

1. INTRODUÇÃO

A dependência de nicotina é atualmente a principal causa de morte passível de prevenção e um dos mais importantes problemas de saúde pública em diversos países. Estima-se que 1/3 da população mundial fume, e que 3 milhões e 500 mil destes morrem por ano (Marques et *al.*, 2001). As pesquisas apontam que 60% daqueles que venham a fumar por mais de 6 semanas irão continuar fumando por mais 30 anos e 30 a 50% destes, evoluem para dependência (US Department of Health and Human Services, 1994).

No mundo existe cerca de 1 bilhão e 300 milhões de fumantes, acarretando 4 milhões de mortes e 50 milhões de incapacitados por ano por doenças tabaco-relacionadas (Carvalho, 2000)

1.1 A nicotina

A nicotina é um alcalóide, que tem efeito estimulante da atividade do sistema nervoso central, por meio da liberação de neurotransmissores, especialmente a dopamina e serotonina, que também são responsáveis pelos mecanismos de prazer e satisfação. O uso prolongado desenvolve tolerância e pode levar à dependência (Salgado et *al.*, 2002). É uma substância vasoconstrictora e com este efeito aumenta o trabalho cardíaco e sobrecarrega o sistema cardiovascular. A nicotina favorece o depósito de colesterol, dificultando o fluxo sanguíneo, entre as 15 pessoas que morrem de infarto do miocárdio com menos de 45 anos, 14 delas são fumantes (Salgado et *al.*, 2002).

Além da nicotina no cigarro, após a combustão do tabaco, forma-se o alcatrão que possui 43 substâncias causadoras de câncer, entre eles: arsênico, benzopirenos, cádmio, cianeto, chumbo, mercúrio, níquel, resíduos de pesticidas (como o DDT), herbicidas, agrotóxicos e até substâncias radioativas como o

carbono 14 e o polônio 210. Além disso, existe o monóxido de carbono que é absorvido pelo sangue, causando intoxicação do organismo e ocupando o lugar do oxigênio na respiração celular, prejudicando todos os sistemas orgânicos. Acetonas, acroleína, acetaldeído e formaldeído são também componentes do cigarro, substâncias irritantes do sistema respiratório, que causam a paralisação dos movimentos dos cílios dos brônquios, acumulando secreções, causando pigarro, tosse e favorecendo infecções respiratórias e bronquite crônica (Salgado et al., 2002). No cigarro é colocada a amônia que aumenta a liberação e absorção da nicotina pura. A exposição prolongada pode ocasionar irritação no pulmão, tosse, redução da capacidade respiratória e edema pulmonar (Salgado et al., 2002). Já o chumbo fica depositado no organismo e pode ocasionar, mudanças de humor, dores de cabeça, distúrbios estomacais, insônia e hipertensão (Salgado et al., 2002).

O potencial dependógeno da nicotina é de 80%, só perdendo para a cocaína com 90% e a heroína com 95% se levarmos em consideração que entre essas drogas, apenas o cigarro é considerado uma droga lícita, seu potencial de risco se torna ainda pior. Com o tempo, o organismo desenvolve tolerância que é a capacidade de adaptar-se à substância e necessitar de uma dose maior para obter o mesmo efeito inicial. Ao retirar-se a substância desencadeia-se a síndrome de abstinência, cujos sintomas são desconfortáveis. São eles: ansiedade; irritação/mau humor; insônia ou excesso de sono; tontura/vertigem; alheamento/sensação de estar aéreo; dificuldade de concentração/confusão mental; depressão/desânimo/oralidade exacerbada (aumento do apetite) e fissura (ânsia de fumar) (Salgado et al., 2002).

1.2 Saúde

Homens fumantes têm 100% mais probabilidade de morrer de câncer, sendo que 10 vezes mais de câncer de pulmão comparado com os não-fumantes (Ministério da Saúde, 1997). Além disso, ainda apresentam risco de 100% a 800%

de contrair infecções bacterianas e viróticas, câncer de boca, laringe, esôfago, pâncreas, rim e bexiga, se comparado com os não-fumantes (Ministério da Saúde, 1997). Ajax (1979), observou que os fumantes que já tenham atingido a faixa etária de 50 anos e que tenham fumado 20 cigarros ou mais por dia durante 30 anos têm risco de 80% de morrer nos próximos dois anos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o uso do tabaco é a única causa evitável de doenças e morte (Mahler, 1989). As incidências de morte ocasionadas pelo uso do tabaco são: 87% por câncer de pulmão; 82% por bronquite crônica e enfisema pulmonar; 21% por cardiopatias coronarianas; 30% por outros tipos de câncer e 25% por doenças cerebrovasculares, reduzindo a expectativa de vida de seu portador (Tarantino, 1984; Salgado et al., 2002).

