Chatikin & Kirchenchtejn, 2004).

No estudo atual, foi analisado o grau de dependência nicotínica dos idosos institucionalizados através do Questionário de Tolerância Nicotínica de Fagerström, observando-se predomínio da categoria grave (80%) de dependência nicotínica nos indivíduos fumantes.

O uso frequente de tabaco leva ao desenvolvimento de tolerância e dependência. Do mesmo modo como ocorre em outras dependências, a da nicotina é um transtorno progressivo, crônico e recorrente, mediada pela ação da substância em receptores centrais e periféricos (Marques *et al.*, 2001).

O uso prolongado do fumo provoca alterações no cérebro, aumentando o número de receptores nicotínicos, que por sua vez geram necessidade cada vez maior de se realizar a reposição desta substância, induzindo o indivíduo a continuar a fumar (Menezes, 2004). Portanto, espera-se maior grau de dependência tabágica nos indivíduos idosos.

Hughes (2001) relatou que os fumantes com elevada dependência podem apresentar baixa motivação para cessação do tabagismo, devido à falta de confiança em conseguir seu intento, achando-se incapazes e com medo do sofrimento que a síndrome de abstinência produz, pois já tentaram e fracassaram outras vezes.

Considera-se este estudo como um despertar para a realidade do tabagismo em idosos internados em ILPIs, pois o consumo de tabaco constitui problema de saúde pública nesta população (Carvalho *et al.*, 2010), tendo-se obtido baixa taxa de sucesso com a Campanha de Cessação Tabágica instituída entre eles (Carvalho *et al.*, 2012).

Para que se obtenha sucesso na cessação tabágica em indivíduos internados em ILPIs, há necessidade de ampliação da rede de relacionamentos, vínculos afetivos e relações de interdependência entre esses idosos.

As atuais estratégias assistenciais para o enfrentamento do tabagismo divulgadas por meio de consensos e políticas governamentais, por vezes desconsideram, reduzem ou simplificam as complexas dimensões da vida humana. Escapam a esse modelo tanto a subjetividade dos sujeitos institucionalizados quanto as suas determinações socioeconômicas e culturais.

O tabagismo pode ser visto como uma maneira empregada pelos indivíduos institucionalizados para controlarem seus sentimentos (Tomkins, 1966). Com a finalidade de avaliar os motivos para fumar foi aplicada a Escala Razão Para Fumar Modificada, que analisa sete componentes, encontrando-se com maior pontuação os componentes “Prazer” e “Redução de Tensão-Relaxamento”. Este achado corrobora outro estudo sobre o tabagismo (Rebelo, 2008), no qual foi relatado que a principal razão para fumar foi “combate ao estresse”, seguida por “prazer” e “por convívio social”.

Quando correlacionadas as variáveis Dependência Nicotínica e Motivos para Fumar, notou-se associação significativa da dependência nicotínica com dois fatores da escala Razão Para Fumar: “Hábito/ Automatismo” e “Manuseio”. Esses dados são de grande importância, uma vez que informações apontando os motivos para fumar correlacionados com a dependência nicotínica são escassas no meio científico. Orleans *et al.* (1994) e Bratzler, Oehlert e Austelle (2002) sugeriram que os idosos não só fumam por período de tempo maior do que os tabagistas jovens, mas também estão menos cientes dos malefícios potenciais de uso do tabaco, apresentando como resultado maior resistência a parar de fumar.

Na maioria das vezes, os idosos não se entregam aos novos desafios pois têm dificuldade em romper barreiras e promover mudanças. Também, o seu aprendizado é mais lento, o que requer reforço e detalhamento nas intervenções e no treinamento de habilidades.

Assim, a abordagem terapêutica na cessação do vício tabágico em indivíduos idosos institucionalizados deve-se adaptar às suas características, oferecendo-se apoio adequado de acordo com a fase de motivação apresentada, suas necessidades e seus perfis individuais.

O presente estudo contribui para elucidar os graus de dependência nicotínica e os motivos para fumar em indivíduos idosos institucionalizados, assim como a correlação entre esses dois parâmetros, preenchendo lacuna na literatura científica referente ao tema. Visto que a causa do tabagismo é multifatorial, podendo o idoso institucionalizado responder de modo não semelhante no meio no qual se encontra inserido, ressalta-se a importância da realização de trabalhos semelhantes em outras ILPIs.

