

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

**DAYANE APARECIDA VIANA**

**INFLUÊNCIA DO TABAGISMO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS  
DA COMUNIDADE**

**UBERABA-MG**

**2013**

DAYANE APARECIDA VIANA

## **INFLUÊNCIA DO TABAGISMO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como exigência para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

UBERABA-MG

2013

***Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro, MG, Brasil)***

Viana, Dayane Aparecida, 1986 -

D275i

Influência do tabagismo na qualidade de vida de idosos da comunidade/Dayane Aparecida Viana. -- 2013.  
89f.; il.: tab., fig.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.  
Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues.

DAYANE APARECIDA VIANA

## **INFLUÊNCIA DO TABAGISMO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde, área de concentração em atenção à saúde das populações.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

### **BANCA EXAMINADORA:**

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Prof<sup>ª</sup>a. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Prof. Dr. José Antônio Baddini Martinez**

Universidade de São Paulo (USP/Ribeirão Preto).

Dedico esta conquista aos meus pais, Altamiro e Maria Aparecida, a meu irmão Altamiro Júnior e a meu noivo Adam Ribeiro pelo amor incondicional, carinho, incentivo e apoio.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela constante presença em minha vida e por me permitir alcançar mais um objetivo.

Aos meus pais, **Altamiro** e **Maria Aparecida**, minhas referências de vida, por terem me ensinado que para alcançar um objetivo é preciso muita dedicação e determinação. Pelo amparo e amor incondicional.

Ao meu irmão, **Altamiro Júnior**, pela amizade, incentivo e cumplicidade.

Ao meu noivo, **Adam Ribeiro**, por acreditar em mim, estar ao meu lado em todos os momentos de que mais precisei, pelo apoio, compreensão, carinho e esse imensurável amor do qual compartilhamos.

Aos meus **familiares**, **afilhados** e **amigos**, pelo apoio, carinho e por compreenderem os momentos de ausência.

A tia **Betânia Ribeiro**, pelo incentivo, indicações e apoio.

À Professora Doutora **Leiner Resende Rodrigues** orientadora desta pesquisa, um exemplo de ética, bondade e competência a ser seguido. Agradeço por ter me acolhido com tanto carinho, pela imensa paciência, pelos ensinamentos e por ter contribuído no meu crescimento profissional. A você, meu respeito e admiração.

À Professora Doutora **Darlene Mara dos Santos Tavares**, agradeço o carinho, a atenção, os conselhos e as valiosas contribuições.

À Professora Doutora **Lislei Jorge Patrizzi**, minha eterna gratidão pela parceria, carinho e pelas importantes contribuições neste trabalho e na minha formação.

Ao Professor **Vanderlei Haas**, pelos grandiosos ensinamentos, pela paciência nas nossas reuniões intermináveis e atenção dedicada a este estudo.

À Professora Doutora **Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves** e a fisioterapeuta **Élida Mara Carneiro da Silva**, pelos ensinamentos e aceites como suplentes da minha banca de qualificação.

Ao Professor **Álvaro da Silva Santos**, pela acolhida, pelos ensinamentos, pelo crescimento na minha formação, pela confiança e parceria.

Aos grandiosos **Professores do Mestrado em Atenção à Saúde/UFTM**, pelos conhecimentos transmitidos.

Aos Professores Doutores **Ercy Mara Cipulo Ramos** e **José Antônio Baddini Martinez**, pelo aceite e pelas valiosas contribuições.

Ao **Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM**, em especial aos discentes que contribuíram na coleta de dados e aos docentes que supervisionaram.

Ao **Grupo de Pesquisa Ciclos de Vida, Família e Saúde no Contexto Social/UFTM**, pelo aprendizado e pelas amizades construídas.

Aos **alunos de iniciações científicas e trabalhos de conclusão de curso (TCC)**, pela oportunidade de aprendizado.

Aos **funcionários do Mestrado em Atenção à Saúde/UFTM**, pela atenção.

A bibliotecária **Ana Paula** pelos ensinamentos.

Aos **colegas de caminhada da V turma do Mestrado em Atenção à Saúde/UFTM**, em especial a **Lilane, Maycon** e **Alisson** pelo companheirismo nos projetos.

À **CAPES/REUNI**, pelo apoio financeiro.

Aos **Professores** responsáveis pelas áreas de fisioterapia, pilates e musicoterapia, em especial os **idosos** da Universidade Aberta à Terceira Idade, pela oportunidade de aprimoramento.

Aos **idosos** da zona urbana de Uberaba que consentiram em participar desta pesquisa, pelo carinho e contribuição na construção do conhecimento.

A todos que me apoiaram nesta caminhada e torceram pelo meu sucesso, expresso meus sinceros agradecimentos!

“O intervalo de tempo entre a juventude e a velhice é mais breve do que se imagina. Quem não tem prazer de penetrar no mundo dos idosos não é digno da sua juventude. Não se enganem, o ser humano morre não quando seu coração deixa de pulsar, mas quando de alguma forma deixa de se sentir importante”.

Augusto Cury



## RESUMO

VIANA, Dayane Aparecida. **Influência do tabagismo na qualidade de vida de idosos da comunidade**. 2012. 89f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba – MG, 2012.

O tabagismo é considerado uma doença e é responsável pela principal causa de morte evitável em todo o mundo. Esse hábito compromete não apenas a expectativa de vida, mas também a qualidade de vida (QV). Os objetivos deste estudo foram verificar os fatores sociodemográficos e econômicos associados ao tabagismo na população idosa; caracterizar entre os idosos tabagistas o tempo de exposição ao tabaco e entre os idosos ex-tabagistas o número de cigarros que fumavam por dia, o tempo em que foi exposto ao tabaco e o tempo em que cessou o hábito; caracterizar os itens do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND) e o grau de dependência nicotínica entre os idosos tabagistas; comparar os escores de QV dos idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas; caracterizar os escores de QV de acordo com o grau de dependência nicotínica; associar os escores de QV com o grau de dependência nicotínica e o tempo de exposição ao fumo dos idosos tabagistas e associar os escores de QV com o tempo de cessação do tabaco dos idosos ex-tabagistas. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, observacional e analítico, com 980 idosos da zona urbana do município de Uberaba-MG. Utilizou-se os instrumentos Miniexame do Estado Mental, Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional, *World Health Organization Quality of Life – Bref*, *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* e o FTND. As análises procederam por meio de estatística descritiva, teste Cramer's V, Regressão Logística Multinomial Múltipla, ANOVA, Spearman's, Pearson e Regressão Linear Múltipla ( $p \leq 0,05$ ). Esta investigação foi aprovada pelo CEP/UFTM. Encontrou-se percentual de 122 (12,4%) idosos tabagistas e 320 (32,7%) ex-tabagistas. Os idosos tabagistas apresentaram-se com 3,57; 2,36 e 1,82 mais riscos de chances de ser do sexo masculino ( $p < 0,001$ ), estar na faixa etária de 60 a 69 anos ( $p = 0,004$ ) e não ter companheiro(a) ( $p = 0,008$ ), respectivamente. Os idosos fumantes têm esse hábito há  $49,48 \pm 14,95$  anos, consomem menos de 10 cigarros/dia (50,8%), acendem o primeiro cigarro entre 31 e 60 minutos após acordar (36,1%) e apresentaram baixo grau de dependência à nicotina (31,1%); os ex-fumantes consomem em média 18,47 cigarros/dia, ficaram expostos por 27,83 anos

e deixaram o hábito há 24,00 anos. Houve predomínio (48,4%; 52,8% e 56,7%) de boa QV e satisfação com a saúde (42,6%; 47,5% e 48,3%), respectivamente entre os idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas. Não houve diferença significativa entre os escores de QV dos idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas. Os maiores escores de QV variaram de acordo com os graus de dependência nicotínica. Os idosos fumantes com elevados níveis de dependência à nicotina apresentaram piores escores de QV na faceta morte e morrer ( $p=0,036$ ), e aqueles com maior tempo de exposição ao fumo, pior QV no domínio físico ( $p=0,002$ ). Os idosos ex-fumantes, com pouco tempo de cessação do vício, também apresentaram piores escores de QV no domínio psicológico ( $p=0,010$ ). Os resultados elucidam que o sexo, a faixa etária e a situação conjugal são fatores associados ao tabagismo na população idosa e evidenciam a pior QV dos idosos com maior dependência à nicotina, maior tempo de exposição ao fumo e menor tempo de cessação do hábito.

Palavras-chave: Idoso, Hábito de Fumar, Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

VIANA, Dayane Aparecida. **Influence of smoking on quality of life of elderly of the community.** 2012. 89f. Dissertation (Master in Health Care) - Postgraduate in Health Care, Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Smoking is considered a disease and it is the main cause of avoidable deaths worldwide. This habit involves not only the life expectancy, but also the quality of life (QoL). This study aimed to assess socio-demographic and economic factors associated with smoking in the elderly population; characterize the time of exposure to tobacco among smoking elderly, and among former smoking elderly, characterize the number of cigarettes that one used to smoke per day, how long has been exposed to tobacco and how long he/she ceased the habit; characterize items of Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) and the degree of nicotine dependence among smoking elderly; compare QoL scores of aged smoker, former smokers and nonsmokers; characterize QoL scores according to the degree of nicotine dependence; associate QoL scores to the degree of nicotine dependence and the time of exposure to smoke in smoking elderly and associate QoL scores over time since smoking cessation in former smoking elders; This is a quantitative study, transversal, observational and analytical, with 980 elderly living in the urban area of the municipality of Uberaba (MG) – Brazil. Instruments used: Mini Mental State Examination; Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire; World Health Organization Quality of Life – Bref; World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults; and FTND. The analysis proceeded by means of descriptive statistics Cramer's V test, Multiple Multinomial Logistic Regression, ANOVA, Spearman's test, Pearson's test and Multiple Linear Regression ( $p \leq 0.05$ ). This investigation was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Triangulo Mineiro (UFTM). The percentage found was 12.4% (122) of aged smokers and 32.7% (320) of former smokers. Smoking Elderly presented 3.57, 2.36 and 1.82 more likely to be male ( $p < 0.001$ ), aged 60-69 years ( $p = 0.004$ ) and have no companion ( $p = 0.008$ ) respectively. Elderly smokers have this habit for  $49.48 \pm 14.95$  years, consume less than 10 cigarettes a day (50.8%), light up their first cigarette between 31 to 60 minutes after waking up (36.1%) and had low degree of nicotine dependence (31.1%). Former smokers have consumed an average of 18.47 cigarettes a day, were exposed to smoke for 27.83 years and

stopped smoking 24.00 years ago. Good QoL (48.4%, 52.8% and 56.7%) and satisfaction with health (42.6%, 47.5% and 48.3%) predominated among aged smokers, ex-smokers and nonsmokers, respectively. There was no significant difference between the scores of quality of life for aged smokers, former smokers and non-smokers. The highest scores for QoL varied according to the degree of nicotine dependence. The smoking elderly with high levels of nicotine dependence had worse QoL scores on the facets death and dying ( $p=0.036$ ), and those with longer exposure to smoke worse QoL in the physical domain ( $p=0.002$ ). The elderly ex-smokers with short time from cessation of the addiction also had worse QoL scores in the psychological domain ( $p=0.010$ ). The results show the socio-demographic and economic factors associated with smoking in the elderly population and highlight the worst QoL of elderly people with greater nicotine dependence, longer exposure to smoke and shorter time from smoking cessation.

Keywords: Aged, Smoking, Quality of Life.

## RESUMEN

VIANA, Dayane Aparecida. **Influencia del consumo de tabaco en la calidad de vida de los ancianos de la comunidad.** 2012. 89f. Disertación (Maestría en Atención de la Salud) – Programa de Postgrado en Atención de la Salud, Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012

El tabaquismo es considerado una enfermedad y es la principal causa de muertes evitables en todo el mundo. Este hábito implica no sólo la esperanza de vida, sino también la calidad de vida (CV). Este estudio tuvo como objetivo evaluar los factores socio-demográficos y económicos asociados con el tabaquismo en la población anciana; caracterizar el tiempo de exposición al tabaco entre los fumadores de más edad, y entre los ex fumadores, caracterizar el número de cigarrillos que se fumaban por día, cuánto tiempo se ha estado expuesto al tabaco y cuánto tiempo hace que dejó el hábito; caracterizar los elementos del test de Fagerström para la dependencia de la Nicotina (FTND) y el grado de dependencia de la nicotina entre los ancianos fumadores; comparar las puntuaciones de CV de los ancianos fumadores, ex fumadores y no fumadores; caracterizar las puntuaciones de CV según el grado de dependencia de la nicotina, las puntuaciones de CV asociados al grado de dependencia de la nicotina, el tiempo de exposición al humo de los ancianos fumadores y las puntuaciones de CV asociados con tiempo desde el abandono del tabaco en los ex fumadores. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, observacional y analítico, con 980 ancianos que viven en el área urbana del municipio de Uberaba (MG) – Brasil. Los instrumentos utilizados fueron: Mini Examen del Estado Mental, Cuestionario Brasileño de Evaluación Funcional Multidimensional, Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Organización Mundial de la Salud y FTND. El análisis se procedió por medio de la estadística descriptiva, V de Cramer, Regresión Logística Multinomial Múltiple, ANOVA, Regresión lineal múltiple, Spearman, Pearson y Regresión Lineal Múltiple ( $p \leq 0.05$ ). Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro (UFTM). El porcentaje encontrado fue 12,4% (122) de fumadores Ancianos y 32,7% (320) de ex fumadores. Los fumadores de edad avanzada presentan con 3,57, 2,36 y 1,82 más probabilidades de ser varones ( $p < 0,001$ ), con edades entre 60-69 años ( $p = 0,004$ ) y no tienen compañera ( $p = 0,008$ ), respectivamente. Los ancianos fumadores tienen

este hábito hace  $49,48 \pm 14,95$  años, consumen menos de 10 cigarrillos/día (50,8%), encienden su primer cigarrillo entre 31 y 60 minutos después de levantarse (36,1%) y tenían bajo grado de dependencia a la nicotina (31.1%). Los ex fumadores han consumido una media de 18.47 cigarrillos/día, fueron expuestos al humo durante 27,83 años y dejaron de fumar hace 24,00 años. Buena CV (48,4%, 52,8% y 56,7%) y la satisfacción con la salud (42,6%, 47,5% y 48,3%) predominaron entre los ancianos fumadores, ex fumadores y no fumadores, respectivamente. No hubo diferencia significativa entre las puntuaciones de CV para los ancianos fumadores, ex fumadores y no fumadores. Las puntuaciones más altas para la CV variaron según el grado de dependencia de la nicotina. Los ancianos fumadores con un alto nivel de dependencia a la nicotina tuvieron puntuaciones de CV peores sobre las facetas muerte y el morir ( $p=0,036$ ), y aquellos con mayor exposición al humo tuvieron peor CV en el dominio físico ( $p=0,002$ ). Los ancianos ex fumadores con poco tiempo de cese de la adicción también tuvieron puntuaciones de CV peor en el dominio psicológico ( $p=0,010$ ). Los resultados muestran los factores socio-demográficos y económicos asociados con el tabaquismo en la población anciana y resaltan la peor CV de los ancianos con una mayor dependencia de la nicotina, la exposición más larga al humo y menos tiempo desde la cese de la adicción.