Além de todas essas doenças, o tabaco está relacionado à baixa imunidade, desenvolvimento de tuberculose ativa e favorece o desenvolvimento do HIV precocemente (Buskin et al., 1997). Outra doença associada ao uso de tabaco é a degeneração macular, uma das principais causas da cegueira em idosos acima de 65 anos, com incidência dobrada se comparado aos não-fumantes (Silveira, 1997).

O risco de morrer por Doenças Tabaco-Relacionadas (DTR) cresce conforme o tempo de consumo e também pelo consumo diário de cigarros. É de 70% a probabilidade de um fumante não moderado morrer precocemente (Rigatto, 1980). O consumo de tabaco mata mais que juntos as mortes ocasionadas pela heroína, cocaína, álcool, a AIDS, os incêndios, os suicídios, os homicídios e os acidentes automobilísticos (CLACCTA, 1988). Nos países desenvolvidos, na última década do século XX, houve a morte de 2 milhões de pessoas ao ano por DTR, sendo que 70,2% do sexo masculino e 29,8% do sexo feminino (CDC, 1992). No Brasil, morre cerca de 100.000 pessoas por ano, vítimas de doenças tabaco-relacionadas (Radeki, 1994).

O consumo de tabaco por mais de 20 anos pode levar à impotência irreversível, já que esta causa o envelhecimento progressivo das artérias, inclusive as penianas (Chibantes et al., 1980). O tabaco interfere na circulação arterial do

coração, cérebro, membros inferiores e superiores, pele e inclusive do pênis (MAYO, 1997).

1.3 Doenças Pulmonares

O consumo do tabaco interfere em duas funções básicas do pulmão, dificultando a entrada e saída do ar e reduz o leito capilar, dificultando a chegada do sangue aos alvéolos, prejudicando as trocas gasosas (Rigatto, 1969). Entre fumantes ocorrem com mais frequência as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) que entende-se como o conjunto de duas patologias: a bronquite crônica e enfisema pulmonar, que possuem em comum a obstrução brônquica (Jansen da Silva, 1986). O enfisema pulmonar, depois de adquirido, é irreversível, mas com a cessação do uso evita o avanço da doença (Carvalho, 2000). O pulmão não é o único órgão a sofrer com o cigarro, mas é o órgão de choque (Rigatto, 1979).

Muller já em 1939, constatou que 87,5% dos seus pacientes com câncer de pulmão eram fumantes, corroborando a relação direta entre tabaco e o câncer de pulmão (Costa, 1984).

1.4 Doença Cardiovascular

O sistema cardiovascular também é afetado pelo uso do tabaco, acarretando arteriosclerose, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e doenças vasculares periféricas (Carvalho, 2000). Conforme o Ministério da Saúde as DTR causadoras de morte são: doença coronariana, doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônicas (enfisema e bronquite), câncer de pulmão, traquéia e brônquios, câncer de lábios, de cavidade oral e de faringe, câncer de esôfago, pâncreas, bexiga, rim e de outros órgãos urinários (Carvalho, 2000).

1.5 Câncer

Num estudo realizado na Noruega, onde os fumantes foram monitorados durante 28 anos para detectar as possíveis doenças relacionadas ao tabaco, foi constatado a relação do tabaco com o câncer de bexiga, do trato digestivo superior e do trato respiratório, além do câncer de pâncreas. Engeland et *al.* (1997) relata que o tabaco tem uma relação de baixo risco com os cânceres de estômago, cólon, mama, corpo uterino, ovário, próstata, fígado e leucemia.

Nos Estados Unidos hoje, o câncer de pulmão vitima aproximadamente 194.000 pessoas, sendo 94.000 do sexo masculino e 66.000 do sexo feminino. Assim, o câncer de pulmão é considerado o segundo tipo de tumor mais diagnosticado, perdendo somente para o câncer de mama e próstata (Boring, 1992). O tabaco também está relacionado aos cânceres de língua, glândulas salivares, boca e faringe. Em relação ao câncer da cavidade oral, do total, 91% dos casos ocorre em pessoas do sexo masculino e 61% do sexo feminino, ambos fumantes (Ministério da Saúde, 1991). O câncer de cavidade oral, segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer), é a sexta patologia com mais incidência na população do sexo masculino, já no sexo feminino, a incidência é menor. Contudo, há relatos de que a proporção é igual entre ambos os sexos (Carvalho, 2000). O câncer de cavidade oral é praticamente inexistente em não-fumantes, sendo característico dos fumantes (Morais, 1996). O câncer de laringe ocorre principalmente em fumantes (Carvalho, 2000).

Um estudo realizado entre 1986 e 1993 na Suécia, onde foi estudado pacientes com uso de tabaco e álcool e pacientes sem o uso dessas duas substâncias, constatou-se que, nos casos de câncer de laringe, os não-fumantes e não-bebedores desenvolviam a doença aproximadamente 10 anos mais tarde que os fumantes e bebedores e demonstravam também uma alta taxa de sobrevivência, já que a localização das lesões eram na glote, região de fácil acesso e conseqüentemente de fácil diagnóstico o que não ocorreu nos fumantes

e bebedores, pois estes têm o câncer localizado em áreas de difícil acesso, dificultando assim, o diagnóstico (Agudelo et al., 1997).