Referências

- Alcântara, A.O. (2004). *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Campinas (SP): Alínea.
- Almeida, O.P. (1998). Minimental state examination and the diagnosis of dementia in Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56(3B), 605-612.
- Bala, M., Strzeszynski, L. & Cahill K. (2008, Jan.). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database System Review*, 23(1). (CD 004704).
- Berzins, M.A.V.S. (2003). Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *Revista do Serviço Social e Sociedade*, 24(75), 19-34.
- Bratzler, D.W., Oehlert W.H. & Austelle, A. (2002). Smoking in the elderly - it's never too late to quit. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 95(3), 185-193.
- Carvalho, A.A., Gomes, L., Loureiro, A.L. & Bezerra, A.J.C. (2013). Controle do tabagismo em Instituição de Longa Permanência para Idosos: relato de experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1113-1124.
- Carvalho, A.A., Vianna, L.G., Viegas, C.A. & Loureiro, A.L. (2010). Tabagismo em idosos internados em Instituições de Longa Permanência de Brasília, Distrito Federal. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36(3), 339-346.
- Chatikin, J.M. & Kirchenchtejn, C. (2004). Dependência da Nicotina. In: Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30(2), 223-228.
- Davim, R.M.B., Torres, G.V., Dantas, S.M.M. & Lima, V.M. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 518-524.
- Fagerström, K.O. & Schneider, N.G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioural Medicine*, 12(2), 159-182.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. & Mchugh, P.R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

Gonçalves, L.G., Vieira, S.T., Siqueira, F.V. & Hallal, P.C. (2005). Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 938-945.

Halty, L.S., Hüttner, M.D., Santos, A., Coelho, C. & Gruber, R. (1994). Tabagismo em Rio Grande do Sul, RS. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 20(Supl. 3), 118-139.

Horn, D. & Waingrow, S. (1966). *Behavior and attitudes questionnaire*. Bethesda: National Clearinghouse for Smoking and Health.

Hughes, J.R. (2001). Why does smoking so often produce dependence? A somewhat different view. *Tobacco Control*, 10(Suppl. 1), 62-64.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. (2004). Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Prevalência de tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras*. Rio de Janeiro (RJ): INCA.

Leme, L.E.G. (1996). A gerontologia e o problema do envelhecimento: Visão histórica. In: Papaléo Neto, M. (Ed.). *Gerontologia*, 13-25. São Paulo (SP): Atheneu.

Marques, A.C.P.R., Campana, A., Gigliotti, A.P., Lourenço, M.T.C., Ferreira, M.P. & Laranjeira, R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 200-214.

Menezes, A.M. (2004). Epidemiologia do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30(2), 3-7.

Nóbrega, O.T., Faleiros, V.P. & Telles, J.L. (2009). Gerontology in the developing Brazil: achievements and challenges in public policies. *Geriatrics & Gerontology International*, 9(2), 135-139.

Novaes, R.H.L. (2003). *Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro – Repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. (2004). *Tabaco e pobreza, um círculo vicioso - a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Orleans, C.T., Jepson, C., Resch, N. & Rimer, B.K. (1994). Quitting motives and barriers among older smokers: the 1986 adult use of tobacco survey revisited. *Cancer*, 74(Suppl. 7), 2055-2061.

Peixoto, S.V., Firmo, J.O.A. & Lima, C.M.F. (2006). Health conditions and smoking among older adults in two communities in Brazil (The Bambuí and Belo Horizonte Health Surveys). *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1925-1934.

Rebello, L. (2008). Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 3-20.

Souza, E.S.T., Crippa, J.A.S., Pasian, SR & Martinez, J.A.B. (2009). Escala Razões Para Fumar Modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no

Brasil e avaliação da confiabilidade teste-reteste. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(7), 683-689.

Tomkins, S.S. (1966). Psychological model for smoking behavior. *Journal of American Publicity Health*, 56(12), 17-20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2004). *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneve (Suisse): World Health Organization.

Recebido em 30/05/2013

Aceito em 20/06/2013

Tarsila Fagury Videira Secco - Escola Superior da Amazônia. Mestrado em Gerontologia (UCB). Docente do curso de Fisioterapia da Escola Superior da Amazônia.

E-mail: tatabrito10@hotmail.com

Lucy Gomes Vianna - Universidade Católica de Brasília (UCB). Professora do Programa *Stricto Sensu* em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). Professora do curso de Graduação em Medicina (UCB). Professora Titular da Universidade de Brasília (UnB) (aposentada).

E-mail: lucygomes@pos.ucb.br

Otávio de Toledo Nóbrega - Universidade de Brasília (UnB). Biólogo. Doutorado em Patologia Molecular (UnB). Ex-docente do Programa *Stricto Sensu* em Gerontologia (UCB).

E-mail: otavionobrega@unb.br

Altair Macedo Lahud Loureiro - Universidade Católica de Brasília (UCB). Doutorado em Educação. Professora do Programa *Stricto Sensu* em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília. Professora aposentada da Universidade de Brasília (DF).

E-mail: altaira@uol.com.br

Renato da Costa Teixeira - Universidade Federal do Pará. Doutorado em Educação
(PUC- RJ)

E-mail: tatabrito10@hotmail.com