Descriptores: Ancianos, Hábito de Fumar, Calidad de Vida

## LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

BOMFAQ	Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
EMIPOA	Estudo Multidimensional dos Idosos de Porto Alegre
FCT/UNESP	Faculdade de Ciências e Tecnologia/Universidade Estadual Paulista
FTND	Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström
GATS	<i>The Global Tobacco Surveillance System</i>
HSPE-SP	Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ITC	<i>International Tobacco Control</i>
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MG	Minas Gerais
MPOWER	<i>Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise</i>
OARS	<i>Older Americans Resources and a Services</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pesquisa-SAM	Pesquisa sobre Mortalidade Atribuíveis ao Tabagismo
PETab	Pesquisa Especial sobre Tabagismo
PNAD	Plano Nacional por Amostra de Domicílios
QV	Qualidade de Vida
SF-36	Questionário <i>Medical Outcomes Study 36 - Item short - Form Health Survey</i>
SINAP	Sindicato Nacional dos Papeleiros

SPSS-17	<i>Statistical Package for Social Science versão 17</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHA	<i>World Health Assembly</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life Group – Bref</i>
WHOQOL GROUP	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>
WHOQOL-OLD	<i>World of Health Organization Quality of Life Assessment for Olders Adults</i>
CO2	Dióxido de Carbono
r	Teste de Pearson
rs	Teste de Spearman's



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura por sexo e faixa etária, Brasil 1980-2050.....	24
Figura 2 – Mortes por diversas doenças com o consumo de tabaco.....	26
Figura 3 – Distribuição mundial dos fumantes com 15 anos ou mais.....	27
Figura 4 – Resoluções de Assembleias Mundiais de Saúde para o Controle do Tabagismo.....	29
Gráfico 1 – Grau de dependência à nicotina – FTND.....	51

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas, de acordo com a classificação tabágica dos idosos. Uberaba/MG, 2012.....	44
Tabela 2 –	Razão de Chance e Intervalo de Confiança (IC) das variáveis sociodemográficas e econômicas, de acordo com a classificação tabágica dos idosos. Uberaba/MG, 2012.....	47
Tabela 3 –	Distribuição da variável sobre tabagismo entre idosos fumantes. Uberaba/MG, 2012.....	48
Tabela 4 –	Distribuição das variáveis sobre tabagismo entre idosos ex-fumantes. Uberaba/MG, 2012.....	48
Tabela 5 –	Distribuição de freqüências simples e absolutas dos itens do FTND entre idosos tabagistas. Uberaba/MG, 2012.....	50
Tabela 6 –	Qualidade de vida e satisfação com a própria saúde dos idosos, de acordo com a classificação tabágica. Uberaba/MG, 2012.....	52
Tabela 7 –	Distribuição dos escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF e das facetas do WHOQOL-OLD por classificação tabágica dos idosos. Uberaba/MG, 2012.....	53
Tabela 8 –	Comparação dos escores de QV, de acordo com a classificação tabágica dos idosos, ajustados para sexo e faixa etária. Uberaba/MG, 2012.....	54
Tabela 9 –	Distribuição dos escores de QV, de acordo com o grau de dependência nicotínica. Uberaba/MG, 2012.....	56
Tabela 10 -	Correlação dos escores de QV com o grau de dependência nicotínica e o tempo de exposição ao fumo dos idosos tabagistas. Uberaba/MG, 2012.....	56
Tabela 11 –	Associação dos escores de QV com o grau de dependência nicotínica de o tempo de exposição ao fumo dos idosos, ajustados para sexo e faixa etária.....	59
Tabela 12 –	Correlação dos escores de QV com o tempo de cessação do fumo dos idosos ex-tabagistas. Uberaba/MG, 2012.....	59

Tabela 13 – Associação dos escores de QV com o tempo de cessação do fumo dos idosos ex-tabagistas, ajustados para sexo e faixa etária. Uberaba/MG, 2012.....	60
--	----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
2.1	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA.....	22
2.2	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	23
2.3	ENVELHECIMENTO ATIVO E TABAGISMO.....	25
<b>2.3.1</b>	<b>Epidemiologia do tabaco na população geral do mundo e do Brasil.</b>	<b>26</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Epidemiologia do tabaco na população idosa do mundo e do Brasil</b>	<b>29</b>
2.4	QUALIDADE DE VIDA DE TABAGISTAS.....	30
<b>3</b>	<b>HIPÓTESE.....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>35</b>
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	35
5.3	POPULAÇÃO E CÁLCULO E AMOSTRAGEM.....	35
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	36
5.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	36
5.6	MÉTODOS PARA COLETA DE DADOS.....	36
<b>5.6.1</b>	<b>Instrumentos de coleta de dados.....</b>	<b>37</b>
<b>5.6.2</b>	<b>Variáveis do estudo.....</b>	<b>38</b>
5.7	PROCESSAMENTOS DOS DADOS.....	39
5.8	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
5.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>75</b>
	<b>ANEXO A – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXO B – PARTE DO QUESTIONÁRIO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO</b>	
	<b>FUNCIONAL E MULTIDIMENSIONAL (BOMFAQ) – DADOS</b>	
	<b>SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS.....</b>	<b>78</b>

<b>ANEXO C – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – BREF</b> <b>(WHOQOL-BREF).....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO D – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE</b> <b>ASSESSMENT FOR OLDER ADULTS (WHOQOL-OLD).....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO E – TESTE DE DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA (FTND).....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO F – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFTM...</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O rápido aumento da população idosa se deve ao declínio das taxas de mortalidade e fecundidade, além dos avanços das tecnologias direcionadas à área da saúde, elevando assim a expectativa de vida das pessoas. Desta maneira, está ocorrendo uma inversão da pirâmide populacional nos países desenvolvidos e mais rapidamente nos países em desenvolvimento (IBGE, 2010a). Nos primeiros, o critério de idade cronológica para se referir a um idoso é de 65 anos ou mais, já nos segundos são consideradas com 60 anos ou mais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989).

O envelhecimento humano inicia-se mesmo antes do nascimento e estende-se ao longo da vida, provocando transformações progressivas nas estruturas biológicas, psicológicas e social das pessoas que serão vistas na velhice e podem resultar em perdas funcionais do organismo (PAPALEO NETO, 2006).

Essas alterações fisiológicas podem acentuar devido a estilos irregulares de vida, como, por exemplo, o uso do tabaco (SANTANA et al., 2010).

O tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo (IBGE, 2009), sendo que na população idosa esse fato é ainda maior (HALTY; HÜTTNER, 2012).

Ter um hábito de vida saudável como abstinência do tabaco pode apresentar benefícios mesmo quando adotado nos últimos anos de vida, prevenindo doenças e o declínio funcional, fazendo assim uma ascensão da longevidade e da qualidade de vida (QV) do idoso (SACHS-ERICSSON et al., 2009).

Nesse contexto, a preocupação com a QV na velhice ganhou espaço devido ao aumento da expectativa de vida (SILVA et al., 2011), sendo considerada como parâmetro importante para avaliar os estados de saúde dos indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP, 1995).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

A transição demográfica é um fenômeno dependente das condições históricas de cada país, sendo assim esse já não é mais um evento característico dos países desenvolvidos, mas também daqueles em desenvolvimento (BRITO, 2008).

A mudança na estrutura etária iniciou-se na Europa em decorrência da Revolução Industrial (LIMA, 2011) e ocorreu em quatro fases, a saber: fase pré-industrial, marcada por elevadas taxas de mortalidade e fecundidade; fase intermediária de divergência dos coeficientes, os países apresentaram redução das taxas de mortalidade, porém mantiveram elevadas as taxas de natalidade; fase de convergência dos coeficientes, as taxas de natalidade começaram a diminuir rapidamente; e a fase moderna ou pós-transição, a qual teve a aproximação dos coeficientes reduzidos (KIELING, 2009).

No Brasil, a taxa de mortalidade começou a declinar entre os jovens em 1940, tendo o coeficiente de mortalidade infantil diminuído de 135/1.000 para 20/1.000 entre 1950 e 2010. A taxa de fecundidade também apresentou grandes mudanças, sendo que a mulher brasileira tinha em média seis filhos em 1960 e 50 anos depois essa média caiu para menos de dois (1,94). Os menores níveis do coeficiente de fecundidade se encontram nos Estados da região Sudeste, sobretudo no Rio de Janeiro e Minas Gerais com valores um pouco acima de 1,60 filhos por mulher (BANCO MUNDIAL, 2011).

Os avanços das tecnologias e das pesquisas científicas também contribuíram para essa mudança, destacando-se principalmente aquelas direcionadas à área das ciências biológicas, a qual é possível fazer um controle das doenças no âmbito preventivo e de melhorias de equipamentos de tratamento e cura (LEBRÃO, 2007).

Outro indicador bastante analisado nesse contexto é a expectativa de vida, que nos países desenvolvidos era de 70,6 anos para homens e 78,4 anos para mulheres em 1998 e se elevará respectivamente para 87,5 e 92,5 anos para os próximos 40 anos. Porém, quando se fala em países em desenvolvimento, esses números conseqüentemente apresentam um pequeno declínio em relação aos países desenvolvidos, sendo a expectativa de vida para o sexo masculino de 62,1 anos e para o sexo feminino de 65,2 anos. As estimativas para 2050 mostram um

aumento de 21 anos a mais, passando concernentemente para 82 e 86 anos de idade (FELIX, 2009).

A esperança de vida dos brasileiros aumentou 3,1 anos de 1999 para 2009, com uma situação mais vantajosa para o sexo feminino (73,9 para 77,0 anos) em relação ao sexo masculino (66,3 para 69,4 anos). Devido à grande área geográfica do país, esses valores variam de acordo com o desenvolvimento das regiões, no qual a maior expectativa de vida em mulheres (79,6 anos) esteve presente no Distrito Federal e a menor foi em homens (63,7 anos) em Alagoas, caracterizando uma diferença de quase 16 anos de vantagem para as mulheres (IBGE, 2010b). As Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - indicam que, em 2050, o brasileiro terá expectativa de vida de 84,54 anos para mulheres e 78,16 para homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

## 2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Como consequência da transição demográfica, surge o envelhecimento populacional marcado pela redução das taxas de mortalidade e fecundidade (BRITO, 2008).

O mundo está próximo de ter mais pessoas idosas do que crianças menores de cinco anos, e as projeções para 2050 mostram uma maior quantidade dessa população do que crianças menores de 14 anos. Estima-se que, entre os anos 2000 e 2050, esse grupo etário irá duplicar, passando de aproximadamente 11% a 22%, podendo atingir o número de dois bilhões (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Mundialmente, o Japão é o país com o maior número de idosos, sendo 24% da sua população nas faixas etárias de 65 anos ou mais. Os cálculos do governo prezam que, em 2060, estes indivíduos corresponderão a 40% (SHIBUYA, 2011).

A proporção média da população longeva na Europa é atualmente de 24%, sendo considerada como um “velho continente” (BANCO MUNDIAL, 2011).

Há 60 anos a população idosa brasileira era de 2,6 milhões e representava 4,9% da população total (BANCO MUNDIAL, 2011). Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010b) mostram que existem, aproximadamente, 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 11% da população geral, o que está fazendo com que haja uma inversão da pirâmide etária (Figura, 1).



Destes, 44,2% são do sexo masculino e 55,8%, do sexo feminino. As projeções, para os próximos 40 anos, é que ocorra uma elevação desse grupo de idosos chegando em torno de 64 milhões e caracterizando 29,7% da população total (BANCO MUNDIAL, 2011).

**Figura 1 - Estrutura absoluta por sexo e faixa etária, Brasil 1980-2050.**



**Fonte:** Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística, 2008, p.59-61.

Até 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). A distribuição das pessoas com 60 anos ou mais nas regiões brasileiras ocorre da seguinte maneira: a região Sudeste se destaca com a presença de 12,7%, seguida pela região Sul (12,3%), logo após aparece a região Nordeste (10,5%), a região Centro-Oeste (9,5%) e por último a região Norte (7,3%) (IBGE, 2010b).

O município de Uberaba, localizado na região Sudeste, tem uma população total de 302.623 indivíduos, sendo desses 38.202 (12,6%) idosos (BRASIL, 2012a).

### 2.3 ENVELHECIMENTO ATIVO E TABAGISMO

Com o envelhecimento populacional, novos desafios têm surgido e aumentado nos países em geral, especificamente naqueles em desenvolvimento, no qual a maioria das pessoas longevas morre devido a doenças crônicas não transmissíveis, podendo antes sofrer com a incapacidade funcional, e assim diminuir a QV e aumentar os gastos do governo com internações e medicações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Para isso, muito tem sido discutido sobre o processo de “[...] Envelhecimento Ativo, o qual trata do processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a QV à medida que as pessoas ficam mais velhas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005, p.13).

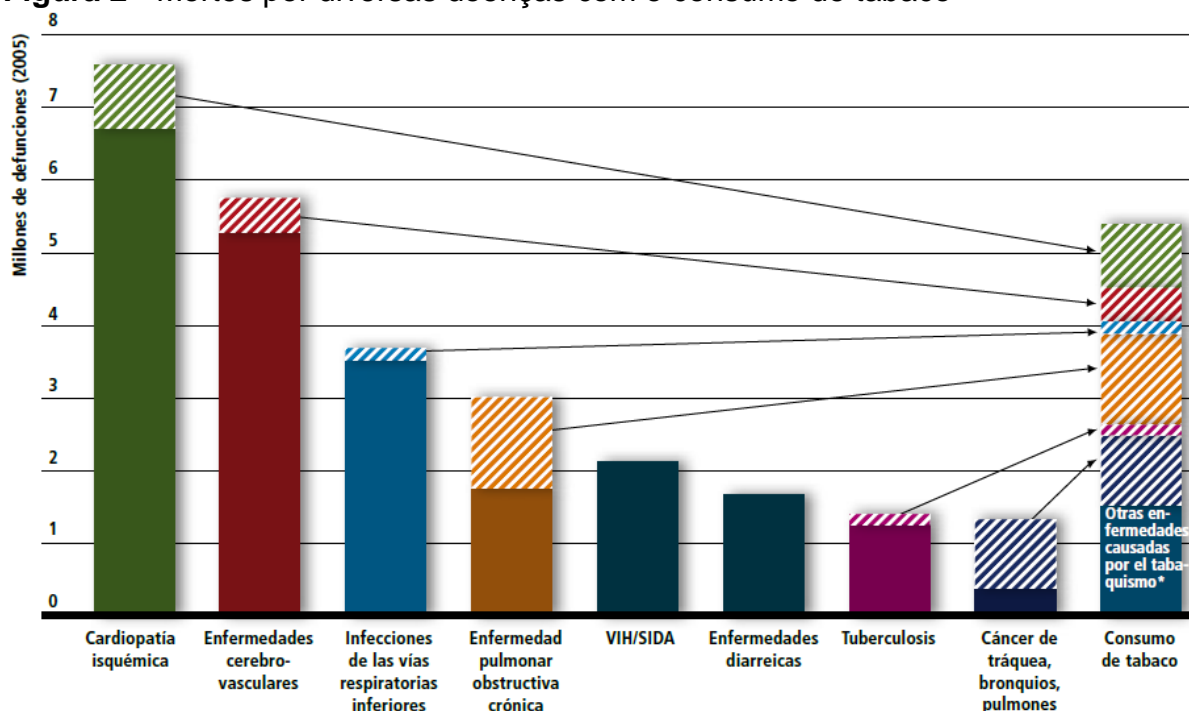
Foi, então, elaborado o documento “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” o qual relata que há várias décadas vêm sendo criados programas de promoção à saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo à assistência primária em longo prazo, incluindo os aspectos sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, o ambiente físico e o acesso ao serviço de saúde. Dentro dessa proposta, a abstinência do tabaco é uma das maneiras que tem sido abordada para se envelhecer ativamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

O tabagismo é considerado uma doença e situa-se na Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID-10) - no grupo de transtornos mentais e de comportamentos associados ao uso de substâncias psicoativas. O cigarro é composto por cerca de 4.700 produtos maléficos à saúde (MENESES-GAYA et al., 2009), a saber: nicotina, dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), alcatrão e outros (SOUZA; CONEGERO, 2012). As fumaças dos cigarros também possuem inúmeras substâncias nocivas e cancerígenas (RUAS, 2012). O radical livre liberado durante o fumo exerce o papel de aceleração do envelhecimento, por meio de ações maléficas nas funções biológicas fundamentais ou então favorecendo os processos patológicos por estimulação etiopatogênica (SINDICATO NACIONAL DOS PAPELEIROS, 2008).

O consumo de tabaco é responsável por aproximadamente mais de cinco milhões de óbitos anuais, podendo chegar em 2030 a oito milhões, sendo que sete milhões deverão ocorrer nos países em desenvolvimento (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2008).

As medidas do Monitor Protect Offer Warn Enforce Raise – MPOWER - da Organización Mundial de la Salud (2008) relatam que, mundialmente, o hábito de fumar está associado a mais da metade das principais causas de mortalidade, além disso, é responsável pelo surgimento de doenças crônicas e incapacitantes, dentre elas estão, sobretudo, as neoplasias, doenças cardiovasculares, as doenças do aparelho respiratório e as cerebrovasculares (Figura 2).

**Figura 2** - Mortes por diversas doenças com o consumo de tabaco



Fonte: Organización Mundial de la Salud, 2008, p.15.