A média de idade dos pacientes quando foi dado o diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço era de 62,3 anos, sendo 80% do sexo masculino. Sendo ainda que 79% dos casos, apresentavam tumores de células escamosas e 21% recorrência de carcinoma. O sítio mais freqüente no sexo masculino foi a laringe e no sexo feminino a cavidade oral, entretanto, a etiologia é a mesma, uso de tabaco e álcool, já que foi constatado em 95% dos casos de câncer de cabeça e pescoço (Almovar et al., 1996).

A ocorrência de câncer de pâncreas nos fumantes é considerada alta, o dobro se comparado com os não-fumantes e também é demonstrado a relação dose-resposta (Rosemberg, 1988). Outra doença muito comum entre os fumantes é o câncer de bexiga, pois há registros de que o risco de se desenvolver a doença se comparado com os não-fumantes é de 50% a 80% maior, sendo a maior incidência em idosos (Ministério da Saúde, 1987).

Os casos de morte por câncer de esôfago relacionados ao tabaco em 1998 corresponderam a 60% dos casos, pois nesta doença dificilmente ocorre a cura porque além de ser de grande gravidade, ainda está associada à desnutrição. (Lopes, 1986). Ainda não se comprovou a relação entre câncer de estômago e tabaco, mas entretanto, existe uma relação entre tabaco e úlcera gástrica, sendo indicada por um estudo realizado no Canadá onde 47% dos pacientes, eram fumantes (Massarollo et al., 1985).

Quanto ao câncer de estômago há poucos estudos comparando com o uso de tabaco, mas alguns estudos indicam que os fumantes possuem a ordem de 1,5-1,6 maior o risco de desenvolver a doença do que os não-fumantes (Hrayama, 1981). Entretanto, existe uma relação entre tabaco e úlcera gástrica, sendo indicada por um estudo realizado no Canadá onde 47% dos pacientes, eram fumantes (Massarollo et al., 1985).

Conforme o Ministério da Saúde, o câncer de próstata está relacionado com o tabaco conforme alguns estudos, mas ainda não foram realizados muitos estudos que comprovem esta relação (Carvalho, 2000).

Num estudo ocorrido nos Estados Unidos, foi constatado que entre os cânceres de pele, o câncer de células escamosas tem incidência maior em fumantes e está relacionado com o número de cigarros fumados e o tempo de consumo (Fielding et al, 1994).

1.6 Transtornos Mentais

O consumo de tabaco interfere no humor e a abstinência piora o humor transitoriamente desencadeando ansiedade e alterações na cognição, pois o consumo e a síndrome de abstinência interferem nos principais sistemas de neurotransmissão, que modulam o humor e estão alterados nos transtornos psiquiátricos.

A dependência de nicotina aumenta o consumo de álcool e outras drogas (Kao et al., 2000). A dependência de cocaína e maconha tem maior ocorrência em tabagistas (Breslau, 1995). Uma das explicações, seria que o consumo de drogas lícitas (tabaco e álcool) poderia expor os jovens a uma sub-cultura, levando-os a utilizar drogas ilícitas (Donovan e Jessor, 1983).

Estudos em hospitais e ambulatórios psiquiátricos demonstraram a prevalência da relação entre dependência de nicotina e doença mental, tendo como prevalência alta (Hughes et al., 1986). Aqueles que possuem doença mental têm duas vezes mais chances de fumar se comparado com pessoas sem a doença, sendo que aqueles que possuem mais de uma doença mental, consomem mais e tem maior prevalência do que os que possuem somente uma doença mental (Lasser et al., 2000). Pacientes com esquizofrenia, mania, depressão, ansiedade e transtorno de personalidade e também naqueles que já haviam sido internados na ala psiquiátrica apresentam prevalência da dependência de nicotina (Hughes et al., 1986).

Na relação tabaco e depressão, o grau de depressão foi maior em mulheres fumantes e ex-fumantes. Os fumantes depressivos podem apresentar sintomas com maior frequência de humor deprimido, anedonia e queixas somáticas. A

nicotina desencadeia alterações funcionais que acarretam a depressão (Carmody, 1989). Pacientes que possuem sintomas depressivos podem usar a nicotina como uma forma de auto-medicação (Anda et al., 1990). A depressão entre os fumantes pode estar relacionado com o afeto negativo e retardo psicomotor (Pomerleau et al., 2003). Fumantes com depressão tem mais sintomas de abstinência, podendo assim justificar a associação entre tabaco e depressão (Breslau et al., 1992). Talvez o tabaco esteja relacionado à auto-medicação, pois o tabaco aliviaria a ansiedade e melhora o humor pelo efeito inibitório na MAO ou mesmo por causa da genética (John et al., 2004).

