

Aspectos sociais relacionados ao tabagismo em idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família

Social aspects related to smoking in an elderly population attending the health family program

Claudia Kümpel
Antonio Adolfo Mattos de Castro
Thais Regina Freitas
Jonatas Silva Souza
Elias Ferreira Porto

RESUMO: O aumento do consumo do tabaco ocorreu no séc. XX, mais difundido nas décadas de 50-60, havendo, no Brasil, decréscimo do seu uso na década de 1990. O objetivo deste estudo é investigar os aspectos sociais relacionados ao uso do tabaco em idosos e avaliar os principais fatores sociais que levaram a este hábito. Incluídos neste estudo 160 indivíduos com 60 anos ou mais, divididos em dois grupos: não tabagistas (G1) (N=80) e tabagistas (G2) (N=80), estes com história de tabagismo superior a 20 maços/ano, e que não apresentavam demência ou condições que os impossibilitassem responder aos instrumentos de coleta de dados. Todos os participantes recebiam atendimento no Programa de Saúde da Família da região do Capão Redondo, cidade de São Paulo (SP), Brasil. A média da idade foi de $66,7 \pm 5,95$ e 67 ± 13 anos, e a idade mínima e máxima, de 60 e 80 anos, nos G1 e G2, respectivamente. A média de moradores por residência foi de $3,45 \pm 1,57$ e $4,6 \pm 2,1$, nos G1 e G2, respectivamente. Havia mais idosos fumantes com menor acesso a recursos financeiros e à educação, sendo o risco para um indivíduo analfabeto se tornar fumante foi significativamente maior do que para aquele portador de curso superior, também foi visto que pais e amigos que fumam foram os fatores de risco significativamente mais fortes para que os idosos tivessem começado a fumar. O tabagismo traz repercussão social importante sobre as famílias.

Palavras-chave: Tabagismo; Idosos; Aspectos Sociais; Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT: *Smoking habits increase occurred in the XX century, especially in the 50-60ths decades; countries like Brazil and Spain, among others, saw a significant decrease of its consume in the 1990ths decade; however, social repercussions were harmful for a long period of time. Objectives: Assess the social aspects related to smoking in an elderly population; evaluate the main social factors that led to smoking. One hundred and sixty subjects with 60 or more years were included into two groups: non-smoking (G1) (N=80) and smoking (G2)(N=80) groups; both had a smoking history over 20 packs/years, e.g., equivalent of one smoked pack per day for 20 years; and also those who did not present dementia or any condition that would not allow them to respond the questionnaires applied in the study. All subjects included attended the health family program in the Capão Redondo region, São Paulo (SP) city, Brazil. Mean age was: 66.7 ± 5.95 and 67 ± 13 years G1 and G2, minimum and maximum age was 60 and 80 years old, respectively. Mean house residents were: 3.45 ± 1.57 and 4.6 ± 2.1 of G1 and G2, respectively, having more smokers with lower financial and educational resources; an illiterate presented a significant higher risk then a subject with completed undergraduation. Smoking brings important social repercussions over families; parents/friends that smoke are significant stronger related risk factors for other people to start smoking.*

Keywords: *Smoking; Elderly; Social Aspects; Health Family Program.*

Introdução

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, são preocupações da humanidade desde o início da civilização; existem muitos estudos sobre aspectos patológicos no envelhecimento; entretanto, há poucos estudos que estabeleçam uma relação entre idoso e tabagismo (Carvalho, Gomes, Loureiro, & Bezerra, 2013; Carvalho, Vianna, Viegas, & Loureiro, 2010).

Um levantamento nacional domiciliar realizado na Inglaterra, entre o período de 1972 e 1996, demonstrou que existe uma tendência à diminuição do hábito de fumar na faixa etária idosa, ou seja, o tabagismo se reduz após os 60, em comparação com jovens

e adultos (Tromas, Walker, Wilmot, & Bennett, 1998). Segundo Lisboa, Meereis, Gonçalves e Vargas (2013), o não uso do tabaco na faixa etária daqueles com mais idade traz benefícios em termos de longevidade e qualidade de vida. O tabaco é considerado agente agressor de fundamental importância; contudo, as razões pelas quais levam um indivíduo a fazer uso dessas substâncias ainda são desconhecidas (Pereira *et al.*, 2010; Prabhat *et al.*, 2013).

O aumento do consumo do tabaco ocorreu no séc. XX, e foi mais difundido nas décadas de 50 e 60 (Prabhat *et al.*, 2013). Já em alguns países a exemplo do Brasil e Espanha, houve um decréscimo do consumo na década de 70 (Nóbrega, Faleiros, & Telles, 2009; Pardal, 2011; Wünsch Filho, Mirra, López, & Antunes, 2010).