### 2.3.1 Epidemiologia do tabaco na população geral do mundo e do Brasil

Estima-se que são consumidos seis trilhões de tabaco por ano dentro dos que são chamados de fumados (cigarros, charutos, cigarrilhas, cachimbo, narguilé ou cachimbo d'água e *bidis*) e aqueles que não são fumados, podendo ser mascado (fumo de corda e fumo mascado) ou aspirado (rapé) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

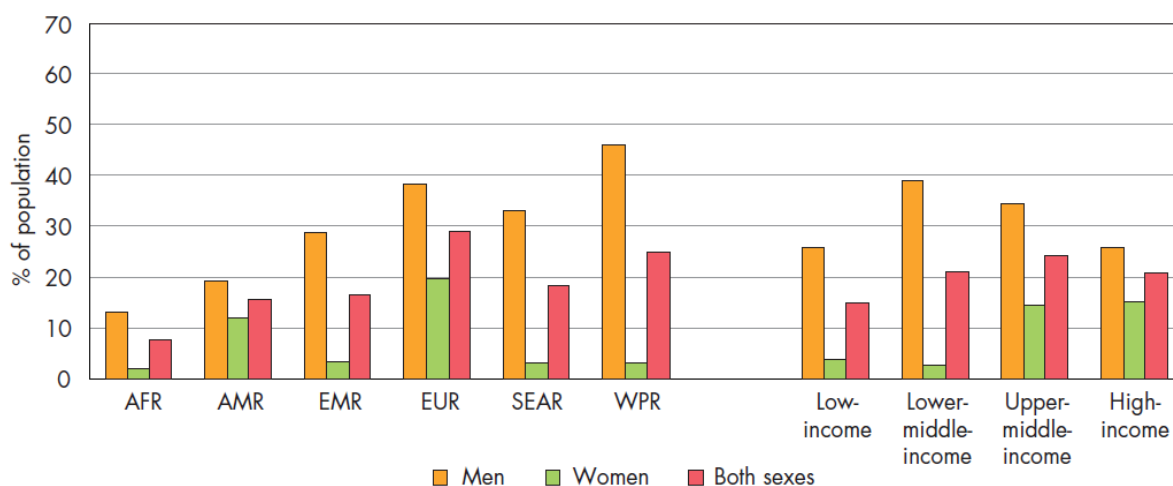
Curiosamente os cigarros são consumidos em maior parte na Ásia, África e no Oriente Médio e em menor quantidade na Europa e nas Américas. Já o *bidis*, que é um tipo de cigarro sem filtro enrolado à mão, é intensamente comercializado na Índia, movimentando mais de 700 bilhões de dólares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas são fumantes em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), sendo 47% homens e 12% mulheres (BRASIL, 2009a). Desses, 900 milhões têm sido observado nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Segundo a World Health Organization (2011), existe uma variância da prevalência do tabaco entre as suas divisões regionais. A região da Europa (29%) foi a que mais se destacou em termos de prevalência geral, já a menor foi observada na região africana (8%).

Em relação ao gênero, os homens da região do Pacífico Ocidental (46%) se mostraram mais adeptos a este hábito do que as mulheres da região europeia (20%). Quando observado o número de cigarros consumidos por dia, verificou-se que em todas as regiões os homens fumam mais do que as mulheres, Figura 3 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

**Figura 3 - Distribuição mundial dos fumantes com 15 anos ou mais**



(Note: AFR=African Region, AMR=Region of the Americas, EMR= Eastern Mediterranean Region, EUR= European Region, SEAR=South-East Asia Region, WPR=Western Pacific Region).

**Fonte:** WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p.17.

No Brasil (2011), a Pesquisa Especial sobre Tabagismo - PETab - verificou por meio de um inquérito telefônico que 18,1% de pessoas com 18 anos ou mais são fumantes.

De acordo com os dados da pesquisa de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL - realizada no Brasil (2012b), a prevalência de pessoas com 18 anos ou mais que consomem cigarro variou entre Maceió (7,8%) e Porto Alegre (22,6%). Para os homens, o menor percentual encontrado foi em Salvador (10,6%) e o maior em Porto Alegre (24,6%). Já para as mulheres, a menor proporção foi em Aracaju (4,3%) e a maior, em Porto Alegre (20,9%).

Conforme os resultados do Plano Nacional por Amostra de Domicílio -PNAD-, o cigarro industrializado (14,4%) é o mais utilizado entre os brasileiros, sendo que a maioria (33,9%) faz uso de 15 a 24 por dia (IBGE, 2009).

A região Sul do Brasil é a que mais produz tabaco para fazer o cigarro industrializado, a saber: Rio Grande do Sul (50%), Santa Catarina (30%) e Paraná (20%). Já a região Nordeste é mais conhecida no cultivo do fumo escuro para a confecção dos charutos e fumos de cordas (SINDICATO INTERESTADUAL DA INDÚSTRIA DO TABACO, 2013).

Várias medidas vêm sendo adotadas ao longo dos anos para tentar controlar a epidemia do tabagismo no mundo e no Brasil (MIRRA et al., 2009).

Durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, os 192 países-membros da OMS reconheceram que o tabaco é prejudicial à saúde e propuseram a criação do primeiro tratado internacional de saúde pública denominado de Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT - (Figura 4) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998) que foi adotado na 56ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2003, sendo o Brasil o segundo país a assinar o documento (BRASIL, 2004a).

**Figura 4 - Resoluções de Assembleias Mundiais de Saúde para o Controle do Tabagismo**

<b>Medidas para reduzir demanda por tabaco</b>	<b>Resoluções das Assembléias Mundiais da Saúde</b>
Aumentar os impostos incidentes sobre os cigarros	WHA 31.56, WHA 43.16
Publicação dos resultados de pesquisas sobre os efeitos do fumo sobre a saúde	WHA 29.55, WHA 31.56, WHA 39.14
Informações aos consumidores através de rótulos de advertência	WHA 39.14, WHA 48.11
Informações aos consumidores baseados em contra-propaganda de massa	WHA 24.48, WHA 29.55, WHA 31.56, WHA 40.38, WHA 42.19
Proibições em propaganda e promoção	WHA 31.56, WHA 33.35, WHA 42.19, WHA 43.16
Programas de educação de controle do tabagismo nas escolas	WHA 23.32, WHA 24.28, WHA 29.55, WHA 31.56, WHA 33.35, WHA 39.14
Restrições ao fumo em locais públicos e ambientes de trabalho	WHA 29.55, WHA 31.56, WHA 39.14, WHA 43.16, WHA 44.26, WHA 46.8
Terapias de reposição de nicotina e outras intervenções de cessação	WHA 29.55, WHA 39.14
<b>Medidas para reduzir a oferta por tabaco</b>	<b>Resoluções da Assembléia Mundial da Saúde</b>
Restrições ao acesso dos jovens ao tabaco	WHA 39.14
Substituição e diversificação da fumicultura	WHA 23.32, WHA 24.48, WHA 29.55, WHA 31.56, WHA 33.35, WHA 42.19
Restrição ao apoio e aos subsídios relativos ao preço do tabaco	WHA 42.19, WHA 45.20
Eliminação do contrabando	WHA 49.17

Fonte: BRASIL, 2004a, p.43.

Como medida do CQCT, o país criou a Política Nacional de Controle do Tabagismo que foi promulgada em 2006 e tem como objetivos principais a prevenção da iniciação, promoção da cessação e a proteção contra o tabagismo passivo, além disso, outras campanhas, leis e programas têm sido adotados nas cinco regiões brasileiras (BANCO MUNDIAL, 2007).

### 2.3.2 Epidemiologia do tabaco na população idosa do mundo e do Brasil

A cessação do tabaco traz benefícios ainda que entre os idosos, aumentando de dois a três anos a expectativa de vida naqueles que fumavam até um maço de cigarros por dia (GEORGE, 2007).

Existe uma escassez de pesquisas sobre o tabagismo direcionadas para a população idosa (HALTY; HÜTTNER, 2012).

Mundialmente e aproximadamente, 22% de homens com 60 anos ou mais são fumantes e 8% das mulheres têm esse hábito (MARINHO et al., 2010).

No Brasil, Inquérito de Saúde realizado no Estado de São Paulo apresentou, diante das variáveis socioeconômicas, prevalência de idosos tabagistas do sexo masculino (17,5%), com 60 a 69 anos (15,3%), não brancos (16,8%), com renda menor ou igual a um salário-mínimo (18,5%), menores quantidades de anos de estudo (13,6%) e que ainda estão em atividade ocupacional (16,3%) (ZAITUNE et al., 2012).

O tabagismo compromete não apenas a expectativa de vida, mas também a QV. Não fumantes têm uma expectativa de vida bem maior do que a de fumantes, e a suspensão do fumo é acompanhada, mesmo nos idosos, por um aumento no tempo de sobrevivência, em virtude da redução dos danos biológicos induzidos por esse vício (CASTRO et al., 2007).

## 2.4 QUALIDADE DE VIDA DE TABAGISTAS

O hábito tabágico é um dos fatores que podem influenciar na QV dos idosos (SCHMITZ; KRUSE; KUGLER, 2003).

A definição de QV adotada para este estudo se refere à da Organização Mundial de Saúde (1994, p.1405) na qual eles definem que a QV é a “[...] percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores em que vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Esse conceito é dado a partir da concepção do respondente, inter-relacionando os aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais com o meio ambiente (FLECK et al., 2000), portanto, a QV está associada aos aspectos subjetivo e multidimensional (MEIRELLES et al., 2012).

A QV é flexível, podendo modificar com o passar dos anos, portanto conceituá-la entre os indivíduos com 60 anos ou mais se torna mais complexa, uma vez que está associada às condições biológicas, sociais e psicológicas expostas ao longo da vida (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007). Além disso, nessa população a QV está diretamente ligada à autopercepção da saúde, ao bem-estar daquele momento, sem levar em consideração as doenças e os agravos (PASCHOAL, 2002).

Alguns motivos, como o baixo nível educacional e socioeconômico e a elevada prevalência de doenças crônicas e incapacitantes entre os idosos (VERAS, 2008), tornam relevantes as pesquisas com QV nesses indivíduos com objetivos de planejar políticas socio sanitárias de saúde e assistência social (PEREIRA et al., 2011).

O WHOQOL-GROUP tem por finalidade desenvolver instrumentos que mensuram a QV na prática clínica individual, assim como avalia a efetividade dos tratamentos e o funcionamento dos serviços de saúde (FLECK et al., 2000).

Existem duas maneiras de avaliar a QV, genérica e específica. A primeira trata de questionários de base populacional sem determinada doença, sendo mais utilizados para pesquisas epidemiológicas, planejamentos assistenciais e avaliação dos serviços de saúde. Já os questionários específicos abordam o cotidiano dos indivíduos restringindo-se àqueles com alguma doença específica (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Alguns estudos bastante citados na literatura avaliaram a QV de tabagistas, utilizando alguns questionários genéricos (WILSON; PARSONS; WAKEFIELD, 1999; CASTRO et al., 2007).

Na pesquisa realizada com o Questionário *Medical Outcomes Study 36 - Item short - Form Health Survey* (SF-36), observou-se que os fumantes moderados (15 a 24 cigarros/dia), graves (25 ou mais cigarros/dia) e leves (<15 cigarros/dia) apresentaram piores escores de QV, quando comparados aos não tabagistas, porém nesta última classificação não houve diferença no domínio aspectos físicos (WILSON; PARSONS; WAKEFIELD, 1999).

Em outra pesquisa realizada no Brasil com 276 pessoas com idades de 18 a 60 anos, a QV foi relacionada com os vários níveis de dependência do tabaco, tendo os idosos tabagistas moderados e graves apresentado piores escores nos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente do *World Health Organization Quality of life - BREF* (WHOQOL-BREF), em relação aos tabagistas leves (CASTRO et al., 2007).

Nesse sentido, a realização deste estudo fundamenta-se pela necessidade de uma maior atenção relacionada à QV da população idosa, uma vez que estes apresentam maiores riscos de morte por doenças do tabaco, devido ao longo tempo de exposição ao fumo e ao elevado nível de dependência nicotínica (HALTY; HÜTTNER, 2012).



Além disso, fisiologicamente os indivíduos com 60 anos ou mais já apresentam um declínio fisiológico que, quando somados aos hábitos de vida irregulares como o tabagismo, podem causar sérias disfunções no organismo, levando assim à incapacidade funcional e, conseqüentemente, a uma pior QV (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Faz-se necessário ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (2005) tem preconizado estudos que envolvam o envelhecimento ativo que dispõe da adoção de bons hábitos de vida independente da idade. Com isso, estudos como este são relevantes no âmbito da avaliação da QV dos idosos que consomem cigarro, a fim de auxiliar na elaboração de ações preventivas do uso do tabaco e de promoção da cessação desse hábito nessa população. Uma vez que deve-se destacar que há uma minoria de campanhas publicitárias direcionadas aos idosos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

### 3 HIPÓTESE

A prevalência de idosos tabagistas é maior no sexo masculino e na primeira década da velhice.

Os menores escores de QV são encontrados nos idosos tabagistas, quando comparados aos ex-tabagistas e não tabagistas.

Os idosos que apresentam elevados níveis de dependência nicotínica, maior tempo de exposição ao fumo e com pouco tempo de cessação do hábito tabágico apresentam menores escores de QV em relação aos idosos que apresentam dados inversos.

#### 4 OBJETIVOS

1 – Verificar os fatores sociodemográficos e econômicos associados ao tabagismo na população idosa.

2 – Caracterizar, entre os idosos tabagistas, o tempo de exposição ao tabaco e, entre os idosos ex-tabagistas, o número de cigarros que fumavam por dia, o tempo que foi exposto ao tabaco e o tempo em que cessou o hábito.

3 - Caracterizar os itens do Teste de Dependência à Nicotina (FTND) e o grau de dependência nicotínica entre os idosos tabagistas.

4 – Comparar os escores de QV dos idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas.

5 – Caracterizar os escores de QV, de acordo com o grau de dependência nicotínica.

6 – Associar os escores de QV com o grau de dependência nicotínica e o tempo de exposição ao fumo dos idosos tabagistas.

7 – Associar os escores de QV com o tempo de cessação do tabaco dos idosos ex-tabagistas.

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa está delineada como quantitativa do tipo inquérito domiciliar, transversal, observacional e analítica.

A presente investigação faz parte de um estudo maior intitulado: Morbidades, qualidade de vida e capacidade funcional de idosos, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na zona urbana do município de Uberaba/Minas Gerais (MG) que é dividido em três Distritos Sanitários denominados: Distrito I, II e III e subdividido em 18 áreas de abrangências.

### 5.3 POPULAÇÃO E CÁLCULO DE AMOSTRAGEM

A população residente no município pesquisado no ano de 2012 era de 302.623 indivíduos, sendo que 38.202 tinham 60 anos ou mais, o que corresponde a 12,6% da população geral (BRASIL, 2012a).

Para realização do cálculo amostral, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n \geq \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 * 2 * \pi(1 - \pi)}{(me)^2}$$

Em que:

$Z_{\alpha}$ : escore da distribuição normal considerando o nível de significância ( $\alpha$ );

$Z_{\beta}$ : escore da distribuição normal considerando o poder do teste ( $\beta$ );

$me$ : margem de erro para as estimativas intervalares;

$\pi$ : proporção estimada do evento de interesse.

O cálculo da amostragem populacional foi realizado pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM no primeiro ano em que se iniciaram as pesquisas, 2005. Utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional, levando-se em consideração os diversos bairros como estratos. A seleção em cada

estrato foi aleatória simples. Considerou-se 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de  $p=0,5$  para as proporções de interesse, dessa forma partiu-se do número de 3.034 idosos. Em 2008, foram entrevistados 2.892 idosos, sendo que, destes, 2.149 idosos se encaixaram nos critérios de inclusão. Em 2012, foram perdidos 266 idosos que faleceram e 275 por outros motivos e 628 foram excluídos. Ao final foram entrevistados 980 idosos que atenderam aos critérios de inclusão; número este que corresponde a 2,5% da população de idosos do referido município (BRASIL, 2012a).

#### 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os indivíduos com 60 anos ou mais, sem declínio cognitivo, residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

#### 5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não participaram da pesquisa 183 idosos que não foram localizados, após três visitas consecutivas, 14 encontravam-se hospitalizados, 194 mudaram de endereços, 160 apresentaram declínio cognitivo e 77 se recusaram a participar.

#### 5.6 MÉTODOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta foi dividida em duas etapas, a saber: a primeira da qual a presente pesquisa utilizou os dados foi realizada no período de junho a dezembro de 2012.

Participaram da coleta 19 entrevistadores, entre eles alunos de graduação e pós-graduação devidamente treinados e capacitados, os quais abordavam o idoso no domicílio, faziam a apresentação dos objetivos e das informações necessárias e, logo após a anuência e assinatura do TCLE, conduziam o idoso à entrevista.

Todos os questionários foram aplicados na forma de entrevista e, quando o idoso não compreendia a pergunta, o entrevistador lia a questão na íntegra novamente.

As entrevistas foram revisadas por supervisores de campo, sendo professores doutores e mestres da UFTM. Caso houvesse incompletude e inconsistência das respostas, as entrevistas eram devolvidas ao entrevistador para adequação.

### **5.6.1 Instrumentos de coleta de dados**

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A) foi aplicado com a finalidade de avaliar a cognição do idoso por meio de questões referentes à orientação, à memória imediata e de evocação, à concentração, ao cálculo, à linguagem e ao domínio espacial. O escore varia de 0 a 30 pontos, sendo o ponto de corte considerado de acordo com a escolaridade do idoso: 13 para analfabetos, 18 para os idosos que apresentarem de 1 a 11 anos de estudos e 26 para aqueles que tiverem mais que 11 anos de estudos (BERTOLUCCI; BRUCKI; CAMPACCI, 1994). Esse instrumento foi elaborado por Folstein (1975) e traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI; BRUCKI; CAMPACCI, 1994).

O Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ) (ANEXO B) foi utilizado a fim de caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico da população (RAMOS, 1987). Trata-se de um questionário adaptado do *Older Americans Resources and a Services* (OARS) que foi adaptado e validado no Brasil (FILLENBAUM; SMYER, 1981).

O WHOQOL-BREF (ANEXO C) e o *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD) (ANEXO D) foram aplicados com o intuito de avaliar a QV dos idosos, com base nas duas últimas semanas que antecederam a pesquisa. Ambos os instrumentos, WHOQOL-BREF (FLECK et al, 2000) e o WHOQOL-OLD (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006), foram traduzidos e validados no Brasil.

O FTND (ANEXO E) foi utilizado com o objetivo de avaliar o grau de dependência nicotínica dos idosos tabagistas. Este questionário se constitui de seis perguntas que variam de zero a três pontos, e, ao final da somatória, é visto o grau de dependência à nicotina por meio de cinco escores. Este teste tem uma relação com as variáveis bioquímicas direcionadas a quantidades de cigarros (FAGERSTRÖM, 1978). Foi traduzido e validado no Brasil por Carmo e Pueyo (2002).

A classificação tabágica foi escolhida de acordo com as Diretrizes para Cessação do Tabagismo (ARAÚJO et al., 2004), a saber: tabagistas (aquele que referiu ter fumado pelo menos um cigarro por dia por, pelo menos, um mês); ex-tabagistas (aquele que não fuma há pelo menos seis meses); não tabagista (aquele que nunca experimentou o tabaco).

### 5.6.2 Variáveis do estudo

MEEM: apresenta declínio cognitivo (sim/não) (BERTOLUCCI; BRUCKI; CAMPACCI, 1994).

Sociodemográficas e econômicas: gênero (masculino e feminino); faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais); raça/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena); estado conjugal (sem companheiro; com companheiro); arranjo de moradia (sozinho(a), acompanhado(a)); escolaridade em anos de estudo (analfabetos, 1|-4, 5 e mais); renda individual mensal em salário-mínimo (ausência de renda, até 1 salário-mínimo, 1|-3, 3 e mais salários); aposentado em anos (sim, não).

Classificação tabágica: dados autorreferidos se é fumante (sim/não); ex-fumante (sim/não). Variáveis quantitativas: números de cigarros/dia; tempo de exposição ao fumo (anos); tempo de cessação do fumo (anos).

FTND: Item 1 (mais de 60 minutos (0 pontos); entre 31 e 60 minutos (1 ponto); entre 6 e 30 minutos (2 pontos); menos de 6 minutos (3 pontos)), Itens 2, 3, 4 e 5 (não (0 ponto); sim (1 ponto)) e Item 6 (menos de 11 (0 pontos); 11 a 20 (1 ponto); 21 a 30 (2 pontos); mais de 30 (3 pontos)). Para o escore total: (0-2 pontos (muito baixo), 3-4 pontos (baixo), 5 pontos (médio), 6-7 pontos (elevado) e 8-10 pontos (muito elevado) (FAGERSTRÖM, 1978).

WHOQOL-BREF constitui-se de duas questões referindo-se genericamente a QV, a saber: uma questão sobre avaliação da QV (1-muito ruim, 2-ruim, 3-nem ruim/nem boa, 4-boa e 5-muito boa) e outra questão sobre satisfação com a vida (1-muito insatisfeito, 2-insatisfeito, 3-nem insatisfeito/nem satisfeito, 4-satisfeito e 5-muito satisfeito), além disso, é composto por mais 24 questões com quatro domínios: domínio físico (avalia dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades de vida diária; nível de dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho), domínio psicológico (avalia sentimentos positivos; pensar; aprender;

memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade; religiosidade e crenças pessoais), domínios relações sociais (verifica as relações pessoais; suporte social e atividade sexual) e domínio meio ambiente (avalia segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade). Os escores transformados variam de 0 a 100, sendo que quanto maior o escore melhor a QV (FLECK et al., 2000).

O WHOQOL-OLD têm 24 itens da escala Likert, relacionados em seis facetas: funcionamento dos sentidos (funcionamento sensorio em relação ao impacto da perda das habilidades sensoriais frente à QV); autonomia (independência na velhice); atividades passadas, presentes e futuras (satisfação das conquistas na vida); participação social (refere-se às atividades diárias, principalmente na comunidade); morte e morrer (descreve as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer) e intimidade (verifica a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas). Os escores transformados também variam de 0 a 100, sendo quanto maior o escore melhor a QV (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

## 5.7 PROCESSAMENTOS DOS DADOS

Todos os dados foram registrados em arquivo digital preparado especificamente para este fim, por meio de planilhas do Excel, sendo tabulados em dupla entrada, a fim de verificar a consistência dos dados. Posteriormente, os dados foram exportados para o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 17.0 para análise.

## 5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para atingir o primeiro objetivo, foi aplicado o teste *Cramer's V* ( $p \leq 0,05$ ) na análise bivariada, a fim de verificar quais as variáveis sociodemográficas e econômicas que seriam incluídas no ajuste de Regressão Logística Multinomial Múltipla, entre os idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas. Utilizou-se a *Regressão Logística Multinomial Múltipla* ( $p \leq 0,05$ ) para verificar os fatores associados ao consumo de tabaco ajustados para sexo e faixa etária. Os idosos não tabagistas foram considerados a categoria de referência. O tabagismo foi o



desfecho, e os dados sociodemográficos e econômicos foram as variáveis preditoras.

No segundo objetivo para os idosos tabagistas, a variável (tempo de exposição ao fumo) foi descrita em média e desvio-padrão. Assim como para as variáveis quantitativas (cigarros/dia; tempo de exposição ao fumo e tempo de cessação do vício) entre os idosos ex-tabagistas.

O terceiro objetivo, as variáveis do FTND e sua conclusão demonstrando o grau de dependência nicotínica, foi descrito em frequência simples absoluta e relativa.

Para o quarto objetivo, realizou-se uma descrição de frequências simples absolutas e relativas das duas questões genéricas do WHOQOL-BREF, de acordo com os idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas. Para comparação entre os idosos conforme a classificação tabágica com os escores de QV, foi aplicado o teste ANOVA ( $p \leq 0,05$ ) e, logo em seguida, ajustado para sexo e faixa etária por meio da *Regressão Linear Múltipla* ( $p \leq 0,05$ ), sendo a categoria de referência o grupo de não fumantes, sexo feminino e 80 anos ou mais. A QV foi o desfecho.

No quinto objetivo, foi realizada a descrição das medidas de tendências central (média) e dispersão (desvio-padrão) dos domínios e facetas de QV de acordo com o grau de dependência nicotínica.

Para o sexto objetivo, foram selecionados os idosos tabagistas e foram aplicados o teste de correlação de *Spearman's* ( $p \leq 0,05$ ) entre as variáveis quantitativas (escores de QV) e qualitativa ordinal (grau de dependência nicotínica); e o teste de *Pearson* ( $p \leq 0,05$ ) entre as duas variáveis quantitativas (escores de QV com o tempo de exposição ao fumo). Foi aplicada a *Regressão Linear Múltipla* ( $p \leq 0,05$ ), a fim de verificar se esses dois preditores (grau de dependência nicotínica e tempo de exposição ao fumo) continuam influenciando no desfecho (QV), após ajustados para sexo e faixa etária. As categorias de referências foram o grupo de não fumantes, sexo feminino e 80 anos ou mais.

No sétimo objetivo, foram selecionados os idosos ex-tabagistas, e foi aplicado o teste de *Pearson* ( $p \leq 0,05$ ) entre as duas variáveis quantitativas (escores de QV com o tempo de cessação do fumo). Em seguida, foi aplicada a *Regressão Linear Múltipla* ( $p \leq 0,05$ ), a fim de verificar se esse preditor (tempo de cessação do fumo) continuava influenciando no desfecho (QV), após ajustados para sexo e faixa etária.

As categorias de referências foram o grupo de não fumantes, sexo feminino e 80 anos ou mais.

## 5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM), sob o protocolo de número 2.265 de 2012 (ANEXO F).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 980 idosos entrevistados, 122 (12,4%) eram tabagistas, 320 (32,7%), ex-tabagistas e 538 (54,9%) não tabagistas.

A literatura apresenta poucos dados concernentes à prevalência de consumo de tabaco entre idosos no contexto mundial e nacional (ARAÚJO, 2012).

Na meta-análise que incluiu 48 artigos de todos os continentes do hemisfério de Norte a Sul, houve a prevalência de 13% de idosos tabagistas (MARINHO et al., 2010). Estudo realizado na Inglaterra verificou que 12% das pessoas com 65 anos ou mais eram fumantes (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH RESEARCH, 2008). Investigação feita na América do Norte, Estados Unidos, observou-se que 9,3% dos indivíduos consumiam tabaco (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008). A *World Health Organization* (2011) evidencia que, na população adulta, o número de fumantes se destaca naqueles países com baixa e média renda. Porém, para esta população específica de idosos, na presente pesquisa que foi realizada no Brasil, o qual é considerado um país em desenvolvimento, os percentuais foram bem aproximados dos países desenvolvidos.

Segundo dados do VIGITEL, existem no Brasil 8,7% de idosos que consomem tabaco no país, percentual este abaixo do encontrado no presente estudo (BRASIL, 2012b). Já a PETab encontrou (12,9%) percentual aproximado da presente investigação (BRASIL, 2011). No entanto, esses estudos fizeram uma categorização da faixa etária diferente da presente pesquisa ( $\geq 60$  anos), a saber: VIGITEL de 55 a 64 anos e  $\geq 65$  anos (BRASIL, 2012b) e a PETab de 45 a 64 anos e  $\geq 65$  anos (BRASIL, 2011).

Similar ao presente estudo, um inquérito realizado em quatro municípios do Estado de São Paulo observou que 12,2% dos indivíduos com 60 anos ou mais têm o hábito de fumar (ZAITUNE et al., 2012). Divergente à presente pesquisa, Pereira et al. (2010) entrevistaram 211 idosos do município de Teixeira e verificaram que 19,4% dos pesquisados eram fumantes, percentual este acima da média nacional.

Na literatura brasileira, em 1989, a prevalência de adultos fumantes era de 32% (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1989). Segundo dados mais recentes, existem no Brasil 14,8% de indivíduos acima de 15 anos que dispõem desse hábito (BRASIL, 2011). Dessa forma mesmo que os delineamentos dos estudos não sejam equiparáveis, é possível observar uma intensa redução do

consumo de tabaco no país.

Nesse sentido, vale ressaltar que, de acordo com o *International Tobacco Control – ITC* -, o Brasil é líder nas Américas em relação ao controle do tabaco e está em primeiro lugar em nível mundial nas advertências sanitárias em embalagens (ITC BRASIL, 2009).

O processo antitabaco se iniciou em 1975 e vem, ao longo dessas décadas, criando diversas leis, programas e campanhas de controle para prevenção e cessação do vício (MIRRA et al., 2009). O governo e instituições de combate ao cigarro vêm atuando em diversos segmentos, como, por exemplo, nos preços e impostos dos produtos derivados do tabaco; leis que proíbem o consumo de cigarro em lugares fechados; advertências sanitárias e alertas nas embalagens e nas propagandas explicativas sobre os riscos de fumar e os benefícios de quem cessa (ITC BRASIL, 2009).

Já ao comparar o percentual (12,4%) de idosos tabagistas do presente estudo com a prevalência (12,8%) encontrada por Lima-Costa em 2004, verifica-se que a redução do vício nesta população não acontece na mesma velocidade que na população adulta. Isso pode estar relacionado à escassez de ações de saúde que incentivem o abandono desse hábito nos indivíduos com 60 anos ou mais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

As proporções de idosos ex-tabagistas observada no presente estudo corroboram os dados do VIGITEL, o qual evidencia que 35,2% das pessoas com 65 anos ou mais cessaram o hábito do tabaco (BRASIL, 2012b).

Divergente da presente pesquisa, Lima; Faustino (2013) encontrou em sua revisão integrativa prevalência de idosos ex-tabagistas que variou de 22,1% a 56,6%. De acordo com os dados coletados em 2008 pelo PNAD, 41,5% dos idosos tentaram parar de fumar no último ano que antecedeu a pesquisa (IBGE, 2009), percentual este acima da presente investigação.

Em relação aos dados sociodemográficos e econômicos dos idosos tabagistas, o presente estudo realizou análise bivariada, a fim de verificar quais as variáveis que seriam incluídas no ajuste de Regressão Logística Multinomial Múltipla, encontrando significativas as variáveis sexo ( $p < 0,001$ ), faixa etária ( $p < 0,001$ ), estado conjugal ( $p = 0,002$ ) e aposentadoria ( $p < 0,001$ ), Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas, de acordo com a classificação tabágica dos idosos. Uberaba/MG, 2012.

Variáveis	Tabagista		Ex-tabagista		Não tabagista		Total		V	p*
	N	(%)	n	(%)	N	(%)	n	(%)		
<b>Sexo</b>										
Masculino	53	15,2	188	53,9	108	30,9	349	35,6	0,371	<0,001
Feminino	69	10,9	132	20,9	430	68,1	631	64,4		
<b>Faixa etária</b>										
60 a 69 anos	56	19,8	77	27,2	150	53,0	283	28,9	0,104	<0,001
70 a 79 anos	47	9,6	170	34,7	273	55,7	490	50,0		
80 anos ou mais	19	9,2	73	35,3	115	55,6	207	21,1		
<b>Raça/Cor</b>										
Branca	64	11,5	173	31,1	320	57,5	557	56,9	0,068	0,329
Preta	18	15,5	41	35,3	57	49,1	116	11,8		
Parda	39	14,2	90	32,7	146	53,1	275	28,1		
Amarela	1	4,2	12	50,0	11	45,8	24	2,5		
Indígena	-	-	3	42,9	4	57,1	7	0,7		
<b>Estado conjugal</b>										
Sem companheiro	78	13,9	158	28,1	326	58,0	562	57,3	0,114	0,002
Com companheiro	44	10,5	162	38,8	212	50,7	418	42,7		
<b>Escolaridade</b>										
Analfabeto	32	15,1	68	32,1	112	52,8	212	21,7	0,060	0,135
1-4	63	11,5	193	35,2	293	53,4	549	56,1		
5 e mais	27	12,4	58	26,6	133	61,0	218	22,3		
<b>Renda individual</b>										
Ausência de renda	10	13,3	15	20,0	50	66,7	75	7,7	0,061	0,300
Até 1 salário	2	11,8	5	29,4	10	58,8	17	1,7		
1-3 salários	101	12,5	276	34,2	430	53,3	807	82,6		
3 e mais salários	9	11,5	23	29,5	46	59,0	78	8,0		
<b>Aposentado</b>										
Sim	81	12,2	258	38,7	327	49,1	666	68,0	0,192	<0,001
Não	41	13,1	62	19,8	210	67,1	313	32,0		
<b>Total</b>	122	12,4	320	32,7	538	54,9	980	100		

Fonte: a autora, 2013.

Nota: \*Cramer's V ( $p \leq 0,05$ ).

Após os ajustes para sexo e faixa etária, a presente investigação observou que os idosos tabagistas têm maior risco de chance de ser do sexo masculino (IC95%: 2,21-5,77), entre 60 e 69 anos (IC95%: 1,30-4,26) e sem companheiro (IC95%: 1,16-2,85). Para os idosos ex-tabagistas, também foi encontrada maior chance de risco para o sexo masculino (IC95%: 3,76-3,78), Tabela 2.

Convergente aos dados encontrados no presente estudo, algumas pesquisas citadas a seguir também verificaram maior risco de chance de os idosos serem do sexo masculino. O *The Global Tobacco Surveillance System – GATS* - de 16 países verificou que a prevalência de tabagismo em idosos do sexo masculino variou de 12,6% (IC:10,9-14,4) nos Estados Unidos e 12,6% (IC:12,0-13,3) na Inglaterra até 40,7% (IC:34,2-41,4) na Rússia. Já as idosas tabagistas apresentaram-se em proporção bem menor, variando de 0,00% na Ucrânia a 21,0% (IC:16,3-26,7) nas

Filipinas (GIOVINO et al., 2012). No Brasil, o Estudo Multidimensional dos Idosos de Porto Alegre – EMIPOA - encontrou prevalência significativamente maior ( $p=0,004$ ) em homens fumantes (20,8%), quando comparados às mulheres (13,0%) (SENGER et al., 2011). O inquérito de São Paulo também observou maior concentração de consumidores de tabaco (17,5%, IC:10,1-14,7), entre os idosos do sexo masculino (ZAITUNE et al., 2012).