Num estudo foi verificado que adolescentes com ansiedade social e fobia social tem mais probabilidade de vir a ser dependente de nicotina se comparado a aqueles que não possuem tais transtornos (Sonntag et al., 2000). O consumo diário de tabaco ou ocasional pode estar relacionado com o desenvolvimento de distúrbios do pânico ou ataques de pânico subseqüentes (Breslau et al., 1992). Estudo realizado por Waal-Manning e Hamel (1978) constatou a presença de sintomas de ansiedade em tabagistas, tendo como prevalência de 47%, sendo acima da população geral. Existem relatos do uso da nicotina como auto-medicação para o controle das crises de pânico (Brodsky, 1985). Existe a possibilidade dos ataques de pânico serem um dos motivações para a cessação do uso do tabaco (Breslau e Klein, 1999).

Os pacientes com esquizofrenia fumam mais e em maior quantidade do que aqueles com outros diagnósticos psiquiátricos (Hughes et al., 1986). Num estudo de meta-análise mundial sobre associação de cigarro e esquizofrenia, foi constatado que a razão de chances no sexo masculino aumentou para 7,2 e para o sexo feminino para 3,3. Os esquizofrênicos fumantes possuem maior chance de serem fumantes pesados, maior nível de dependência, menor taxa de abandono e maior chance de já terem feito uso de tabaco na vida em relação à população geral (De Leon et al., 2005).

Conforme Pomerleau et al. (1995), adultos com TDAH possuem maior prevalência de tabagismo, tendo mais dificuldade para aderir ao tratamento. Já os pacientes que tiveram o TDAH tratado de modo adequado obtiveram significativa

redução do uso do tabaco (Conners et al., 1996). A gravidade dos sintomas da dependência de nicotina está diretamente relacionada à gravidade do TDAH (Riggs et al., 1999). A desatenção, um dos sintomas do TDAH, analisado separadamente, está associado ao risco de 2,2 vezes maior para fumar, mesmo sendo controlado o transtorno de conduta (Burke et al., 2001).

Segundo VanDuijn e Hofman (1994), os fumantes teriam menor predisposição para o desenvolvimento da doença de Alzheimer do que a população geral. Já estudos de coortes realizados sugerem que o tabagismo aumenta a probabilidade das demências e da doença de Alzheimer (Ott et al., 1998)

Com a alta prevalência do consumo de tabaco na população, está crescendo o interesse pelos estudos relacionados ao tabaco e transtornos psiquiátricos (Malbergier et al., 2005).

O abuso/dependência a drogas e nicotina em São Paulo teve a prevalência de 0,9% no ano e 1,3 por toda a vida, sendo a maior prevalência em homens (Mello et al., 2007).

Há fatores de riscos para a saúde mental e existem fatores de risco comportamentais, que são: a dieta, consumo de tabaco, prostituição, uso de agulhas para injeção de drogas, porte de arma de fogo e não usar cinto de segurança (Mello et al., 2007).

Estudo realizado por Malbergier e Andrade (1999) no GREA (Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas), constatou que 52% dos pacientes usuários de cocaína que procuravam tratamento, também eram dependentes de nicotina.

Estudos relatam que a prevalência de tabagistas é maior em pacientes psiquiátricos (50% a 84%) do que em controles (27% a 58%) (Malbergier et al., 2005). Fumar diminui ainda o efeito terapêutico e aumenta os efeitos colaterais de muitas medicações psiquiátricas e está relacionado também com óbitos (Malbergier et al., 2005).

Estudo realizado por Kendler et al. (1993) com gêmeos constatou que o tabagismo e a depressão provavelmente seriam de caráter genético. No

tratamento da dependência de nicotina, a depressão pode predispor a recaídas e ao fracasso do sucesso do tratamento (Malbergier et al., 2005).

Num estudo realizado em Porto Alegre, sugere que as pessoas que consomem álcool tem 1.7 vezes maior a chance de fumar do que os que não bebem (Moreira et al., 1995).

Em um estudo realizado foi constatado que a dependência de nicotina tem relação com transtornos psiquiátricos, especialmente com depressão, esquizofrenia, TDAH e abuso de drogas. Além disso, está associado também com um risco maior de crises de pânico e pode haver ligação com o desenvolvimento da doença de Alzheimer (Malbergier et al., 2005).

1.7 Idosos

Markides et al. (1999) encontram na faixa etária de 65-74 anos do sexo masculino, a prevalência do tabagismo foi de 58%, sendo 6,6% para as mulheres. Os idosos apresentam taxas mais altas se comparado com os grupos jovens, sendo dos 15-24 anos (32%), 25-34 anos (53,2%), 35-44 anos (55,5%), 45-54 anos (37%) e 55-64 anos (44,5%).