O barateamento do tabaco se deve à larga escala de produção principalmente na Inglaterra e França (1840-1860), países nos quais o cigarro conquistou novos adeptos em todas as áreas. Hollywood rendeu-se ao charme desse hábito. A linha adotada para atingir os jovens associava o tabagismo à espontaneidade, ao amor, à irreverência, ao esporte, à diversão e ao apreço à liberdade (Prabhat *et al.*, 2013). Para as mulheres, o tabagismo era apresentado como sinal de segurança e sensualidade. Além disso, algumas marcas foram fortemente associadas à figura feminina. Outra forma de atingir os jovens foi o lançamento de apresentações mais baratas, ou com menos cigarros por maço; outro artifício foi o patrocínio exclusivo para eventos musicais e esportivos. Estas estratégias foram bastante usadas durante os anos 90 (OPAS, 2003).

Além dos riscos para a saúde provocados pelo uso do tabaco, em famílias pobres ocorrem danos econômicos a curto prazo, sendo que boa parte dos recursos financeiros familiares são desviados para o uso do tabaco, e não para as primeiras necessidades como, por exemplo, alimentação. Mesmo que esses desvios sejam pequenos, o impacto pode comprometer significativamente sua qualidade de vida (Banco Mundial, 2003). Também se verifica que os países menos desenvolvidos são aqueles que vêm sofrendo o maior aumento do consumo de cigarros, a partir da década de 70, até a década de 2000, tendo aumentado o consumo de 800 cigarros anuais por adulto para 1.450 (Viegas, 2004; Wünsch Filho *et al.*, 2010).

No Brasil, a pressão econômica e o “lobby” da indústria tabagista tornaram difícil a obtenção de legislação específica para o combate ao tabagismo. No entanto, comparativamente à pobreza de normas jurídicas sobre a matéria, nas últimas legislaturas tem surgido grande riqueza de proposições legislativas que não progrediram

sendo, na sua maioria, arquivadas por não terem sido apreciadas até o final da legislatura, ou consideradas prejudicadas, ou por serem recusadas (Nóbrega *et al.*, 2009; Secco, Vianna, Nóbrega, Loureiro, & Teixeira, 2013).

O objetivo do estudo foi investigar os aspectos sociais relacionados à iniciação e ao uso do tabaco por indivíduos idosos.

Procedimentos Metodológicos

Este estudo é de caráter quantitativo e qualitativo, e foi utilizado questionário de tolerância à nicotina, e um instrumento contendo perguntas previamente estruturadas, que foram respondidas de forma escrita ou através de entrevistas que foram transcritas pelo pesquisador. Esta pesquisa apresenta características de um estudo transversal prospectivo, no qual foi estudada uma amostra de 80 indivíduos, calculada pela fórmula $E/S \alpha = 05 \beta = 20$ (American Psychiatric Association, 1996); (onde E/S é a magnitude do efeito esperado dividido pelo desvio-padrão da variável de desfecho, α = erro alfa de 5% e β erro beta de 20%); foram incluídos idosos tabagistas com ou sem doenças tabaco-relacionadas e previamente diagnosticadas; foi necessário que estes indivíduos apresentassem boas condições físicas e mentais para responderem aos questionários utilizados para esta pesquisa.

Casuística

Foram incluídos neste estudo indivíduos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, não tabagistas, e tabagistas com história de tabagismo superior a 20 maços/ano, ou seja, o equivalente a fumar um maço de cigarros por dia durante 20 anos, e que não apresentassem demência ou condições que os impossibilitassem a responder aos instrumentos de coleta de dados.

Foram inicialmente avaliados, neste estudo, 166 indivíduos idosos com idade superior a 60 anos; 50% da amostra era tabagista G1, com história tabágica, maior do que 20 maços/anos; e 50% eram não tabagistas G2. Seis indivíduos foram excluídos. Um, por dados inconsistentes e contraditórios; dois, porque não assinaram o termo de

consentimento livre e esclarecido; e um, porque não respondeu a todas as questões dos questionários. Dois outros casos foram excluídos da análise, pois não sabiam se tinham alguma doença tabaco-relacionada, diagnosticada pelo médico.

Os questionários foram aplicados na residência dos indivíduos pela pesquisadora principal, acompanhada do agente de saúde; 19 questionários foram lidos para os participantes e a pesquisadora transcreveu as respostas para os questionários; 13 indivíduos receberam mais de uma visita em sua residência, motivadas por responder a questões não respondidas na primeira visita.

Todos os idosos que participaram deste estudo recebiam atendimento do Programa de Saúde da Família da Região do Capão Redondo, localizado na cidade de São Paulo.

Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em cumprimento às exigências da Resolução n.º 466/12 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética do curso de pós-graduação em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob o Parecer n.º 190/2004.

Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação do questionário de tolerância à nicotina para o grupo tabagista, o qual foi aplicado pelos agentes comunitários de saúde da região do Capão Redondo (SP). Todos responderam ao questionário.