Um dos fatores que tem sido discutido na literatura é que os homens dispõem mais de hábitos de vida não saudáveis como o tabagismo do que as mulheres (CAMARANO, 2002). Isso ocorre devido ao consumo de cigarros ter se espalhado na década de 20 do século passado, inicialmente entre os homens (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008).

O sexo tem sido considerado um dos fatores sociodemográficos de associação com o tabaco, mostrando que a prevalência é maior em homens do que em mulheres. Uma informação relevante é o grande número de experimentação de tabaco entre os indivíduos do sexo feminino e consequente aumento da prevalência nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, a redução do consumo de cigarros é mais rápida entre homens do que entre as mulheres. O contrário acontece para os países em desenvolvimento, porém essa redução acontece de forma bem mais lenta (WHO, 2004).

Portanto a situação da prevalência de fumantes, segundo o sexo, em idosos deve ser analisada com cautela, uma vez que se observa uma propensão à inversão dos percentuais (BRASIL, 2004b; PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006).

Nota-se que apesar de estarem sendo evidenciadas maiores proporções de hábito de fumar entre os homens, esses têm deixado de fumar mais do que as mulheres, de acordo com a presente pesquisa e os estudos a seguir.

Os dados da Pesquisa sobre Mortalidades Atribuíveis ao Tabagismo - Pesquisa-SAM - realizada em 16 capitais brasileiras evidenciaram maior prevalência de ex-tabagistas no sexo masculino, variando de 30,3% em Brasília a 69,2% em Vitória, sendo este último percentual acima do encontrado no presente estudo (CORRÊA; BARRETOS; PASSOS, 2009). Assim como na presente investigação, os resultados do VIGITEL também verificaram que os homens estão deixando de fumar com o avanço da idade, sendo que aqueles que tinham entre 18 e 24 anos apresentaram percentual de abandono do fumo de 11,4%, e aqueles que tinham 65 anos ou mais apresentaram 52,6% (BRASIL, 2012b).

Essa redução também acontece dentro das faixas etárias senis. No presente estudo, observou-se que os idosos tabagistas tendem a estar entre 60 e 69 anos. Os dados corroboram os resultados evidenciados na investigação realizada em Londrina com 832 indivíduos com 60 anos ou mais, o qual apresentou prevalência significativamente maior (23,9%) naqueles que se encontravam na primeira faixa etária da velhice, quando comparados às outras (SENGER et al., 2011). Freitas et al. (2010) também verificaram maior proporção de idosos tabagistas com 60 a 69 anos.

Essa população costuma subestimar os riscos e a superestimar os benefícios do vício (HALTY, HÜTTER, 2012). Nesse sentido os idosos só são encorajados a abandonar o cigarro quando surge alguma doença relacionada (PEREIRA, BARRETO; PASSOS, 2008), que por sua vez tende a aparecer com maior tempo de exposição ao tabaco e idade avançada (AGAHÍ; SHAW, 2013). Além disso, a morte precoce dos indivíduos com 60 anos ou mais que consomem cigarro é uma das características que levam à redução dessa prevalência com o avanço da idade (GRAVINA; ROSA; FRANKEN, 2010).

Outro fator significativamente estatístico observado no presente estudo é o maior risco de chance de os idosos tabagistas não terem companheiro, o que corrobora o estudo de Senger et al. (2011). Divergente à presente pesquisa, Madruga et al. (2010) verificaram em seu estudo que o estado conjugal não influenciou na condição tabágica dos idosos, assim como na investigação realizada por Freitas et al. (2010).

O parceiro é visto positivamente e negativamente, uma vez que aquele que fuma pode atrapalhar o outro a abandonar o hábito (DOBKIN et al., 2002), e aqueles companheiros que não são fumantes tendem a estimular o parceiro a cessar o vício, dando apoio nas diferentes fases de abstinência (AFONSO; PEREIRA, 2013).

Pesquisa realizada com 572 idosos residentes em 13 instituições de longa permanência verificou que os menores níveis de dependência à nicotina estavam relacionados aos indivíduos que, de alguma forma, mantinham um vínculo afetivo, independente do tipo (CARVALHO; GOMES; TAVARES, 2010).

Segundo Fernandes (2007), o tabagismo é considerado um refúgio para enfrentar a solidão. Na investigação de Carvalho; Gomes; Tavares (2010) a solidão está associada à dificuldade de cessação do hábito, principalmente naqueles com idade mais avançada. De acordo com as Diretrizes para Cessação do Tabaco, o

apoio familiar e de amigos é de grande relevância para a redução do tabagismo entre idosos (REICHERT et al., 2008).

**Tabela 2** - Razão de Chance e Intervalo de Confiança (IC) das variáveis sociodemográficas e econômicas de acordo com a classificação tabágica dos idosos. Uberaba/MG, 2012.

Variáveis	Classificação tabágica					
	Tabagista			Ex-Tabagista		
	Razão de Chance	Intervalo de Confiança	<i>p</i> *	Razão de Chance	Intervalo de Confiança	<i>p</i> *
<b>Sexo</b>						
Masculino	3,57	2,21-5,77	<0,001	5,34	3,76-7,58	<0,001
Feminino	-----	-----	-----	-----	-----	-----
<b>Faixa etária</b>						
60 a 69 anos	2,36	1,30-4,26	0,004	0,81	0,52-1,26	0,356
70 a 79 anos	1,13	0,73-1,56	0,678	1,07	0,73-1,57	0,707
80 anos ou mais	-----	-----	-----	-----	-----	-----
<b>Estado conjugal</b>						
Sem companheiro	1,82	1,16-2,85	0,008	1,11	0,80-1,54	0,509
Com companheiro	-----	-----	-----	-----	-----	-----
<b>Aposentado</b>						
Sim	0,96	0,60-1,53	0,883	1,36	0,94-1,97	0,099
Não	-----	-----	-----	-----	-----	-----

**Fonte:** a autora, 2013.

Nota: \* Regressão Logística Multinomial Múltipla ( $p \leq 0,05$ ). Categoria de referência: Idosos não tabagistas.

Em relação às variáveis tabágicas, o presente estudo verificou que os idosos fumantes têm esse hábito há  $49,48 \pm 14,95$  anos, Tabela 3.

Similar à presente investigação, pesquisa realizada em Campina Grande verificou que os 16 idosos entrevistados iniciaram precocemente o consumo de tabaco entre os 07 e 34 anos de idade e persistiram com o uso de cigarro por 3 a 69 anos. Além disso, eles relataram preocupação com a saúde, e grande parte já tinha tentado cessar o uso do fumo (SILVA et al., 2013).

O longo período de exposição a esse vício causa maior dependência à nicotina nessa população, gerando mais resistência no abandono do hábito (HALTY; HÜTTNER, 2012).



**Tabela 3** - Distribuição da variável sobre tabagismo entre idosos fumantes. Uberaba/MG, 2012.

Variáveis	Tabagista	
	$\bar{x}$	S
Tempo de exposição ao tabaco	49,48	14,95

**Fonte:** a autora, 2013.

Nota:  $\bar{x}$  média aritmética; S Desvio-padrão

Pertinente às variáveis tabágicas dos idosos ex-fumantes, a presente pesquisa observou que os mesmos tinham um consumo em média  $18,47 \pm 15,37$  cigarros/dia, ficaram expostos por  $27,83 \pm 16,78$  anos e deixaram o hábito há  $24,00 \pm 14,71$  anos, Tabela 4.

A literatura evidencia que quem consegue parar de fumar diminui os riscos de mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco e acrescentam em média nove anos a sua sobrevivência (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2005).

O indivíduo que cessa o hábito apresenta inúmeros benefícios, dentre eles: a pressão sanguínea e a pulsação que voltam ao normal dentro dos primeiros 20 minutos; a nicotina é eliminada do sangue dentro de duas horas; o nível de oxigênio no sangue normaliza após oito horas sem consumir cigarro; melhora o olfato e a degustação em dois dias; facilita a respiração e melhora a circulação sanguínea após três semanas; em 10 anos sem tabaco o risco de sofrer infarto do coração se equipara a de uma pessoa que nunca fumou e o risco de adoecer por câncer reduz a metade, sendo que, após 20 anos, esse risco será quase igual ao de um indivíduo que nunca experimentou o cigarro (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

**Tabela 4** - Distribuição das variáveis sobre tabagismo entre idosos ex-fumantes. Uberaba/MG, 2012.

Variáveis	Ex-tabagistas	
	$\bar{x}$	S
Cigarros/dia	18,47	15,37
Tempo de exposição ao tabaco	27,83	16,78
Tempo que cessou o hábito	24,00	14,71

**Fonte:** a autora, 2013.

Nota:  $\bar{x}$  média aritmética; S Desvio-padrão

Concernente ao FTND, houve predomínio: no primeiro item 36,1% dos idosos tabagistas relataram fumar o primeiro cigarro entre 31 e 60 minutos após acordar; no segundo item, 74,6% disseram conseguir ficar sem fumar em lugares proibidos; no terceiro item, 56,6% falaram que o cigarro que traz maior satisfação não é o primeiro da manhã; sobre o quarto item, 50,8% consomem menos de 10 cigarros por dia; no quinto item, 53,3% disseram que fumam mais em outros períodos que não o da manhã e, no sexto item, 60,7% relataram que fumam mesmo quando estão doentes, Tabela 5.

Referente ao tempo em que a pessoa leva para acender o primeiro cigarro no período da manhã, mostra a necessidade de reposição da nicotina antes de entrar em crise de abstinência (HALTY, 2012).

A nicotina é uma substância que chega ao cérebro nove segundos depois de aspirada e ativa os receptores nicotínicos localizados em neurônios dopaminérgicos que geram a sensação de prazer. O uso contínuo causa uma adaptação, necessitando da reposição mais rápida e em maior quantidade (GIGLIOTTI; LEMOS, 2012).

Desde o século passado, já se falava que quanto maior o número de cigarros consumidos pelos idosos, maior será o grau de dependência nicotínica tornando-se mais difícil cessar o hábito (COX, 1993).

O PNAD (2008) evidenciou que 49,7% da população idosa fuma menos de 10 cigarros/dia (IBGE, 2009). Estudo realizado com 401 idosos brasileiros verificou que 47,1% dos fumantes consomem até nove cigarros/dia (MADRUGA et al., 2010). Percentuais estes que se aproximam dos encontrados na presente investigação (50,8%).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2005), os riscos de morte por câncer de pulmão em quem fuma de 1 a 14, de 15 a 24 e  $\geq 25$  cigarros por dia são respectivamente, 8, 14 e 24 vezes maior do que em não fumantes.

A quantidade de cigarros/dia também pode influenciar na medicação que o idoso faz com uso diário ou quando está doente, pois pode acelerar o metabolismo e levar à diminuição da meia-vida das drogas, dessa maneira alguns medicamentos devem ser ministrados em doses superiores em relação àqueles que não fazem uso do tabaco (ROSEMBERG, 1989).

Na investigação realizada com 111 pacientes com média de idade de 70 anos internado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-SP),

verificou-se que os indivíduos doentes tabagistas não resistem à crise de abstinência e fazem uso do tabaco dentro do ambiente hospitalar, mesmo sendo regularmente proibidos (OLIVEIRA et al., 2008), fato esse que corrobora com os itens 2 e 6 do FTND do presente estudo.

**Tabela 5** - Distribuição de frequências simples e absolutas dos itens do FTND entre idosos tabagistas. Uberaba/MG, 2012.

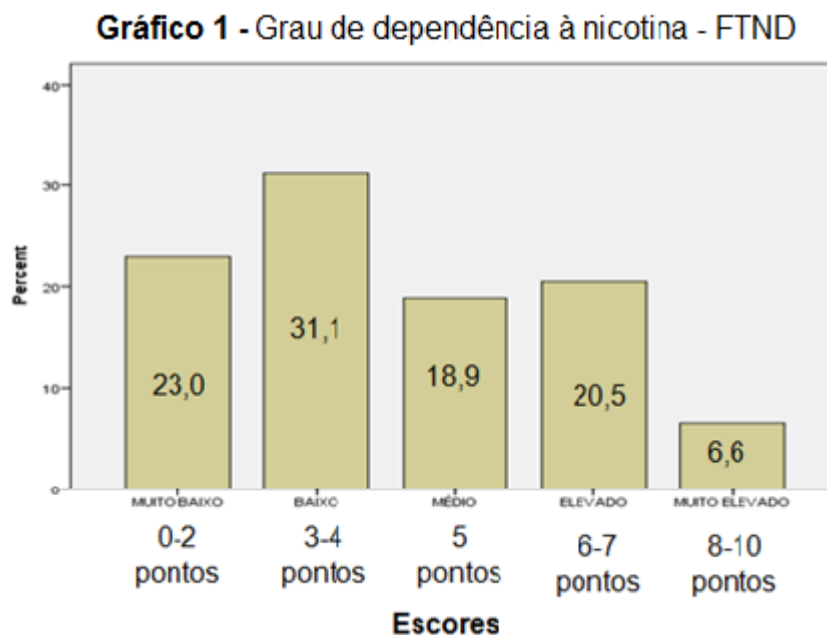
<b>FTND</b>				
<b>Itens</b>	<b>Pontos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>1 Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?</b>				
Dentro de 5 minutos	3	25	20,5	
Entre 6 e 30 minutos	2	21	17,2	
Entre 31 e 60 minutos	1	44	36,1	
Após 60 minutos	0	32	26,2	
<b>2 Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?</b>				
Sim	1	91	74,6	
Não	0	31	25,4	
<b>3 Qual cigarro do dia traz mais satisfação?</b>				
O primeiro da manhã	1	53	43,4	
Outros	0	69	56,6	
<b>4 Quantos cigarros você fuma por dia?</b>				
Menos de 10	0	62	50,8	
De 11 a 20	1	47	38,5	
De 21 a 30	2	4	3,3	
Mais de 31	3	9	7,4	
<b>5 Você fuma mais frequentemente pela manhã?</b>				
Sim	1	57	46,7	
Não	0	65	53,3	
<b>6 Você fuma mesmo doente?</b>				
Sim	1	74	60,7	
Não	0	48	39,3	

**Fonte:** a autora, 2013.

Referente ao grau de dependência nicotínica do FTND, o presente estudo observou que a maioria (31,1%) dos idosos tabagistas foi classificada com baixo grau de dependência nicotínica, Gráfico 1.

Investigação realizada com 136 idosos observou que 40% apresentaram baixo grau de dependência nicotínica, dado que corrobora o presente estudo, porém apresenta-se com percentual mais elevado (CARVALHO et al., 2013). Diferente da presente pesquisa, outro estudo encontrou grau moderado de dependência nicotínica entre os idosos (MARTINS, 2012).

De acordo com Pietrobon; Barbisan; Manfroi (2007), é possível tratar os indivíduos que apresentam baixo grau de dependência nicotínica apenas com terapia cognitivo-comportamental e para os graus mais elevados aconselha-se terapia farmacológica.



Fonte: a autora, 2013.

Concernente às duas questões genéricas da QV do questionário WHOQOL-BREF, houve predomínio de boa QV (48,4%) entre os idosos tabagistas, (52,8%) entre os ex-tabagistas e (56,7%) entre os não tabagistas. A satisfação com a saúde também predominou (42,6%) entre os idosos fumantes, (47,5%) entre os ex-fumantes e (48,3%) entre os não fumantes, Tabela 6.

Percebe-se que mesmo tendo observado esse predomínio nas três classificações tabágicas, aqueles que não fazem uso do fumo apresentaram-se em maior percentual para uma boa QV e mais satisfeitos com a saúde, em relação aos fumantes e ex-fumantes.

A QV tem sido utilizada, nas suas diferentes dimensões, para avaliar as particularidades que atuam no processo de saúde-doença do idoso (PEREIRA et al., 2006).

Uma das maneiras de avaliar essas dimensões é por meio da autopercepção, que se trata de uma informação rápida e simples de ser obtida e tem sido considerado um importante indicador de saúde para avaliar os índices de mortalidade e QV dos indivíduos (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012).

Pesquisa realizada em Londrina com 344 idosos observou resultados significativamente estatísticos ( $p < 0,0001$ ), para a associação do tabagismo com a percepção de saúde, em que 16,7% dos idosos fumantes autorreferiram a saúde como ruim (FREITAS et al., 2010), diferindo da presente investigação.

De maneira semelhante ao presente estudo, Afonso; Pereira (2013)

evidenciou em seu estudo que os indivíduos fumantes referem a sua saúde como boa, não se importando com as limitações que o tabaco pode causar.

Deve-se ressaltar que os idosos fumantes crônicos aparentemente saudáveis consideram-se autoimunes aos efeitos deletérios do cigarro à saúde, uma vez que eles pensam que por terem fumado ao longo de sua vida e não ficaram doentes, não ficarão mais; ou mesmo que por terem fumado a vida toda, o cigarro já causou os danos no seu organismo e agora não adianta mais parar (HALTY; HÜTTNER, 2012).