Nos homens acima de 60 anos de um estudo realizado em Portugal, 31,4% iniciaram o uso de tabaco antes dos 18 anos (Porter et al., 2003). No Vietnã, os fumantes com 55 anos ou mais, iniciaram o uso antes dos 24 anos de idade (Santos et al., 2004).

Estudo realizado em idosos que fumam tabaco mostrou que aqueles que fumam tem maior probabilidade de desenvolver Mal de Alzheimer comparando-se com idosos que não fumam (Aggarwal et al., 2006).

O tabaco aumenta a probabilidade de doenças e incapacidades entre os idosos, e está associado com as mortes ocorridas pelas principais doenças (Marinho, 2006).

Quanto antes acontecer a cessação do uso, menor o prejuízo. Mas se a cessação acontecer aos 60 anos, apenas 10% dos malefícios serão evitados. Há

grandes benefícios em se abandonar o tabaco, mesmo isso ocorrendo depois dos 65 anos de idade, conforme a pesquisa de La Croix em 1989, nos EUA (Croix et al., 1991).

A dificuldade em se abandonar o consumo de tabaco na faixa de 65 anos de idade pode estar relacionado com o aumento do consumo nessa faixa etária (Jarvis et al., 2003). Na Suécia, dos 22% dos idosos fumantes que desejam parar de fumar, somente 5% conseguem atingir essa meta (Jenkins et al., 1997).

Pesquisas sobre cognição mostram que o impacto de fumar tem revelado resultados mistos, e um deles, é o efeito negativo especialmente em indivíduos idosos (Paul et al. 2006). Em compensação, em uma pesquisa que trabalha a relação entre baixa cognição em fumantes e não-fumantes, mostra que há uma relação negativa, principalmente em relação a memória na terceira idade (Starr et al., 2006).

Conforme o Censo de 2000, houve um aumento da população idosa (a partir de 65 anos), em 1991 era de 4,8% e em 2000 era de 5,5% do total da população brasileira, demonstrando que há uma necessidade de observar estes dados, já que há um aumento significativo desta população fazendo com que há um aumento de verba para setores direcionados a esta faixa etária, principalmente em relação à área da saúde (Mello et al., 2007).

Os fumantes idosos não têm a consciência dos riscos de fumar, subestimando os riscos e superestimando os benefícios, achando que os prejuízos já ocorreram e não tem mais o que se fazer (Orleans et al., 1994). No estudo realizado em Belo Horizonte por Lima-Costa em 2004, a prevalência de fumantes foi de 12,8% acima de 60 anos, 16,8% entre 20-29 anos, 23,1% dos 30-39 anos, 25,4% dos 40-49 anos e 20,4% dos 50-59%, sendo o número de cigarros consumidos maior nos idosos (Lima-Costa, 2004). Os idosos ainda têm a maior probabilidade de ser considerado fumante pesado, aumentando conforme se aumenta a idade, chegando a razão de 8 para igual ou maior de 65 anos, sendo constatado que a prevalência é de 30% de fumantes pesados nesta faixa etária (Lima-Costa, 2004).

1.8 Brasil

Pelos dados colhidos pelo IBGE em 1989, a prevalência de fumantes no Brasil era de 32,6%, correspondendo a 30,6 milhões de fumantes, sendo 55% do sexo masculino e 45% do sexo feminino (Rosemberg, 1995). Em um estudo realizado em Minas Gerais a prevalência de idosos fumantes entre 60-79 anos é de 20% e acima de 80 anos a porcentagem é de 11% (Lima-Costa et al., 2001).

No levantamento realizado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas) em 2001, o tabaco é a segunda substância com maior uso na vida na região sudeste com 43,6%. O uso em mulheres (19,7%) aumentou, e na faixa etária entre 12 a 17 anos, até ultrapassou o consumo entre os homens (13,9%) e de cada quatro usuários de tabaco, um se tornará dependente (Carlini et al., 2002). A prevalência da dependência em tabaco entre os acima de 35 anos é de 11,3%. Em 2000, 11,8% eram dependentes de nicotina no Brasil, tendo a prevalência para toda a vida de 23,6% (Mello et al., 2007).

Cinqüenta por cento da população brasileira com mais de 35 anos fizeram uso na vida de tabaco, sendo 61,4% do sexo masculino (Carlini et al., 2002).

Conforme pesquisa realizada pela ABRAÇO (Associação Brasileira Comunitária para a Prevenção do Abuso de Drogas), os homens (39%) fumam mais que as mulheres (25%) (Salgado et al., 2002).

2. JUSTIFICATIVA

Conhecendo melhor o perfil dessa população que são os idosos, se pode criar melhores estratégias para um tratamento mais adequado para esta população diferenciada.

OBJETIVO

Estudar o perfil de homens fumantes com mais que 55 anos que buscam tratamento em unidade especializada para dependência segundo a prevalência das doenças tabaco-relacionadas.