Outro instrumento utilizado foi uma entrevista realizada por meio de perguntas previamente estruturadas, que foram aplicadas em 100% da amostra.

O propósito da aplicação deste instrumento foi conhecer os componentes emocionais, sociais, clínicos e características dos idosos tabagistas e não tabagistas.

Validação do roteiro de entrevista

As questões elaboradas para a entrevista foram primeiramente aplicadas em um estudo-piloto com 10 pacientes, em que se revelaram de boa aplicabilidade (média de 4,8 minutos para resposta), fácil entendimento, e boa reprodutibilidade, $r = 0,86$ $p = 0,0003$. Neste estudo, também foi aplicado o questionário de tolerância à nicotina. Os dados correspondentes às respostas dos indivíduos referentes ao questionário de tolerância à nicotina (ter ou não dependência à nicotina) foram utilizados para calcular a amostra.

Os dados coletados pelo questionário de tolerância à nicotina e a entrevista abordam aspectos sobre: hábitos tabagísticos, grau de dependência à nicotina, conhecimento sobre os malefícios ocasionados pelo uso do cigarro, causas possíveis que levaram o participante a este hábito, bem como possíveis prejuízos sociais e financeiros provocados pelo cigarro.

O questionário de tolerância à nicotina (Halty, Hüttner, Oliveira Netto, Santos, & Martins, 2002) tem seis questões em um único domínio, com pontuação pré-estabelecida para cada resposta. A pontuação máxima é 11 pontos, sendo classificado o grau de dependência conforme a pontuação: entre 1 a 4, dependência leve; 5 a 7, dependência moderada; 8 a 11, dependência importante.

Após a coleta dos dados, os indivíduos foram distribuídos em dois grupos para análise. O grupo 1 foi formado pelos indivíduos fumantes. O grupo 2 foi formado por indivíduos não fumantes.

Análise Estatística

Os resultados estão expressos em médias e desvios-padrão, sendo as diferenças entre as médias avaliadas pelo teste *t student* para os dados pareados e Wilcoxon para os dados não pareados. As variáveis categóricas de dependência à nicotina, hábito tabagístico e escolaridade foram analisadas pelo teste do Qui-quadrado.

Para a associação entre a idade, dependência da nicotina e a quantidade de maços/ano consumida foi utilizado o teste de correlação de Pearson.

O risco foi avaliado por meio do *odds ratio*. Foi considerado como significativo um $p < 0,05$.

Resultados

A média da idade foi de $66,7 \pm 5,9$ e 67 ± 13 anos para G1 e G2, sendo a idade mínima e máxima de 60 e 80 anos, respectivamente. A média de moradores por residência foi de $3,4 \pm 1,5$; e $4,6 \pm 2,1$; e o número mínimo e o máximo de moradores por residência foi um e sete, nos G1 e G2, respectivamente.

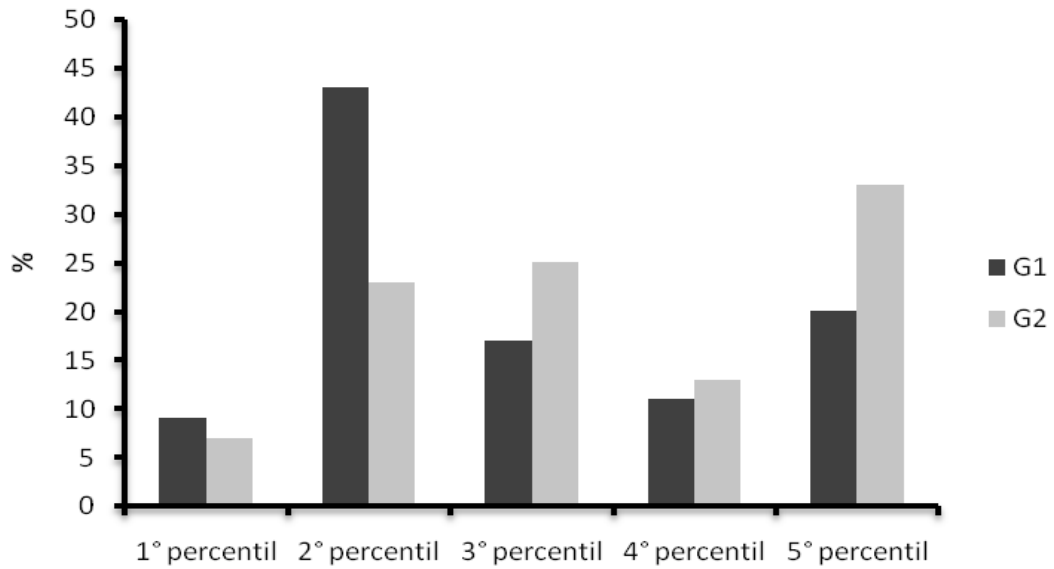
Quanto ao *status* educacional, foram consideradas as seguintes opções: analfabeto, primário, ginásio, segundo grau, e terceiro grau. Foi considerado analfabeto o indivíduo que não lê, não escreve ou escreve apenas o nome; as demais opções foram consideradas quando cursadas por completo.