Além disso, desde o século passado, os japoneses observaram que o hábito de fumar em idosos era visto como uma maneira de melhorar a autoestima; de promover relaxamento; de diminuir a insônia e principalmente um refúgio da solidão (ADLAF; SMART, 1995).

**Tabela 6** - QV e satisfação com a própria saúde dos idosos, de acordo com a classificação tabágica. Uberaba/MG, 2012.

WHOQOL-BREF	Classificação tabágica					
	Tabagista		Ex-tabagista		Não tabagista	
Qualidade de vida	N	%	n	%	n	%
Muito ruim	1	0,8	2	0,6	3	0,6
Ruim	7	5,7	9	2,8	20	3,7
Nem ruim, nem boa	42	34,4	103	32,2	156	29,0
Boa	59	48,4	169	52,8	305	56,7
Muito boa	13	10,7	37	11,6	54	10,0
<b>Satisfação com a saúde</b>						
Muito insatisfeito	5	4,1	10	3,1	25	4,6
Insatisfeito	24	19,7	63	19,7	76	14,1
Nem satisfeito, nem insatisfeito	30	24,6	53	16,6	117	21,7
Satisfeito	52	42,6	152	47,5	260	48,3
Muito satisfeito	11	9,0	42	13,1	60	11,2

**Fonte:** a autora, 2013.

Quando comparada a QV dos idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, aqueles que fazem uso do cigarro apresentaram os piores escores nos domínios e facetas e os idosos ex-tabagistas foram os que relataram melhor QV, no entanto, os dados não foram estatisticamente significativos, Tabela 7.

Acredita-se que os resultados encontrados estejam relacionados ao fato de os idosos tabagistas do presente estudo ter grau de dependência nicotínica leve e fumar menos de 10 cigarros/dia. Além disso, os idosos ex-tabagistas apresentaram um longo tempo de abandono do vício ( $24,00 \pm 14,71$  anos), o que indica que houve uma melhora da QV.

Nesse sentido, existem outros fatores de confusão que interferem na QV do fumante, a saber: o *coping* familiar; a presença de um parceiro no comportamento

do fumante; as variáveis sociocognitivas; as condições de saúde e associação do consumo de tabaco com outros hábitos irregulares (ANDRADE; PEREIRA, 2012). Mas não era objetivo do presente estudo observar a associação desses outros preditores de QV de fumantes.

**Tabela 7** - Distribuição dos escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF e das facetas do WHOQOL-OLD por classificação tabágica dos idosos. Uberaba/MG, 2012.

Escores de QV	Classificação tabágica						p*
	Tabagista		Ex-tabagista		Não tabagista		
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	
<b>WHOQOL-BREF</b>							
Físico	61,27±16,39		61,90±17,39		61,53±17,10		0,926
Psicológico	64,82±14,30		67,52±15,54		65,73±15,99		0,156
Relações sociais	70,49±15,34		72,44±14,01		71,17±14,22		0,318
Meio ambiente	59,81±12,66		61,35±13,89		60,60±14,27		0,544
<b>WHOQOL-OLD</b>							
Funcionamento dos sentidos	67,41±23,69		69,86±24,04		68,70±23,45		0,594
Autonomia	62,80±15,07		65,56±15,76		64,33±15,73		0,228
Ativ. pas., pres. e futuras	66,90±14,04		68,20±15,93		67,38±15,40		0,658
Participação social	62,70±14,83		65,64±16,86		65,05±16,27		0,233
Morte e morrer	73,03±22,73		73,51±25,03		70,44±26,91		0,207
Intimidade	65,67±21,96		69,70±19,78		68,06±20,35		0,164

Fonte: a autora, 2013.

Nota:  $\bar{x}$  média aritmética; S desvio-padrão / \*ANOVA ( $p \leq 0,05$ ).

Mesmo após os ajustes para sexo e faixa etária, o tabagismo não influenciou nos escores de QV, Tabela 8.

Conforme Ferreira et al. (2013), as pesquisas relacionadas a esta temática têm aumentado e apresentado piores escores de QV entre os que dispõem desse vício.

Alguns estudos têm sido realizados no âmbito da mensuração da QV em tabagistas, tendo todos encontrado um resultado comum que é a redução da QV nas pessoas que fazem uso do tabaco (CASTRO, MG et al., 2007; CASTRO, MRP et al., 2010).

Investigação realizada em Montes Claros observou que o tabagismo foi considerado o principal fator de risco para a diminuição da QV, impactando em cinco das oito dimensões estudadas, a saber: atividade física, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental (CAMPOS-OLIVEIRA et al., 2013).

A literatura evidencia que o tabagismo é um fator de risco bem mais influente para a piora da QV entre os idosos do que na população mais jovem (ASAKAWA et

al., 2012).

De maneira contrária, Pereira et al. (2011), em seu estudo, evidenciaram que o hábito de fumar reduziu as chances de os idosos apresentarem baixo escore de QV no domínio social.

Estudo realizado na China, durante oito anos, com 3.257 idosos considerou a QV relacionada às atividades físicas e observou que a diferença gradual associada com a intensidade do tabagismo e o tempo que abandonou o hábito refletiram no objetivo principal da pesquisa que era a expectativa de vida, indicando que os idosos não fumantes dispunham de um prolongamento nos anos de vida, assim como os ex-fumantes, quando comparados aos fumantes (TIAN et al., 2011).

Pesquisas mais antigas realizadas na população adulta evidenciaram redução da QV associada ao hábito do tabaco, assim como redução dos anos de vida e maior número de morbidades psiquiátricas (CAYELA; RODRIGUES-DOMINGUEZ; OTERO, 2007).

**Tabela 8** - Comparação dos escores de QV, de acordo com a classificação tabágica dos idosos, ajustados para sexo e faixa etária. Uberaba/MG, 2012.

Escore de QV	Variáveis							
	Sexo		Faixa etária		Tabagista		Ex-tabagista	
	$\beta$	$p$	B	$p$	$\beta$	$p$	$\beta$	$P$
<b>WHOQOL-BREF</b>								
Físico	-0,100	0,004	-0,049	0,129	-0,027	0,428	-0,727	0,467
Psicológico	-0,166	<0,001	0,004	0,898	-0,045	0,173	-0,009	0,793
Relações sociais	-0,098	0,004	0,061	0,057	-0,025	0,461	0,002	0,946
Meio ambiente	-0,148	<0,001	0,037	0,253	-0,039	0,250	-0,032	0,364
<b>WHOQOL-OLD</b>								
Habilidades sensoriais	-0,008	0,819	-0,088	0,006	-0,029	0,388	0,023	0,516
Autonomia	-0,075	0,030	-0,056	0,081	-0,050	0,135	0,011	0,761
Ativ. pas., pres. e futuras	-0,073	0,034	-0,018	0,586	-0,024	0,476	-0,002	0,949
Participação social	-0,094	0,006	-0,001	0,983	-0,063	0,062	-0,019	0,600
Morte e morrer	-0,059	0,089	0,034	0,293	0,027	0,419	0,032	0,363
Intimidade	-0,155	<0,001	0,004	0,899	-0,063	0,060	-0,021	0,555

**Fonte:** a autora, 2013.

Nota: \*Regressão Linear Múltipla ( $p \leq 0,05$ ).

No presente estudo, os maiores escores dos domínios e facetas de QV variaram de acordo com os diferentes graus de dependência nicotínica. Os idosos com grau elevado e muito elevado apresentaram as menores médias nos domínios físico, psicológico e social e na faceta morte/morrer, Tabela 9.

A atualização da literatura realizada por Ferreira et al. (2013) pontuou oito

estudos que avaliaram a QV e o grau de dependência à nicotina, verificando que há diferentes instrumentos para esta averiguação, porém os resultados evidenciam em todos pior QV em indivíduos fumantes com grau de dependência à nicotina mais elevado, dado esse que corrobora a presente pesquisa.

Conforme Schmitz; Kruse; Kugler (2003), os fumantes com dependência à nicotina apresentam pior QV do que os indivíduos sem dependência dessa substância.

Na investigação de Couto et al. (2010), os indivíduos com média de idade de  $55\pm 20$  anos e com baixo grau de dependência nicotínica apresentaram maiores escores de QV em relação àqueles considerados de graus mais elevados. Resultado esse diferente do presente estudo no qual os maiores escores de QV se deram no grau médio, elevado e muito elevado de dependência à nicotina.

Pesquisa realizada com 232 participantes, do Programa de Orientação e Conscientização Antitabagismo da Faculdade de Ciências e Tecnologia – FCT/UNESP de Presidente Prudente, verificou que os tabagistas com média de idade de  $47\pm 12$  anos e com elevado grau de dependência nicotínica apresentaram piores escores de QV, quando comparados aos outros grupos (SUEHIRO et al., 2012) convergentes ao presente estudo.

Investigação realizada, com 13.241 ingleses com 16 anos ou mais, verificou que os escores de QV dos fumantes leves, moderados e graves diminuía conforme aumentava a faixa etária de 55-64, 65-74 e 75 a 100 anos, podendo observar que conforme maior tempo de exposição ao tabaco, maior o grau de dependência nicotínica e pior QV (VOLG et al., 2012).

Estudo sobre o referido tema na população de mulheres adultas e idosas verificou pior QV entre as que tinham o hábito de fumar em relação às não fumantes. Esse resultado também foi observado naquelas que são consideradas fumantes graves em relação às leves, resultados semelhantes à presente pesquisa. Além disso, sugere que os riscos de mortes podem não ser evidenciados nas fumantes mais leves (HOLAHAN et al., 2013).



**Tabela 9** - Distribuição dos escores de QV de acordo com o grau de dependência nicotínica. Uberaba/MG, 2012.

Escores de QV	Grau de dependência nicotínica									
	Muito baixo		Baixo		Médio		Elevado		Muito Elevado	
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S
<b>WHOQOL-BREF</b>										
Físico	61,60	18,04	60,90	15,30	62,26	14,27	60,57	17,35	61,16	21,71
Psicológico	62,64	14,00	66,66	13,06	67,39	12,54	64,83	18,20	56,25	10,20
Social	68,45	10,48	72,14	16,58	75,00	16,08	69,33	15,35	60,41	18,76
Meio ambiente	56,47	10,34	60,52	14,55	61,00	8,68	62,12	13,32	57,42	17,82
<b>WHOQOL-OLD</b>										
Funcionamento dos sentidos	61,38	23,45	72,53	22,06	70,92	26,35	62,75	23,96	68,75	21,12
Autonomia	62,50	11,15	63,15	16,61	61,14	15,64	62,25	16,58	68,75	14,94
Ativ. pas., pres. e futuras	68,08	9,05	65,46	14,94	64,13	17,99	68,75	14,20	71,87	11,08
Participação social	60,93	14,59	62,33	15,27	64,67	16,27	62,25	13,19	66,40	16,68
Morte e morrer	75,69	23,08	77,96	18,70	70,38	27,90	64,50	22,29	75,00	20,86
Intimidade	62,73	18,27	65,46	24,60	63,31	21,09	69,00	24,50	73,43	15,21

Fonte: a autora, 2013.

Nota:  $\bar{x}$  média aritmética; S desvio-padrão

A análise bivariada não apresentou associação entre QV e o grau de dependência nicotínica. Observou-se significância estatística apenas entre o domínio físico e o tempo de exposição ao fumo, Tabela 10.

**Tabela 10** - Correlação dos escores de QV com o grau de dependência nicotínica e o tempo de exposição ao fumo dos idosos tabagistas. Uberaba/MG, 2012.

Escores de QV	Tabagista			
	Grau de Dependência nicotínica		Tempo de exposição ao fumo	
	$r_s$	$p^*$	$r$	$p^{**}$
<b>WHOQOL-BREF</b>				
Físico	-0,010	0,914	-0,253	0,005
Psicológico	-0,021	0,823	-0,032	0,726
Relações sociais	0,022	0,811	-0,003	0,970
Meio ambiente	0,112	0,217	-0,058	0,527
<b>WHOQOL-OLD</b>				
Funcionamento dos sentidos	0,023	0,799	-0,070	0,444
Autonomia	0,035	0,706	-0,106	0,245
Ativ. pas., pres. e futuras	0,064	0,484	-0,021	0,817
Participação social	0,081	0,373	-0,100	0,274
Morte e morrer	-0,169	0,064	0,008	0,933
Intimidade	0,146	0,107	-0,039	0,672

Fonte: a autora, 2013.

Nota: \*Spearman's ( $p \leq 0,05$ ); \*\* Pearson ( $p \leq 0,05$ ).

A presente pesquisa observou que, após ajustar para sexo e faixa etária, os idosos com elevado grau de dependência nicotínica apresentaram piores escores de

QV na faceta morte e morrer, assim como aqueles idosos que tiveram maior tempo de exposição ao tabaco demonstraram piores escores no domínio físico, Tabela 11.

Os maiores graus de dependência à nicotina estão relacionados ao agravamento dos problemas de saúde mental e com gastos devidos às doenças crônicas, afetando assim a QV dos fumantes (MACHAIN et al., 2008).

A faceta morte/morrer do WHOQOL-OLD está relacionada às preocupações, às inquietações e aos temores sobre a morte e morrer (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

A pesquisa de Afonso; Pereira (2013) mostra que os fumantes não estão preocupados com a sua saúde. Este fato deveria ser apresentado inversamente, uma vez que a literatura evidencia que o tabaco é responsável por mais de seis milhões de mortes por ano no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

É fato que quanto maior o grau de dependência nicotínica, maiores as chances de surgirem morbidades relacionadas ao fumo e, conseqüentemente, maiores os riscos de morrer (SOUZA, 2011).

Sarna (2008) evidencia que a redução do tempo de exposição ao tabaco e o menor consumo de cigarros são fatores que contribuem para uma boa QV.

O domínio físico do WHOQOL-BREF visa a avaliar a dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades de vida diária; nível de dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho (FLECK et al., 2000).

Dessa forma, acredita-se que, no presente estudo, os idosos que fazem uso do tabaco há mais tempo apresentem mais limitações por dores provenientes de doenças relacionadas ao tabaco, maior quantidade de uso de medicamentos e menor capacidade para o trabalho.

Embora seja em população adulta, a pesquisa realizada no Rio Grande do Sul observou maior diferença entre o domínio físico e o meio ambiente (CASTRO et al., 2007). Em outro estudo verificou-se um maior número de incidências de doenças incapacitantes no grupo de consumidores de cigarros (CASTRO et al., 2010).

Estudo realizado com homens observou pior QV no domínio físico pra aqueles que consomem mais de 20 cigarros em relação aos que não fumam (STRANDBERG et al., 2008).

Deve-se enfatizar que quanto maior o consumo de cigarros maiores são as chances de surgirem as doenças relacionadas ao tabaco que causam limitações físicas, sendo que dentre elas estão as do coração, a doença pulmonar obstrutiva

crônica e os diferentes tipos de câncer (SARNA et al., 2008; CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2009).

**Tabela 11** - Associação dos escores de QV com o grau de dependência nicotínica e o tempo de exposição ao fumo dos idosos, ajustados para sexo e faixa etária. Uberaba/MG, 2012.

Escore de QV	Variáveis							
	Sexo		Faixa etária		Grau Dependência Nicotínica		Tempo de fumante	
	$\beta$	<i>P</i>	B	<i>P</i>	$\beta$	<i>p</i>	$\beta$	<i>P</i>
<b>WHOQOL-BREF</b>								
Físico	-0,066	0,497	0,144	0,153	-0,004	0,967	-0,340	0,002
Psicológico	-0,120	0,225	0,226	0,028	-0,061	0,506	-0,170	0,116
Relações sociais	0,045	0,650	0,184	0,074	-0,055	0,556	-0,067	0,536
Meio ambiente	0,083	0,392	0,267	0,009	0,112	0,220	-0,159	0,137
<b>WHOQOL-OLD</b>								
Funcionamento dos sentidos	-0,008	0,933	0,086	0,407	0,017	0,860	-0,113	0,306
Autonomia	-0,025	0,800	0,055	0,593	0,041	0,662	-0,143	0,195
Ativ. pas., pres. e futuras	0,069	0,491	0,157	0,129	0,067	0,472	-0,074	0,498
Participação social	-0,095	0,339	0,122	0,238	0,063	0,502	-0,192	0,080
Morte e morrer	-0,229	0,020	-0,020	0,842	-0,194	0,036	-0,049	0,654
Intimidade	-0,145	0,139	0,210	0,039	0,092	0,317	-0,190	0,078

**Fonte:** a autora, 2013.

Nota: \*Regressão Linear Múltipla ( $p \leq 0,05$ ).

Observou-se, no presente estudo, significância estatística entre o tempo de cessação do fumo e o domínio psicológico na análise bivariada, Tabela 12.