3 MÉTODO

Ofereceu-se tratamento de baixa exigência para fumantes jovens entre 18 e 54 anos, sem complicações orgânicas decorrentes, em uma Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas que consistia numa avaliação inicial detalhada e desintoxicação com diminuição gradual do número de cigarros fumados por dia por 3 semanas. A seguir encaminhavam-se os pacientes para um grupo de apoio para trabalhar estratégias de cessação e manutenção por 4 semanas.

Para os pacientes acima de 54 anos, considerados mais graves, estabeleceu-se um encaminhamento para locais onde se aplicasse o tratamento de primeira linha. Realizou-se um grupo focal para esclarecer o motivo do encaminhamento, quando foi garantido que ao final de 8 meses novo convite seria realizado para comparecer na unidade cujo objetivo seria avaliar o sucesso da intervenção breve aplicada para o encaminhamento.

Neste estudo pretende-se estudar o perfil dos homens fumantes acima de 54 anos, por meio do estudo dos homens encaminhados (fase I do TRATFUMO) e dos homens tratados (fase II do TRATAFUMO).

4. RESULTADOS

Dos 189 pacientes inscritos, 13,2% tinham mais que 55 anos, com idade média de 62 ± 8 anos, 36% com superior completo.

Desses pacientes, somente 17 compareceram ao ambulatório para o grupo focal, onde 41% desses pacientes possuía renda média familiar entre 3 a 5 salários mínimos, sendo 47% aposentados/pensionistas, pontuaram dependência grave, 71%, que motivaram-se para o tratamento em função das complicações orgânicas relatadas, entre elas, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças pulmonares crônicas (68%), 41,18% pontuaram média urgência para fumar (*Smoking Urge Brief*); 47,06% no estágio motivacional Contemplação (URICA); 35,30% pontuaram depressão mínima (Inventário de Depressão – Beck) e 52,95% ansiedade mínima (Inventário de Ansiedade – Beck).

Após o grupo focal estes pacientes foram encaminhados para atendimento de primeira linha pelo SUS.

Ainda não foi possível realizar a segunda fase da pesquisa, onde seria avaliado a intervenção breve com estes pacientes.

5. DISCUSSÃO

O insucesso no tratamento para cessar o uso de tabaco, tendo como um dos fatores o histórico anterior de depressão, ocorre com 61% dos casos, conforme o estudo realizado por Glassman et *al.* (1988). Neste estudo, encontramos o oposto, pois a maioria não sofre de depressão e nem ansiedade.

Estudo demonstra que deve-se explorar a percepção dos idosos fumantes sobre a importância de cessar o uso. Além disso, este estudo aponta que existem barreiras para o encaminhamento dos idosos fumantes, demonstrando uma necessidade de organização dos serviços de atendimento (Schmitt et *al.*, 2005). Mesmo a maioria dos idosos sendo grave, a maioria se encontra no estágio motivacional de Contemplação, demonstrando talvez que mesmo com a gravidade da dependência, a maioria ainda não se conscientizou realmente do grau da sua doença.

A maioria dos pacientes que foram encaminhados, não conseguiram iniciar o tratamento de primeira linha para tabaco por falta de vagas nos serviços que ofereciam tal tratamento, demonstrando a falta de preparo do sistema de saúde para este público.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Aggarwal NT, Bienias JL, Bennett DA, Wilson RS, Morris MC, Schneider JA, Shah RC, Evans DA The relation of cigarette smoking to incident Alzheimer's disease in a biracial urban community population. *Neuroepidemiology*. 2006;26(3):140-6. Epub 2006 Feb 21
- 2 Agudelo D, Quer M, Diez S, Burguês J. Laryngeal carcinoma in patients without a history of tobacco and alcohol use. *Head Neck* 1997; 19(3):200-204, Medline.
- 3 Ajax A S. O Drama do tabagismo. Rio de Janeiro: Guanabara, 1979:56-61
- 4 Almojar J, Perez S I, Arruza M, Morell C A, Baez A. Descriptive epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. *PR Health, Sci J* 1996; 15(4):251-255, Medline.
- 5 Anda, R.F.; Williamson, D.F.; Escobedo, L.G.; Mast, E.E.; Giovino, G.A. Remington P.L. - Depression and the dynamics of smoking. *JAMA* 264:1541-5, 1990.
- 6 Boring CG, Squires Y, Tong T et al. Cancer statistics on journal of Epidemiology 1992; 41: 19-28.
- 7 Breslau, N.; Klein, D.F. - Smoking and panic attacks: an epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 56:1141-7, 1999.
- 8 Breslau, N. - Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 25:95-101, 1995.
- 9 Brodsky, L. - Can nicotine control panic attacks? *Am J Psychiatry* 142:524, 1985.
- 10 Burke, D.B.; Loeber, R.; Lahey, B.B. - Which aspects of ADHD are associated with tobacco use in early adolescence. *J Child Psychol Psychiat* 42:493-502, 2001.