Para os indivíduos nos G1 e G2, respectivamente: 53% e 31% tinham apenas o primário completo ($p=0,01$), 25% e 16% eram analfabetos ($p=0,04$), 11% e 24% concluíram o ensino fundamental ($p=0,002$), 8% e 19% o segundo grau ($p=0,03$) e 3% e 10%, tinham terminado ensino superior ($p=0,05$).

Foi analisado o número de indivíduos que recebem benefícios do sistema de previdência social do governo, verificando-se que 71% e 89% nos G1 e G2 são beneficiários do sistema, 36% e 43% referem ser esta a principal renda da família G1 e G2, respectivamente.

Para análise da renda mensal dos indivíduos participantes deste estudo, utilizou-se o critério de percentis. O primeiro percentil corresponde à faixa de renda menor do que R\$ 250 reais por mês; o segundo, renda entre R\$ 250 e 500 reais; o terceiro percentil, o correspondente entre R\$ 500 e 750 reais; o quarto, entre R\$ 750 e 1.000 reais; e o quinto, valores superiores a R\$ 1.000,00.

Para o 1º percentil, houve 9% e 7%; no 2º, 43% e 23%; no 3º percentil, 17% e 25%; no 4º percentil, 11% e 13%; e no 5º percentil, 20% e 33%, nos G1 e G2, respectivamente. A mediana corresponde ao 2º percentil (Figura1).



*p=0,002

‡p<0,0001

Figura 1 – Distribuição do ganho salarial mensal por famílias em 160 idosos da cidade de São Paulo (SP), em 2004

Foi visto que existe forte associação entre a idade em que o indivíduo começou a fumar e o número de cigarros fumados, ou seja, quanto mais cedo o indivíduo começou a fumar, maior é o número de cigarros que o indivíduo fuma por dia (Figura 2).

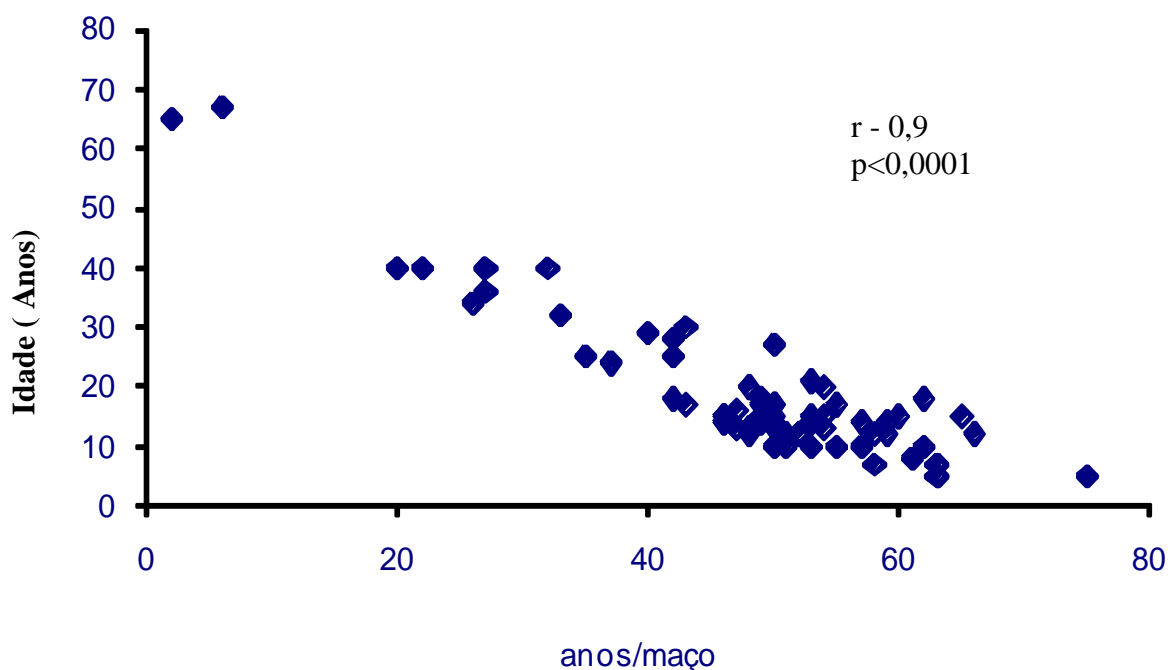


Figura 2 – Correlação entre a idade que começou a fazer uso do cigarro com maços/ano em 160 idosos tabagistas, São Paulo (SP)

Entretanto, não foi encontrada associação entre o número de cigarros fumados por dia e o grau de dependência à nicotina ($r=0,26$) ($p=0,08$).