**Tabela 12** - Correlação dos escores de QV com o tempo de cessação do fumo dos idosos ex-tabagistas. Uberaba/MG, 2012.

Escore de QV	Ex-tabagistas	
	Tempo de cessação do fumo	
	<i>r</i>	<i>p</i> *
<b>WHOQOL-BREF</b>		
Físico	0,022	0,694
Psicológico	0,166	0,003
Relações sociais	0,079	0,163
Meio ambiente	0,104	0,064
<b>WHOQOL-OLD</b>		
Funcionamento dos sentidos	0,013	0,816
Autonomia	0,032	0,575
Ativ. pas., pres. e futuras	0,087	0,122
Participação social	0,028	0,618
Morte e morrer	0,057	0,316
Intimidade	0,102	0,069

**Fonte:** a autora, 2013.

Nota: \* Pearson ( $p \leq 0,05$ ).

Após os ajustes para sexo e faixa etária, verificou-se que se mantiveram significativamente estatísticas as variáveis de QV com o tempo de cessação do fumo, evidenciando que os idosos com menor tempo de abandono do vício apresentaram pior escore de QV no domínio psicológico em relação aos que cessaram o hábito tabágico em longo prazo, Tabela 13.

Semelhante aos resultados da presente investigação, pesquisa que acompanhou 1.504 indivíduos por três anos, em um programa de cessação do fumo, verificou que quase não houve melhora da QV entre os abstinentes do primeiro ano em relação aos fumantes, e entre os abstinentes do terceiro ano comparados aos do primeiro ano, porém percebe-se uma melhora dos 1º e 3º anos em comparação ao início do tratamento (PIPER et al., 2012). Fato este que pode ser explicado pela recente abstinência à nicotina (AFONSO; PEREIRA, 2013).

Aproximadamente 75% das pessoas que abandonam o vício tendem a passar pela crise de abstinência. As suas manifestações mais comuns estão relacionadas a fatores psicológicos como a ansiedade, irritabilidade, depressão, insônia ou sonolência profunda, o que leva à diminuição do prazer e à consequente redução da QV (MARTINEZ; KALIL; LIMA, 2012).

No estudo de Afonso; Pereira (2013), os ex-fumantes queixaram-se mais de ansiedade em relação aos fumantes e não fumantes, para quais os autores explicam que esse resultado advém do recente período de abandono do vício na população que foi estudada.

As pessoas que cessam o hábito servem como um incentivo para as que fumam pararem de fumar (COUTO et al., 2010).

**Tabela 13** - Associação dos escores de QV com o tempo de cessação do fumo dos idosos ex-tabagistas, ajustados para sexo e faixa etária. Uberaba/MG, 2012.

Escores de QV	Variáveis					
	Sexo		Faixa etária		Tempo de cessação do fumo	
	B	p	$\beta$	p	$\beta$	P
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Físico	-0,072	0,204	-0,002	0,977	0,016	0,782
Psicológico	-0,172	0,002	0,025	0,663	0,146	0,010
Relações sociais	-0,132	0,019	0,079	0,166	0,050	0,379
Meio ambiente	-0,170	0,003	0,024	0,675	0,084	0,140
<b>WHOQOL-OLD</b>						
Funcionamento dos sentidos	0,058	0,310	-0,085	0,140	0,036	0,536
Autonomia	-0,040	0,483	-0,041	0,477	0,036	0,530
Ativ. pas., pres. e futuras	-0,044	0,442	-0,045	0,430	0,093	0,110
Participação social	-0,095	0,094	0,007	0,897	0,018	0,756
Morte e morrer	-0,044	0,442	0,074	0,203	0,037	0,519
Intimidade	-0,158	0,005	-0,008	0,890	0,090	0,117

**Fonte:** a autora, 2013.

Nota: \*Regressão Linear ( $p \leq 0,05$ ).

## 7 CONCLUSÃO

A presente pesquisa encontrou percentual de 12,4% de idosos tabagistas e 32,7% de ex-tabagistas. Sendo 3,57 mais riscos de chance de os idosos tabagistas ser do sexo masculino; 2,36 mais riscos de chance de estar na faixa etária de 60 a 69 anos e 1,82 mais risco de chances de não ter companheiro(a). Os idosos ex-tabagistas apresentaram 5,34 mais riscos de chance de ser do sexo masculino.

Os idosos tabagistas relataram um longo tempo de exposição ao vício com média de 49,48 anos, porém a maioria relatou que fuma menos de 10 cigarros por dia (50,8%), acende o primeiro cigarro entre 31 e 60 minutos após acordar (36,1%) e baixo nível de dependência à nicotina (31,1%). Os ex-tabagistas mostraram que consumiam em média (18,47) quase um maço de cigarros por dia, ficaram expostos ao tabaco em média 27,83 anos e cessaram o vício a um longo tempo com média de 24 anos.

Para as três classificações tabágicas, os idosos se consideraram com boa QV e satisfeitos com sua saúde. Os piores escores de QV foram referidos pelos idosos tabagistas e os melhores pelos ex-tabagistas, porém não foi estatisticamente significativo e, mesmo após os ajustes, o tabagismo continuou não influenciando na QV dos idosos.

Os maiores escores de QV variaram de acordo com os graus de dependência nicotínica, e os menores escores foram observados nos graus mais elevados. Os idosos fumantes com elevado grau de dependência à nicotina apresentaram piores escores de QV na faceta morte e morrer, e aqueles com maior tempo de exposição ao fumo, pior QV no domínio físico. Os idosos ex-fumantes com pouco tempo de cessação do vício também apresentaram pior escore de QV no domínio psicológico.

Ressalta-se que, dentro das hipóteses, os resultados encontrados sobre a comparação da QV entre as três classificações tabágicas foram refutados, uma vez que os idosos tabagistas apresentaram menores escores de QV em relação aos ex-tabagistas e não tabagistas, porém não houve significância estatística.

Foi confirmada a hipótese do maior percentual de idosos tabagistas do sexo masculino e na faixa etária de 60 a 69 anos. A faceta morte/morrer foi evidenciada com menor escore de QV para os idosos com elevado grau de dependência à nicotina, assim como no domínio físico apresentaram pior escore de QV aqueles que

têm maior tempo de exposição ao fumo, e o domínio psicológico apresentou-se pior para os idosos com pouco tempo de cessação do fumo.

O estudo apresenta como limitações o delineamento transversal que, apesar de suas vantagens em relação aos custos e rapidez dos resultados, observa os preditores e desfechos apenas naquele momento, não podendo ser observada a causalidade.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados na presente investigação, verificou-se a necessidade de esses dados serem encaminhados aos gestores de saúde para que com os profissionais dessa área elaborem estratégias que promovam a cessação do fumo direcionada aos idosos.

Sugere-se a criação de programas de tratamento do tabagismo direcionados a esta população, para que os mesmos tenham uma melhor QV no período de crise de abstinência. O treinamento dos profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na atenção primária, é de grande importância a fim de despertar o interesse do idoso em parar de fumar. Além disso, a elaboração de ações que conscientizem a população idosa dos malefícios que o tabaco provoca e os benefícios alcançados com o abandono do vício, mesmo na idade avançada.

Ressalta-se que são necessários mais estudos que envolvam a QV dos idosos que consomem tabaco, objetivando esclarecer melhor os fatores predisponentes.



## REFERÊNCIAS

ADLAF, E. M. ; SMART, R. G. Alcohol use, drug use, and well-being in older adults in Toronto. **International Journal of the Addictions**, New York, v. 30, n. 13-14, p. 1985-2016, 1995.

AFONSO, F. ; PEREIRA, M. G. Comportamento tabágico: um estudo com fumantes, ex-fumantes e não fumantes. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 379-89, 2013. DOI:10.9788/TP2013.2-06.

AGAH, N. ; SHAW, B. A. Smoking trajectories from midlife to old age and the development of non-life-threatening health problems: A 34-year prospective cohort study. **Preventive Medicine**, New York, v. 57, p.107–12, 2013. DOI:10.1016/j.ypmed.2013.04.016. Epub 2013 May 3.

ANDRADE, N. ; PEREIRA, M. G. Preditores da qualidade de vida em fumadores e abstinentes. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 399–411, 2012. DOI:10.9788/TP2012.2-09.

ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo/ Sociedade Brasileira de Pneumologia Tisiologia**. Rio de Janeiro: GEN, 2012. p. 492.

ARAÚJO, A. J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, Supl. 2, 2004. DOI:.org/10.1590/S1806-37132004000800002.

ASAKAWAA, K. et al. Trajectories of health-related quality of life differ by age among adults: results from an eight-year longitudinal study. **Journal of Health Economics**, Amsterdam, v. 31, p. 207–18, 2012. DOI:10.1016/j.jhealeco.2011.10.002. Epub 2011 Nov 6.

BANCO MUNDIAL. IGLESIAS, R. et al (org.). **Documento de discussão: controle do tabagismo no Brasil**. Série Health, Nutrition, and Population Family (HNP). Washington, 2007. p. 136.

BANCO MUNDIAL. Banco internacional para a reconstrução e o desenvolvimento. Impresso no Brasil. **Envelhecendo em um Brasil mais Velho**. Washington, USA. 2011.p. 64 (Implicações do envelhecimento populacional sobre crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas e prestação de serviços).

BERTOLUCCI, P. H. F. ; BRUCKI, S. M. D. ; CAMPACCI, Y. J.. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. DOI:.org/10.1590/S0004-282X1994000100001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Ação Global Para o Controle do Tabaco: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, RJ, 2004. p. 56. a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2012. p. 134. b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro, RJ, 2004. p. 186. b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Coordenação Geral de Informações de Saúde. **População residente**: notas técnicas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popdescr.htm>> Acesso em: 02 nov. 2012. a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer; Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa Especial de Tabagismo**: PETab: Relatório Brasil. Rio de Janeiro, RJ, 2011. p. 15.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 5-26. 2008. DOI: [doi.org/10.1590/S0102-30982008000100002](https://doi.org/10.1590/S0102-30982008000100002).

CAMARANO, A. A. (Org). **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro, RJ: IPEA; 2002.

CAMPOS, M. O. ; RODRIGUES NETO, J. F. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 4, p. 561-81, 2009. Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/289/pdf\\_102](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/289/pdf_102)> Acesso em: 21 set 2013.

CAMPOS, M. O. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 873-82, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025680011>> Acesso em: 15 set 2013.

CARMO, J. T. ; PUEYO, A. A. A adaptação do português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 59, n. 1-2, p. 73-80, 2002.

CARVALHO, A. A. ; GOMES, L. ; TAVARES, A. B. Tabagismo em idosos em instituições brasileiras de longa permanência. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 23, p. 167-72, 2010. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/619/303>> Acesso em: 12 ago 2013.

CARVALHO, A. A. et al. Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1119-30, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000025>.

CASTRO, M. G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 61-7, 2007. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n2/61.html>> Acesso em: 10 set 2013.

CASTRO, M. R. P. ; MATSUO, T. ; NUNES, S. O. V. Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 36, n. 1, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000100012>.

CAYUELA, A. ; RODRÍGUEZ-DOMÍNGUEZ, S. ; OTERO, R. Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores varones sanos. **Archivos Bronconeumología**, Barcelona, v. 43, n. 2, p. 59-63, 2007. DOI:10.1016/S1579-2129(07)60025-1.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 13, n. 58, p. 1227–32, 2008. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5844a2.htm>> Acesso em: 10 set 2013.

CORRÊA, P. C. R. P.; BARRETO, S. M; PASSOS, V. M. A. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. **Biomedcentral Public Health**, London, v. 9, 2009, p. 206. DOI:10.1186/1471-2458-9-206.

COUTO, V. F. et al. Avaliação da qualidade de vida e dependência nicotínica em indivíduos fumantes, ex-fumantes e não fumantes. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 15, n. 151, p. 15-21, 2010. Disponível em:< <http://www.efdeportes.com/efd151/dependencia-nicotinica-em-individuos-fumantes.htm>> Acesso em: 10 set 2013.

COX, J. L. Smoking cessation in the elderly patient. **Clinics in Chest Medicine**, Philadelphia, v. 14, n. 3, p. 423-8, 1993. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8222560>> Acesso em: 10 set 2013.

DOBKIN, P. L. et al. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. **Addiction journal**, London, v. 97, p. 347-56, 2002. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2002.00083.x.

FAGERSTRÖM, K. O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive Behaviors**, New York, v. 3, n. 3-4, p. 235-41, 1978.

FELIX, J. S. **Economia da longevidade**: o envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos. Dissertação (Mestrado em Economia Política) – Curso de Mestrado em Economia Política, Pontifícia Universidade Católica de São

Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em:  
<<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pa/pa31.pdf>> Acesso: 02 nov. 2012.

FERNANDES, H. J. **Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança**. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Idoso) – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2007. Disponível em:  
<<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2668/1/Solidao%20em%20idosos%20do%20meio%20rural%20do%20concelho%20de%20Braganca.pdf>> Acesso em: 10 out 2013.

FERREIRA, L. L. et al. Análise da dependência do tabaco e da qualidade de vida de indivíduos fumantes. **Revista inspirar/movimento & saúde**, Curitiba, v. 5, n. 1, ed. 22, p. 1-5, 2013. Disponível em: <[http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2013/03/revista\\_cientifica\\_edi%C3%A7%C3%A3o\\_22\\_jan\\_fev\\_2013\\_artigo3.pdf](http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2013/03/revista_cientifica_edi%C3%A7%C3%A3o_22_jan_fev_2013_artigo3.pdf)> Acesso em 25 out 2013.

FILLENBAUM, G. G. ; SMYER, M. A. The development, validity, and reliability of the oars multidimensional functional assessment questionnaire. **Journals of Gerontology**, Washington, v. 36, n. 4, p. 428-34, 1981. DOI: 10.1093/geronj/36.4.428.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>> Acesso em: 05 nov 2012.

FLECK, M. P.A. ; CHACHAMOVICH, E. ; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of theWHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-91, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>.

FOLSTEIN, M. F ; FOLSTEIN, S. E. ; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, n. 3, p.189-98, 1975.

FREITAS, E. R. F. S. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 277-87, 2010.

GEORGE, F. H. M. **Programa tipo de actuação em cessação tabágica**. Circular Normativa nº 26/DSPPS. Portugal. 2007.p. 76.

GIGLIOTTI, A. ; LEMOS, T. Quais são os mecanismos da dependência de nicotina?. In: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. Rio de Janeiro: GEN, 2012. Seção IV, p. 110-3.

GIOVINO, G. A. et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. **The**

**Lancet**, Philadelphia, v. 380, 2012. Disponível em:  
<<http://press.thelancet.com/GATS.pdf>> Acesso em: 05 set 2013.

GRAVINA, C. F. et al. Sociedade brasileira de cardiologia. II Diretrizes brasileiras em cardiogeriatría. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 3, supl. 2, p. 101-12, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010002100001>.

HALTY, L. S. Quais são os testes para aferir o grau de dependência de nicotina?. In: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. Rio de Janeiro: GEN, 2012. Seção IV, p.136-8.

HALTY, L. S. ; HÜTTNER, M. D. Quais são as práticas mais efetivas para abordar os pacientes idosos?.In: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. Rio de Janeiro: GEN, 2012. Seção XI, p. 243-5.

HOLAHAN, C. K. et al. Smoking status, physical health–related quality of life, and mortality in middle-aged and older women. **Nicotine & Tobacco Research**, Abingdon, v. 15,n. 3, p. 662-9, 2013. DOI:10.1093/ntr/nts182.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil**: o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro, RJ, 2010. p. 56. a.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: tabagismo 2008. Rio de Janeiro, RJ, 2009. p. 128. a.

\_\_\_\_\_. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050**: revisão 2008. Brasília, DF, 2008. p. 59-61 (Estudos e pesquisas; informação demográfica e socioeconômica, 24).

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, RJ, 2010. p. 317. b.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Instituto de Planejamento de Gestão Governamental. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição**. Brasília, 1989. Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_vigilancia\\_alimentar.php?conteudo=pnsn](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=pnsn)>  
Acesso em 10 set 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **O que você ganha parando de fumar 2005**. Disponível em:  
<<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=parar&link=oqueganha.htm>>  
Acesso em: 10 set 2013.

\_\_\_\_\_. **Tabagismo: faltam campanhas para idosos**. 29 ago. 2012. Disponível em:  
<<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=2058>> Acesso em: 10 set 2013.

ITC Brasil: **Resumo**. Brasília, DF, 2009. 4 p. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/810\\_ITC\\_BRAZIL.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/810_ITC_BRAZIL.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2013. (5)

KIELING, R. I. **Janela de oportunidade demográfica**: um estudo sobre os impactos econômicos da transição demográfica no Brasil. Dissertação (Mestrado em Economia) – Programa de Pós-Graduação em Economia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18878/000729078.pdf?sequence=1>> Acesso em: 02 nov. 2012.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-40, 2007.