- 11 Buskin SE, Galle JL, Weiss NS et al. Tuberculosis risk factors in adults in King County 1988. In: Rosemberg J. Tabagismo e tuberculose. Boletim de Pneumologia Sanitária. 1997; 2:7-24.
- 12 Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA 2002 I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país- 2001; SENAD, São Paulo.
- 13 Carvalho JT O tabagismo visto sob vários aspectos; Rio de Janeiro 2000.
- 14 CDC. American Cancer Society Health Canadá. NC Tobacco, la Epidemia Del siglo XX. Março de 1992; 12-23
- 15 Chibantes A et al. O fumo e suas repercursões clinicas. Simpósio promovido pelo IASERJ. A Folha Médica 1980; 81:497-502.
- 16 Comitê Latino-americano Coordenador de Controle do Tabagismo – CLACCTA. Hechos e Pautas Dezembro de 1988: 12-15.
- 17 Conners, C.; Levin, E.; Sparrow, E.; Hinton, S.; Erhardt, D.; Meck, W. - Nicotine and attention in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopharmacol Bulletin* 32:67-73, 1996.
- 18 Costa JBD. O fumo no banco dos réus, culpado ou inocente? Santo André, São Paulo: Casa Publicadora Brasiliense, 1984:.45-49.
- 19 Croix AZ, Langs A. Smoking and mortality among men and women. New England Journal, Março de 1991
- 20 De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates na association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005 Jul 15; 76(2-3): 135-57.
- 21 Donovan, J.E.; Jessor, R. - Problem drinking and the dimension of involvement with drugs: a Guttman scalogram analysis. *Am J Public Health* 73:543-52, 1983.
- 22 Engeland A S. Bjorge T, Haldorsen T, Trretli S. Use of multiple primary cancer to indicate association between smoking and cancer on analysis of of?? 50.000

cancer cases diagnosed in Norway during 1953-1993. *Int J Cancer* 1997, 70(4):401-407. Medline.

23 Fielding JE, Piserchia PV. Frequency of worksite health promotion activities. *Am J Public Health* 1992; 82:16. *Atualidades em Tabagismo*. Terceiro trimestre de 1994.

24 GLASSMAN, A.H.; STETNER, F.; WALSH, B.T. *et al.* - Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: results of a double-blind, randomized trial. *JAMA* 259:2863-6, 1988.

25 Hrayama T. A large scale cohort study of the relationship between diet and selected cancers of digestive origins: endogenous factors as reported. *Colg Spring Laboratory, New York*: 1981: 407-409.

26 Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986 Aug; 143(8): 993-7.

27 Jansen da Silva JM. Tabagismo e doença pulmonar obstrutiva crônica. *Seminário sobre tabagismo. Academia Nacional de Medicina*, 1986:31-39.

28 Jarvis MJ, Wardle J, Waller J, Owen L. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *BMJ* 2003 May; 326:1061.

29 Jenkins CN, Dai PX, Ngoc DH, Kinh HV, Hoang TT, Bales S, Stewart S, McPhee SJ. Tobacco use in Vietnam. Prevalence, predictors, and the role of the transnational tobacco corporations. *JAMA* 1997 Jun 4; 277 (21): 1726-31.

30 John U, Meyer C, Rumpf U. Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity – a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depend* 2004 Dec 7; 76(3): 287-95.

31 Kao, T.; Schneider, S.; Hofman, K. - Co-occurrence of alcohol, smokeless tobacco, cigarette, and illicit drug use by lower ranking military personnel. *Addict Behav* 23:253-62, 2000.

- 32 Kendler, K.S.; Neale, M.C.; Mclean, C.J.; Heath, A.C.; Eaves, L.J.; Kessler, R.C. - Smoking and major depression: a causal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 27:300-404, 1993.
- 33 Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000 Nov 22-29; 284(20): 2606-10.
- 34 Lima-Costa MF. A saúde dos adultos na região metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte, Nespe – Fiocruz/UFMG 2004; 132p.
- 35 Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JOA, Vidigal P>G, Guerra HL. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. *Pan Am J Public Health* 2001; 9(4): 219-227.
- 36 Lopes J. Tabagismo e desordens psíquicas. Seminário sobre tabagismo promovido pela Academia Nacional de Medicina, 1986: 21-23.
- 37 Malbergier A., Jr. Oliveira HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. Psiquiatr.clín. (São Paulo)*; 32(5):276-282, set-out.2005
- 38 Malbergier, A.; Andrade, A.G. - Transtornos depressivos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV: um estudo controlado. *Rev Bras Psiq*, 21(4), 217-24, 1999.
- 39 Marinho VM Estudo de prevalência sobre o uso de tabaco em idosos na comunidade e associação com fatores sócio-demográficos e de saúde física e mental; São Paulo 2006
- 40 Markides KS, Miller TQ, Ray LA. Changes in the smoking behavior of the elderly Mexican Americans in the southwest from 1982-1984 to 1993-1994. *Prev Med* 1999; 28:251-254
- 41 Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina.

Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria 2001.

42 Massarollo PCB et al. Tabagismo e úlcera péptica. In: Fumo ou saúde. São Paulo: Bradepka, 1985.

43 MAYO Health Clinic Oasis. Impotence don't let embarrassment stop you from getting help. Agosto de 1997, Medline, via Internet.

44 Mello MF, Mello AAF, Kohn R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil, Porto Alegre Artmed, 2007.

45 Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer/Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Controle do tabagismo, um grande desafio. 1991

46 Ministério da Saúde. Tabagismo e saúde, informações para profissionais da saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1987: 16-23

47 Morais M. Manual de detecção de lesões suspeitas. INCA/MS, 1996.

48 Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeir M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. Rev Saúde pública 1995; 29(1): 46-51.

49 Orleans CT, Jepsen C, Resch N, Rimer BK. Quitting motives and barriers among older smokers – The 1986 adult use of tobacco survey revisited. Cancer 1994; 74: 2055-2061.

50 Ott, A.; Slooter, A.J.; Hofmanm A.; Vanharskamp, J.C.; Witteman, J.C.; Vanbroeckhoven, C. - Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study. *Lancet* 351:1840-3, 1998.

51 Paul RH, Brickman AM, Cohen RA, Williams LM, Niaura R, Pogus S, Clark CR, Gunstad J, Gordon E 2006 Cognitive status of Young and older cigarette smokers: data from the international brain database. J. Clin Neurosci. 13(4):457-65

- 52 Pomerleau CS, Zucker NA, Stewart AJ. Patterns of depressive symptomatology in women smokers, ex-smokers, and never-smokers. *Addict Behav* 2003 Apr; 28(3): 575-82.
- 53 Porter S, Jackson K, Trosclair A, Pederson LL. Prevalence of current cigarette smoking among adults and changes in prevalence of current and some day smoking – United States, 1996-2001. *MMWR* 2003; 52(14): 303-307.
- 54 Radeki T E. The sales of cigarettes to minors in Brazil, Uruguai and Argentina. *Rev Bras Cancerol* 1994; 40:61-64.
- 55 Rigatto M. Brasileiro 80 anos. *Jornal do Povo de Curitiba*. Edição do dia 5 de dezembro de 1980: 5-7
- 56 Rigatto M. Todos nós somos fumantes. Fatos e fotos. *Jornal Correio Rio-grandense* 1979: agosto:111-13.
- 57 Rigatto M. As repercussões do tabagismo na fisiologia respiratória. 1969, *Rev Am Res* 27:502.
- 58 Riggs, P.; Mikulich, S.; Whitmore, E.; Crowley, T. - Relationship of ADHD, depression, and non-tobacco substance use disorders to nicotine dependence in substance-dependent delinquents. *Drug Alcohol Depend* 54:195-205, 1999.
- 59 Rosemberg J. Fisiopatologia do fumo nas doenças tabaco-relacionadas e mortalidade por pandemia tabágica. 1995 in prelo.
- 60 Rosemberg J. Tabagismo, sério problema de saúde pública. *Almed EDUSP*, 2ª. Ed. 1988:125-129.
- 61 Salgado RS, Murad JE Nicotina: tratando a mais difícil das dependências: o programa “ABRAÇO” de tratamento, em grupo, do tabagismo para profissionais; Belo Horizonte: O Lutador 2002.
- 62 Santos AC, Barros H. Smoking patterns in a community samples of Portuguese adults, 1999-2000. *Prev Med* 2004; 38: 114-119.

63 Schmitt EM, Tsoh JY, Dowling GA, Hall SM Older adults' and case managers' perceptions of smoking and smoking cessation. *J Aging Health*. 2005 Dec; 17(6): 717-33.

64 Silveira IC. *JBM*, 73, julho de 1997.

65 Sonntag H, Wittchen HU, Hofler M, Kessler RC, Stein MB. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *Eur Psychiatry* 2000 Feb; 15(1): 67-74.

66 Starr JM, Deary IJ, Fox HC, Whalley LJ Smoking and cognitive change from age 11 to 66years: A confirmatory investigation. *Addict Behav*. 2006 Apr 28; 5

67 Tarantino AB. *Doenças pulmonares*. 3^a. Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984:123-9.

68 US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the surgeon general. US Department Health and Human Services. Rockville: Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1994.

69 Van Duijn, C.M.; Clayton, D.G.; Chandra, V.; Fratiglioni, L.; Graves, A.B.; Heyman, A. - Interaction between genetic and environmental risk factors for Alzheimer's disease: a reanalysis of case-control studies. *Genetics Epidemiology* 11:539-51, 1994.

70 Waal-Manning, H.J.; DE Hamel, F.A. - Smoking habit and psychometric scores: a community study. *N Z Med J* 88:188-91, 1978.