A Figura 3 mostra o risco de o indivíduo ser tabagista em função do nível de escolaridade; foi visto que o risco de um indivíduo analfabeto ser tabagista é OR 4,5 IC 95% (1,3 a 6,8) maior do que um indivíduo com nível superior e, para aquele que concluiu apenas o primeiro grau, o risco é OR 2,4 IC 95% (1,7 a 5,8) maior do que um indivíduo com nível superior.

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de confiança 95%	P
Terceiro grau	1,0		
Segundo grau	1,3	0,87 a 4,52	0,56
Primário	2,4	1,7 a 5,8	0,004
Analfabeto	4,5	1,3 a 6,8	<0,0001

Figura 3 - Análise de risco para 160 idosos serem tabagistas, segundo a escolaridade

Após o estabelecimento do risco relativo de fatores que influenciam o indivíduo a tornar-se fumante, verificou-se que ter amigos que fumam é um fator de risco, 1,6 (0,22 a 2,0) maior em relação a pais que fumam; ter pais que fumam representa risco relativo maior 2,8 (1,28 a 6,35) em relação à curiosidade; e 6,6 (2,06 a 21,51) em relação ao cônjuge; amigos que fumam representam risco maior do que cônjuge fumante 6,4 (3,09 a 13,3). Quando avaliado o risco para indivíduos se tornarem fumantes, quando estes têm pais fumantes, em relação a outros riscos, como “desilusões”, morte de parentes, desespero, espantar mosquitos, falta de dinheiro, revolta e “abandono”, foi encontrado um risco menor 0,7 (0,44 a 1,15). Entretanto, se analisarmos os dados conjuntamente de pais e amigos que fumam, o risco é maior do que quando comparado à soma de todos os outros fatores RR 1,6 (1,11 a 2,31); para o item curiosidade, o risco relativo foi de 6,4 (3,09 a 13,3). (Figura 4).

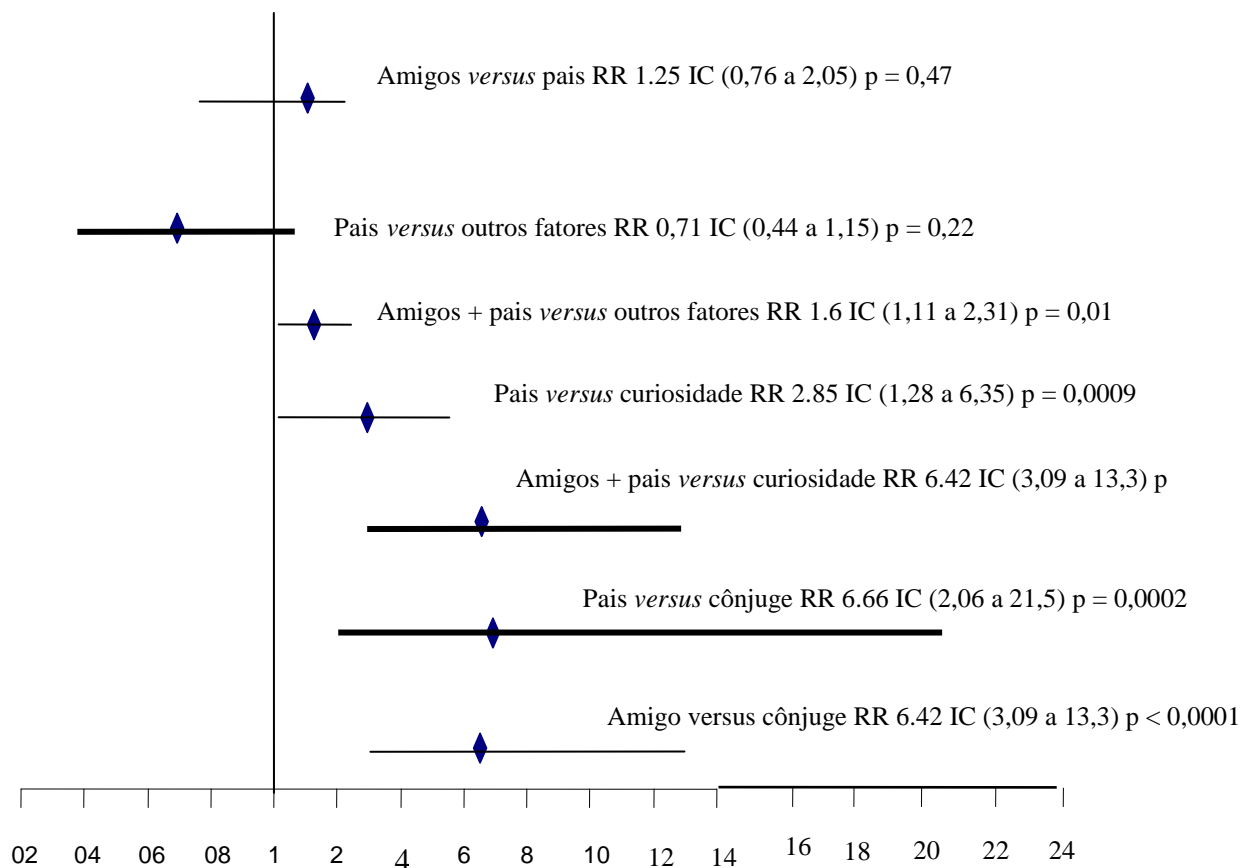


Figura 4 - Risco relativo de fatores que influenciaram 160 indivíduos idosos para o início do tabagismo