LIMA-COSTA, M. F. A saúde dos adultos na região metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. **Fiocruz**, Belo Horizonte, p. 120, 2004.

LIMA, C. R. V. **Políticas públicas para idosos**: A realidade das Instituições de longa permanência no Distrito Federal. Monografia (Especialização em Legislativo e Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação do Cefor. Câmara dos Deputados. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br>> Acesso em: 02 nov. 2012.

LIMA, P. V. S. F. ; FAUSTINO, A. M. Aspectos gerais do tabagismo entre idosos no Brasil: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 1860-77, 2013. Disponível em: <<http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/381/pdf>> Acesso em: 10 out 2012.

MACHAIN, A. C. R. et al. Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa têxtil mexicana. **Salud Mental**, México, v. 31, n. 4, p. 291-7, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n4/v31n4a6.pdf>> Acesso em: 13 ago 2013.

MADRUGA, CS. et al. Tobacco use among the elderly: The first Brazilian National Survey (BNAS). **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 14, n. 6, p. 720–4, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13607860903586177>.

MARINHO, V. et al. Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.12, p. 2213-33, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200002>.

MARTINS, E. T. J. **Cessação do tabagismo em idosos**. Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. 70p.

MARTINEZ, J. A. B. ; KALIL; M. E. ; LIMA, G. C. G. A. O que é a síndrome de abstinência de nicotina? O que pode ser feito para aliviar os sintomas?. In: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. Rio de Janeiro, RJ: GEN, 2012. Seção VII, p.192-4.

MEIRELLES, B. H. S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 68-76, 2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3\\_pdf/a07v11n3.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_pdf/a07v11n3.pdf)> Acesso em: 05 set 2013.

MENESES-GAYA, I. C. et al. As propriedades psicométricas do teste de Fagerström para dependência de nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 35, p. 73-82, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000100011>.

MINAYO, M. C. S. ; HARTZ, Z. M. A. ; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.

MIRRA, A. P. et al. Resgate histórico do controle do tabagismo na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: relato de uma experiência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 164-70, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100016>.

NATIONAL INSTITUT FOR HEALTH RESEARCH. The Information Centre (2008). **Statistics on Drug Misuse: England, 2008**. Disponível em: <<http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/Drugmisuse08/Statistics%20on%20Drug%20Misuse%202008%20final%20format%20v12.pdf>> Acesso em: 10 set 2013.

OLIVEIRA, M. V. C. et al. Tabagismo em pacientes internados em um hospital geral. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 34, n. 11, p. 936-41, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001100008>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/populacao-com-mais-de-60-anos-alcancara-1-bilhao-de-pessoas-em-uma-decada/>> Acesso em: 02 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Declaração elaborada pelo grupo de trabalho da qualidade de vida da OMS**. Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998. Genebra, 1994.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo – Brasília, DF, 2005. p. 60 (Organização Pan-Americana da Saúde).

\_\_\_\_\_. **Health of the elderly**. Geneva, 1989. p. 779 (Technical Report Series).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008** : plan de medidas MPOWER. 2008. p. 68.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 1, p. 9-11.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.

PEIXOTO, S. V. ; FIRMO, J. O. A. ; LIMA-COSTA, M. F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1925-34, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900024>.

PEREIRA, R. J. et al. Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, Supl. 1, p. 5-15, 2010. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/202> Acesso em: 10 set 2013.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>.

PEREIRA, R. J. et al. Influência de fatores socio-sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2907-17, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600028>.

PEREIRA, J. C. ; BARRETO, S. M. ; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 1-10, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X200800130000>.

PIETROBON, R. ; BARBISAN, J. N. ; MANFROI, W. C. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 31-6, 2007.

PIPER, M. E. et al. Smoking cessation and quality of life: changes in life satisfaction over 3 years following a quit attempt. **Annals of behavioral medicine**, Rockville, v. 43, p. 262–70, 2012. DOI: 10.1007/s12160-011-9329-2. DOI: 10.1007/s12160-011-9329-2.

RAMOS, L. R. Growing old in São Paulo, Brazil. **Assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community**. Tese (Medicine), London School of Hygiene and Tropical, London, 1987.



REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 34, n. 10, p. 845-80, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001200017>.

REICHERT, F. F. ; LOCH, M. R. ; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3353-62, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200020>.

ROSEMBERG, J. Interações medicamentosas do tabaco. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 160-2, 1989.

RUAS, E. C. M. Advertências sanitárias: uma estratégia de comunicação na redução do tabagismo. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2012. DOI: 10.3395/reciis.v6i3.597pt.

SACHS-ERICSSON, N. et al. Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: the role of health problems and psychological distress. **Nicotine & Tobacco Research**, Abingdon, v. 11, n. 4, p. 433-43, 2009. DOI: 10.1093/ntr/ntp002.

SANTANA, V. T. S. et al. Influência do tabagismo atual na aderência e nas respostas à reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 1, p. 16-23, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010000100004>.

SARNA, L. et al. Impact of smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses' Health Study. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 17, p. 1217-27, 2008.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-19, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000400010>.

SCHIMITZ, N. ; KRUSE, J. ; KUGLER, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. **American journal of psychiatry**, Arlington, v. 160, p. 1670-76, 2003. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.9.1670.

SHIBUYA, K. et al. Future of Japan's system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage. **The Lancet**, Philadelphia, v. 378, n. 9798, p. 1265-73, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61098-2.

SILVA, A. S. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 839-44, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>.

SILVA, J. S. O. et al. Tabagismo em idosos: caracterização dos usuários do projeto multidisciplinar de combate ao tabagismo. In: CiEh Congresso Internacional De Envelhecimento Humano, 3, 2013, Campina Grande, PB. **Anais...** Campina Grande: UEPB, 2013. Disponível em <[www.cieh.com.br](http://www.cieh.com.br)>. Acessado em: 10 set 2013.

SINDICATO INTERESTADUAL DA INDÚSTRIA DO TABACO. **Dimensões do setor**. Santa Cruz do Sul, RS: SINDITABACO, 2013. Disponível em: <<http://www.sinditabaco.com.br/sobre-o-setor/dimensões-do-setor/>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

SINDICATO NACIONAL DOS PAPELEIROS. **Cigarro causa mais danos a pele que o sol**. Disponível em: <[www.sinap.org.br/canais/tempo\\_saude.php?id=2772008](http://www.sinap.org.br/canais/tempo_saude.php?id=2772008)>. Acesso em: 02 nov. 2012.

SOUZA, A. X. **Aplicabilidade do questionário de tolerância de Fagerström modificado como instrumento de medida de dependência nicotínica e a relação entre tabagismo e atividade física**. Monografia (Graduação Em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2011. 22 p.

SOUZA, J. C. A. ; CONEGERO, C. I. Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado da Educação. Universidade Estadual de Maringá. **Caderno de Educação: Tabagismo**. (Programa de Desenvolvimento Educacional). Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2276-6.pdf> > Acesso em: 02 nov. 2012.

STRANDBERG, A. Y. et al. The Effect of Smoking in Midlife on Health-Related Quality of Life in Old Age A 26-Year Prospective Study. **Archives of internal Medicine**, Chicago, v. 168, n. 18, 2008. Disponível em: <[www.archinternmed.com](http://www.archinternmed.com)>. Acesso em: 10 set 2013.

SUEHIRO, C. L. et al. Qualidade de Vida de Tabagistas de Acordo com os Níveis de Dependência à Nicotina, Ansiedade e Depressão. In: PROEX, 2012. Presidente Prudente, SP. **Anais...** Presidente Prudente, UNESP, 2012. Disponível em: <[http://prope.unesp.br/xxiii\\_cic/ver\\_resumo.php?area=100063&subarea=18588&congresso=32&CPF=39484730809](http://prope.unesp.br/xxiii_cic/ver_resumo.php?area=100063&subarea=18588&congresso=32&CPF=39484730809)>. Acesso em: 12 nov 2013.

TIAN, X. et al. Effects of smoking and smoking cessation on life expectancy in an elderly population in Beijing, China, 1992–2000: An 8-Year Follow-up Study. **Journal of Epidemiology**, Tokyo, v. 21, n. 5, p. 376-84, 2011. DOI:10.2188/jea.JE20110001.

VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, 2008. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000024>.

VOGL, M. et al. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. **Biomedcentral Public Health**, London, v. 12, p. 203, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/203>>. Acesso em: 08 ago 2013.

WILSON, D. ; PARSONS, J. ; WAKEFIELD, M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. **Preventive**

**Medicine**, New York, v. 29, p. 139-44, 1999. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1006/pmed.1999.0523>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **An International framework convention for tobacco control**. Fact Sheet no.160, revised May 1998.

\_\_\_\_\_. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, 2011. p.176.

\_\_\_\_\_. **World no tobacco day 2004 materials**. Disponível em:<<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/em>>. Acesso em: 10 set. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-09, 1995.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 583-95, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300018>.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Influência do tabagismo na força muscular respiratória e na qualidade de vida dos idosos”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: Verificar a prevalência de idosos tabagistas e ex-tabagistas; caracterizar os idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas quanto ao perfil sociodemográfico e econômico; comparar os escores de qualidade de vida dos idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas; comparar os valores obtidos da Pressão Inspiratória Máxima e Pressão Expiratória Máxima com os valores preditos para indivíduos brasileiros dos idosos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas e associar os escores de QV e os valores obtidos de P<sub>Imáx</sub> e P<sub>Emáx</sub> com os tipos de fumantes, níveis de dependência nicotínica e estratificação do tempo de cessação do fumo.

Caso você participe, será necessário responder a algumas perguntas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318 5483 (34) 3318 5484

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

## ANEXO A - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

**1) Orientação para tempo** (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**2) Orientação para local** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que estado vive? \_\_\_\_\_  
 Em que cidade vive? \_\_\_\_\_  
 Em que bairro estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que local estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**3) Memória Imediata** (1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca \_\_\_\_\_ Tapete \_\_\_\_\_ Tijolo \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**4) Atenção e Cálculo** (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 \_\_\_ 93 \_\_\_ 86 \_\_\_ 79 \_\_\_ 72 \_\_\_ 65 **Nota:** \_\_\_\_\_

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

0 \_\_\_ D \_\_\_ N \_\_\_ U \_\_\_ M \_\_\_

*Considere na Nota Final da questão 10 a maior Nota entre os itens a e b.*

**4) Evocação** (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca \_\_\_\_\_ Tapete \_\_\_\_\_ Tijolo \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**05) Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto?"

Mostrar os objetos: Relógio \_\_\_\_ Lápis \_\_\_\_\_ **Nota:** \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá" **Nota:** \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

**Nota:** \_\_\_\_\_

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

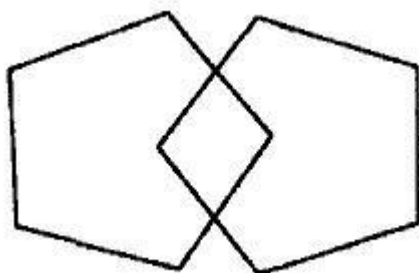
Frase:

---

**Nota:** \_\_\_\_\_

**06) Capacidade Construtiva Visual** (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. Cópia: **Nota:** \_\_\_\_\_

**07) TOTAL (Máximo 30 pontos):** \_\_\_\_\_

Considera-se com declínio cognitivo:

- analfabetos  $\leq$  13 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq$  18
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq$  26

**ATENÇÃO:** Somente prossiga a entrevista após a avaliação cognitiva. Caso, o idoso apresente declínio cognitivo, agradeça e encerra a entrevista.

**ANEXO B – PARTE DO QUESTIONÁRIO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO  
FUNCIONAL E MULTIDIMENSIONAL (BONFAQ) – DADOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS**

**IDENTIFICAÇÃO**

**Nome:**

\_\_\_\_\_

**Início da entrevista:** \_\_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Endereço:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

**1) DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Idade: (anos completos)**.....

**ATENÇÃO:**

O entrevistado deve ter acima de 60 anos de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.

Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

**2) SEXO**.....

1-Masculino 2-Feminino

**3) Qual o seu Estado Conjugal?**.....

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)

2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)                      3- Viúvo(a)

4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)                      99- Ignorado

**4) O Sr.(a) mora em seu domicílio:** .....

(1) Só (ninguém mais vive permanentemente junto)

(2) Somente com o cuidador profissional (1 ou +)

(3) Somente com o cônjuge

(4) Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)

(5) Com filhos (com ou sem cônjuge)

(6) Com netos (com ou sem cônjuge)

(7) Outros arranjos \_\_\_\_\_

(8) Não sei                      (9) Não respondeu

**Escolaridade:** .....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

**5) Qual a sua renda individual:**

- 1 - Não tem renda    2 - Menos que 1 salário mínimo    3 - 1 salário mínimo  
4 - De 1-|3 salários mínimo    5 - De 3-|5 salários mínimo    6 - mais de 5  
salários mínimo

**6) Principal atividade profissional exercida atualmente: .....**

- 1 – Dona de casa    2 – Empregada doméstica    3 – Trabalhador braçal  
4 – Trabalhador rural    5- Profissional liberal    6- Agricultor  
7 – Empresário    8 – Outro:\_\_\_\_\_    9 – Não exerce    99 - Ignorado

**7) A casa onde o Sr.(a) mora: .....**

- 1-Própria/quitada    2-Própria/paga prestação    3- É de parente/paga aluguel  
4-Estranho/ paga aluguel    5-Cedida/sem aluguel    6-Asilo    99-Ignorado



**ANEXO C - WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE –BREF  
(WHOQOL-BREF)**

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. <b>Por favor responda a todas as questões.</b> Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as <b>duas últimas semanas</b>. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. **Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
q1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
q2	Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	você está com a sua saúde?					
--	----------------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Mais Ou Menos	Bastante	Extremamente
q3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
q4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
q5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
q6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
q7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
q8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
q9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
q10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
q11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
q12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

q13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
q14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Bom	Muito Bom
q15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
q16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
q17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
q18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
q19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
q20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
q21	Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	você está com sua vida sexual?					
q22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
q23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
q24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
q25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas Vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
q26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

**ANEXO D - WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT  
FOR OLDER ADULTS (WHOQOL-OLD)**

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então, você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

**old\_01** Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**old\_02** Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividade?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**old\_03** Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**old\_04** Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**old\_05** O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**old\_06** Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**old\_07** O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**old\_08** O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**old\_09** O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

**old\_10** Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_11** Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_12** Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_13** O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_14** Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

**old\_15** Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

**old\_16** Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

**old\_17** Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade física?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

**old\_18** Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

**old\_19** Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito Infeliz	Infeliz	Nem feliz Nem Infeliz	Feliz	Muito Feliz
1	2	3	4	5

**old\_20** Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito Ruim	Ruim	Nem bom Nem ruim	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

**old\_21** Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_22** Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_23** Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_24** Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5



## ANEXO E - TESTE DE DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA (FTND)

O **Teste de Fagerström** auxilia a estimar o grau de dependência da nicotina.

1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- ( ) mais de 60 min \_\_\_\_\_ 0  
 ( ) entre 31 e 60 min \_\_\_\_\_ 1  
 ( ) entre 6 e 30 min \_\_\_\_\_ 2  
 ( ) menos de 6 min \_\_\_\_\_ 3

2- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

- ( ) não \_\_\_\_\_ 0  
 ( ) sim \_\_\_\_\_ 1

3- O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

- ( ) não \_\_\_\_\_ 0  
 ( ) sim \_\_\_\_\_ 1

4- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

- ( ) não \_\_\_\_\_ 0  
 ( ) sim \_\_\_\_\_ 1

5- Você fuma mesmo quando doente, ou quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- ( ) não \_\_\_\_\_ 0  
 ( ) sim \_\_\_\_\_ 1

6- Quantos cigarros você fuma por dia?

- ( ) menos de 11 \_\_\_\_\_ 0  
 ( ) de 11 a 20 \_\_\_\_\_ 1  
 ( ) de 21 a 30 \_\_\_\_\_ 2  
 ( ) mais de 30 \_\_\_\_\_ 3

**TOTAL DE PONTOS – ( )**

### **GRAU DE DEPENDÊNCIA**

0-2 Pontos -Muito Baixo

3-4 Pontos - Baixo

5 Pontos - Médio

6 – 7 Pontos - Elevado

8-10 Pontos - Muito Elevado

**ANEXO F – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFTM**

5/5

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**  
**Parecer Consubstanciado**  
**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS**

**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO: MORBIDADES, QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS**

**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Darlene Mara dos Santos Tavares**

**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM**

**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 14/03/2012**

**PROTOCOLO CEP/UFTM: 2265**

**13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO**

O termo de consentimento livre e esclarecido está adequado e será obtido pelos entrevistadores antes da realização da coleta dos dados.

**14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.**

**15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES**

**PARECER DO CEP: APROVADO**

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

**DATA DA REUNIÃO: 16/03/2012**

Prof.<sup>a</sup> Ana Palmira Soares dos Santos  
Coordenadora