Entre os indivíduos fumantes, 47%, 37% e 16% tinham grau de dependência à nicotina leve, moderada, e importante, respectivamente (Figura 5); não foi encontrada diferença de pontuação do Fagerström entre homens e mulheres, assim como, proporcionalmente, também não houve diferença entre homens e mulheres para os determinados graus de dependência à nicotina.

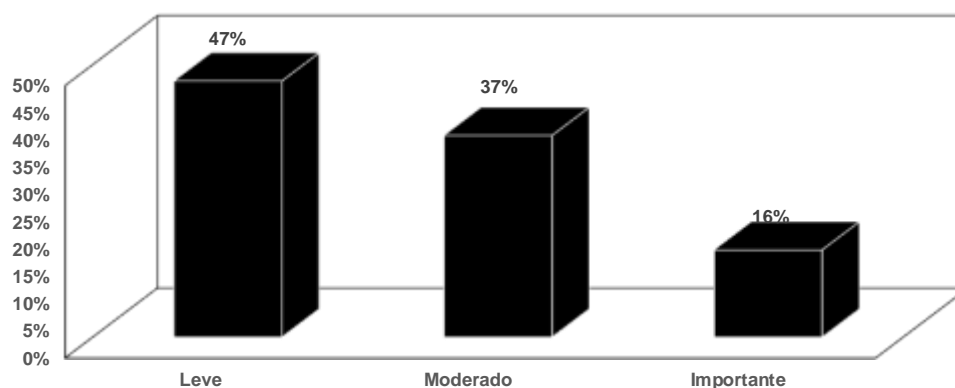


Figura 5 – Avaliação do grau de dependência à nicotina para os idosos participantes do estudo

Discussão

Dentre os resultados deste nosso estudo com indivíduos idosos e fumantes ativos, alguns merecem consideração especial; primeiro mais de 50% da nossa amostra tem renda familiar menor do que quinhentos reais por mês; e a principal fonte de renda para 71% é a aposentadoria; segundo, não foi encontrada correlação entre o tempo de exposição ao tabaco e o grau de dependência à nicotina; terceiro, o ato de fumar esteve mais presente entre os indivíduos com menor nível educacional; quarto: existem fatores relacionados ao início do tabagismo sendo que pais e amigos fumantes são os fatores mais influentes.

A repercussão social do tabagismo sobre as famílias é algo que deve ser mais estudado, pois o ato de fumar é relativamente caro e pode comprometer o orçamento familiar (OPAS, 2003; Prabhat *et al.*, 2013; Wünsch Filho *et al.*, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) traça como linha de absoluta miséria a renda de um dólar ao dia por indivíduo; já o Programa de Previdência Social (INSS) estabelece um salário mínimo por indivíduo ao mês para atender as necessidades mais básicas. Isto denota que esta população está sobrevivendo em condições financeiras desfavoráveis (Banco Mundial, 2003).

Estudo realizado em países em desenvolvimento mostrou que, nos indivíduos mais pobres e com menos acesso à educação, a prevalência de tabagismo é maior do que em países desenvolvidos, e com a projeção da incidência de tabagistas aumentar em países mais pobres (Paskulin, & Vianna, 2007). Os resultados deste estudo não diferem dos aqui encontrados, já que alguns entrevistados, afirmaram que "para outras coisas pode faltar o dinheiro, mas não para o cigarro, pois é um alimento" (Lisboa *et al.*, 2013; Oliveira, Gomes, & Paiva, 2011).

No presente estudo, verificou-se que o risco maior de fumar de um indivíduo analfabeto, ou com apenas o primário completo, é de duas a quatro vezes, em relação a indivíduo com nível superior completo. A indústria do tabaco direcionou por muito tempo a propaganda do cigarro para a população em massa. No Brasil, no início da década de 1990, a prevalência de fumantes era de 32%; entretanto, não havia diferença de prevalência de fumantes entre as classes sociais ou níveis educacionais (INCA-Instituto Nacional de Câncer, 2009; Wunsch Filho *et al.*, 2010). Hoje, com a proibição da divulgação em massa do cigarro, e com maior grau de informações sobre os possíveis males ocasionados pelo tabagismo mudou esta realidade. A prevalência caiu de 32% para 14,5% em 2003 (INCA-Instituto Nacional do Câncer, 2009). Entretanto, houve aumento da prevalência entre as mulheres, e a redução não foi tão eficiente principalmente entre os indivíduos de classe social D e E, e de menor nível educacional, quando a prevalência é duas vezes maior. O principal fator que, entre as mulheres, não reduziu a prevalência semelhante à encontrada nos homens, foi o novo *status* da mulher que a expôs aos mesmos fatores de risco do homem. E quanto ao nível educacional, provavelmente isso ocorra, pois o nível e a quantidade de informações que chegam ao indivíduo com menor escolaridade é menor, e este indivíduo tem maior dificuldade de interpretar a informação, ficando mais predisposto a influências de amigos ou pessoas que com ele têm contato (Meier, Vannuchi, & Secco, 2011; Senger *et al.*, 2011). Há de se considerar, por exemplo, a influência de familiares muito próximos que podem também afetar os mais jovens (Lodovici & Lodovici Neto, 2006).

Fumar há muito deixou de ser um ato de glamour e é, hoje, o comportamento que mais produziu mortes na história da humanidade. Em um século, o cigarro matou mais do que as epidemias dos últimos dois mil anos. Há cerca de cinco milhões de mortes, anualmente, devidas a doenças tabaco-associadas.

O cigarro é o produto de consumo mais vendido em todo o mundo, comanda milhões de compradores leais e tem um mercado em franca expansão satisfetíssimo os fabricantes têm orgulho de exibir seus lucros impressionantes, a indústria tabaqueira influencia a política e tem prestígio econômico. O único problema é que seu consumo continua a ser a principal causa de morte evitável, e seus mais fieis clientes estão morrendo (Kumpel *et al.*, 2010).

Segundo o Banco Mundial (2003), o tabagismo se concentra entre a população de mais baixa renda e de menor escolaridade. Entre os 1,3 bilhões de fumantes no mundo, 80% estão nos países considerados pobres ou em desenvolvimento, e sendo que o tabagismo faz chefes de família deixarem de comprar alimentos para comprar cigarros. Somente em Bangladesh, se as pessoas pobres deixassem de fumar, existiriam 10,5 milhões a menos de desnutridos; neste mesmo país, é mais barato comprar cigarros do que comprar alimentos (Banco Mundial, 2003). No Brasil, em 2014, o preço do cigarro variou de R\$ 4,50 a R\$16,90; se for considerado que o indivíduo fuma em média dois maços de cigarros por dia (Brasil Ministério da Saúde 2014) a um preço médio de R\$ 9,00, é o suficiente para alimentar um casal durante um dia e meio (Pardal, 2011; Wünsch Filho *et al.*, 2010).

Estudo desenvolvido entre os norte-americanos mostrou que os indivíduos dos sexos masculino e feminino que fumam durante toda a vida perdem 12 e 11 anos de sobrevida, respectivamente. Entretanto, se estes indivíduos pararem de fumar por volta dos 50 e 40 anos, recuperariam 9 e 10 anos, respectivamente (Prabhat *et al.*, 2013). Parece que o melhor é investir em campanhas para evitar o início do tabagismo na população jovem com menor acesso à educação e recursos financeiros (Prabhat *et al.*, 2013).

Conclusão

O estudo dos aspectos sociais relacionados ao tabagismo em 166 indivíduos tabagistas e não tabagistas mostrou que o tabagismo está mais presente entre os indivíduos com menor acesso à educação e aos recursos financeiros. Infere-se que o tabagismo pode levar ao empobrecimento da família, visto que fumar é caro e pode desviar recursos que deveriam ser destinados à compra de alimentos e à economia dessa família. Pais e amigos que fumavam foram os fatores de risco mais fortes para que indivíduos idosos tabagistas começassem a fumar.

Referências

- American Psychiatric Association. (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry*, 151, 1-31.
- Banco Mundial (2003, fev.). *Aspectos Econômicos do Tabagismo & do Controle do Tabaco em países em Desenvolvimento*. Documento organizado pela Comissão Europeia em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre o Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento.
- Brasil, Ministério da Saúde / Instituto Nacional do Câncer (INCA), 2014. *Relatório Interno de Avaliação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo*. Rio de Janeiro (RJ).
- 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 (DF). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36(3), 339-346.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer. (2009). Recuperado em 29 setembro, 2009, de: <www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>.
- Kumpel, C., Porto, E.F., Castro, A.A.M., Leite, J.R.de O., Margarida, Ú., & Oliveira, E.F.de S. (2010). Clinical characteristics of smoking related to assist elderly persons by PSF. *Rev. Bras de Medicina*, 67, 208-213.
- Lisboa, A.P.A.Z., Meereis, E.C.W., Gonçalves, M.P., & Vargas da Silva, A.M. (2013, dezembro). Análise comparativa entre idosos ex-tabagistas institucionalizados e não institucionalizados quanto à função respiratória, níveis de ansiedade, de depressão e de qualidade de vida. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(4), 65-77.

- Lodovici, F.M.M., & Lodovici Neto, P. (2006, dez.). O idoso e o discurso fílmico tabagista: efeitos de sentido de uma tal aproximação. *Revista Kairós Gerontologia*, 9(2), 87-112.
- Halty, L.S., Hüttner, M.D., Oliveira Netto, I.C.de, Santos, V.A.dos, & Martins, G. (2002, jul.-ag.). Analysis of the use of the Fagerström Tolerance Questionnaire as an instrument to measure nicotine dependence. *J Pneumol*, 28(4), 180-186. (<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862002000400002>).
- Meier, D.A.P., Vannuchi, M.T.O., & Secco, I.A.O. (2011). Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. *Revista Espaço para a Saúde*, 13(1), 35-44.
- 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.
- Oliveira, E.R.A.O., Gomes, M.J., & Paiva, K.M. (2011). Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória (ES). *Esc Anna Nery*, 15(3), 518-523.
- OPAS (2003a). Organização Pan-Americana da Saúde. *A rentabilidade à custa de gente: atividades da indústria do tabaco para comercializar cigarros na América Latina e Caribe e minar a saúde pública*. Recuperado em 02 julho, 2013, de: <http://200.152.193.254/novosite/atualizacoes/as_142.htm>
- OPAS (2003b, abril). Organização Panamericana de Saúde. *Os Argumentos dos opositores do Controle do Tabagismo: Sugestões de respostas às questões mais frequentes*.
- Pardal, C. (2011). O efeito de fumar na meia idade na qualidade de vida na terceira idade. *Revista Factores de Risco*, 20, 86-90.
- Paskulin, L.M.G., & Vianna, LA. (2007). Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*, 41(5), 757-768.
- Pereira, R.J., Cotta, R.M.M., Franceschini, S.C.C., Ribeiro, R.C.L., Tinoco, A.L.A., Lina Rosado, L.E.F.P.L.R., & Campos, M.T.F.S. (2010). Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. *Rev Med Minas Gerais*, 20(1), 5-15.
- Prabhat, J.H.A., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson, R.N., McAfee, T., & Richard Peto, F.R.S. (2013, Jan.). 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States: *N Engl J Med*, 368(4), 341-350.
- Secco, T.F.V., Vianna, L.G., Nóbrega, O.de T., Loureiro, A.M.L., & Teixeira, R.da C. (2013, junho). Dependência nicotínica e razões para fumar em idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(3), 239-250.
- Senger, A.E.V., Ely, L.S., Gandolfi, T., Schneider, R.H., Gomes, I., & Carli, G.A. (2011). Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 14(4), 713-719.

Tromas, M., Walker A., Wilmot, A., & Bennett, N. (1998). *Lg in Britain: results from the 1996 general household survey*. Office for National Statistics. London (England): The Stationery Office.

Viegas, C.A.de A. (Coord.). (2004, ag.). Diretrizes para a cessação do Tabagismo, 2002. São Paulo (SP). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30(Supp.2). (<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132004000800002>). Recuperado em 03 maio, 2013, de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002>.

Wünsch Filho, V., Mirra, A.P., López, R.V.M., & Antunes, L.F. (2010, jun.). Epidemiologia do tabagismo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 13(2), 175-187.

Recebido em 01/09/2014

Aceito em 30/09/2014

Claudia Kümpel – Fisioterapeuta e Engenheira Civil, Mestre em Gerontologia (PUCSP). Professora de Geriatria e Gerontologia da Universidade Adventista de São Paulo.

E-mail: claudiakumpel10@gmail.com

Antonio Adolfo Mattos de Castro – Fisioterapeuta, Mestre em reabilitação pulmonar e Doutor em Pneumologia (UNIFESP) professor de Fisioterapia em Pneumologia da Universidade Federal do PAMPA.

E-mail: antonioamcastro@yahoo.com.br

Thais Regina Freitas - Pesquisadora do Centro de Reabilitação em Geriatria da Universidade Adventista de São Paulo.

E-mail: thaisfreitas1995@hotmail.com

Jonatas Silva Souza - Fisioterapeuta e bacharel em Ciências da Computação, Mestre em Promoção da Saúde e Estilo de Vida (UNASP). Coordenador de Unidade do Programa de Saúde da Família da PMSP.

E-mail: jonatas.souza@unasp.edu.br

Elias Ferreira Porto – Fisioterapeuta com especialidade em Cardiologia (INCOR-USP), Mestre em Reabilitação Pulmonar e Doutor em Medicina Translacional (UNIFESP), Professor de Cardiologia do UNASP e Professor e Orientador do Mestrado em Promoção da Saúde e Estilo de Vida da Universidade Adventista de São Paulo.

E-mail: eliasporto@gmail.com