

COMORBIDADES ENTRE IDOSOS TABAGISTAS

Jéssika Silva Carvalho¹
Débora Thais B. Gomes²
Clésia Oliveira Pachú³

RESUMO

Comorbidade é a existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa. Sabe-se que idosos estão mais propensos a apresentar comorbidades quando do uso do tabaco. O presente estudo objetivou intervir frente as comorbidades de pacientes idosos em tratamento de tabagismo. Foi utilizada metodologia ativa do tipo aprendizagem baseada em problemas com 17 idosos participantes do Programa Multidisciplinar de Tratamento de Tabagistas (PMTT) da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, no período de fevereiro a setembro de 2018. Foram realizadas intervenções farmacêuticas utilizando o método Dáder durante ações do Programa realizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Foram assistidos 100 tabagistas dos quais 17 eram idosos, possuíam idade igual ou superior a 60 anos, todos voluntários. No primeiro momento foram solicitadas informações pessoais, morbidades e histórico tabágico. Os resultados apontaram presença significativa de doenças psiquiátricas, cardiovasculares, metabólicas e respiratórias nesses pacientes. Faz-se necessário o acompanhamento por equipe multidisciplinar de idosos tabagistas conduzindo a melhoria do quadro de saúde dos assistidos.

Palavras-chave: Comorbidades, Idosos, Tabagismo.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define o idoso de acordo com o nível de desenvolvimento socioeconômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 anos ou mais. Já em países desenvolvidos, a idade mínima para esta classificação se estende para 65 anos.¹

A idade corresponde a fator de suma importância quando o assunto é doenças. Sendo assim, os idosos formam um grupo de risco para enfermidades, visto que nesta parte da vida o sistema imunológico e as defesas gerais do organismo sofrem constantes variações. Além disso, o envelhecimento como fenômeno biológico muito complexo e deriva da interação entre fatores genéticos e ambientais e, dentre estes, o tabagismo representa poderoso acelerador do envelhecimento, tanto diretamente, por meio de mecanismos mediados, em

¹ Graduando do Curso de farmácia, membro do Núcleo de Educação e Atenção em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, jessikacarvalho@gmail.com;

² Graduando do Curso de farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, dbthais91@gmail.com

³ Professora Doutora, membro do Núcleo de Educação e Atenção em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, clesiapachu@hotmail.com.

grande parte, por radicais livres, quanto indiretamente, por intermédio de condições patológicas correlacionadas.²

O tabagismo se apresenta como principal causa de morte evitável em todo o mundo. Estima-se que cerca de 1,25 bilhões de pessoas sejam fumantes.³ Entre os idosos, esse hábito representa a causa de 7 das 14 principais causas de morte.⁴ O tabaco expõe o usuário a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 destas carcinogênicas, tornando evidente que o hábito de fumar está associado com o desenvolvimento de diversas doenças e condições crônicas, principalmente neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças cardiovasculares.⁵

Há diferença no percentual de fumantes na população jovem sendo maior em relação a terceira idade. Isto ocorre principalmente porque o idoso tem mais motivação, disciplina e preocupações imediatas com a saúde quando comparados aos jovens.⁶ Porém, fumantes mais velhos apresentam algumas características que os diferenciam dos mais jovens. Geralmente, aqueles com idade superior a 50 anos apresentam maior dependência a nicotina, fumam maior número de cigarros, fumam há mais tempo, têm mais problemas de saúde relacionados ao cigarro e sentem mais dificuldade em parar de fumar.⁷ Com isso, o consumo de tabaco pelos idosos tende a favorecer o surgimento de comorbidades, ampliando os gastos deste grupo etário com cuidados de saúde.⁸

Diretrizes para a cessação de tabagismo⁹ assinalam que os prejuízos causados pelo fumo podem ser minimizados mesmo naqueles que fumaram três décadas ou mais, nos quais a cessação pode diminuir os riscos de desenvolvimento de novas comorbidades e melhorar o prognóstico das doenças já existentes, promovendo melhora da qualidade de vida dos idosos. Após o abandono do cigarro, espera-se aumento de dois a três anos na expectativa de vida entre idosos com 65 anos ou mais, que fumam até um maço de cigarros por dia.⁷

Atualmente, há uma série de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas para auxílio no abandono do tabagismo, que também podem ser alternativa para idosos.¹⁰ Dentre as medidas farmacológicas, observa-se o tratamento com o Cloridrato de Bupropiona, medicamento com principal indicação para tratamento da depressão, porém, mostrou-se como forte aliado do tabagista que deseja cessar o vício, diminuindo significativamente os sintomas de abstinência.¹¹ Entre as medidas não-farmacológicas, pode-se citar o auxílio de uma equipe da saúde que acompanha o paciente durante a trajetória em busca do objetivo de cessar o tabagismo. Com esse auxílio, o paciente consegue lidar melhor com os sintomas da abstinência.

METODOLOGIA

A presente intervenção se utilizou de metodologia ativa, do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas.¹² O presente estudo foi realizado durante atividades de o Programa Multidisciplinar de Tratamento de Tabagismo (PMTT), desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande, semanalmente, no período de fevereiro a setembro de 2018. Foram assistidos tabagistas voluntários, de ambos os sexos e idade superior a 60 anos, disponível às sextas-feiras à tarde para realização do tratamento.

Inicialmente, foi realizada abordagem acerca do papel do farmacêutico no programa e dependência química à nicotina. Com a devida explicação acerca do mecanismo da nicotina no Sistema Nervoso Central abordou-se a terapia medicamentosa utilizada: O cloridrato de bupropiona (BUP). Como o medicamento se classifica como antidepressivo, as contraindicações, seus possíveis efeitos colaterais e sua posologia, são explicitadas. Na palestra em si, procura-se esclarecer aos pacientes, informações a respeito do medicamento e demais dúvidas que surgem como posologias e formas de abandono ao tabagismo.

Uma semana após a palestra, os pacientes retornavam para avaliação com a equipe multidisciplinar em relação à condição fisiológica quanto ao uso do medicamento, visto que o mesmo tem algumas contraindicações e, durante o pedido de informações, realizava-se o perfil farmacoterapêutico para melhor acompanhamento do paciente. No âmbito deste perfil, baseado na metodologia Dáder, conhece-se o paciente quanto ao social, história tabagista, existência de morbidades, utilização de fármacos e o grau de dependência à nicotina (Teste de Fagerström).

Os assistidos após a avaliação da equipe multidisciplinar são liberados para fazer parte do PMTT, realizando a dispensação da medicação fracionada para quinze dias de tratamento e orientando quanto à forma de tomarem a medicação. Após quinze dias, os pacientes retornam para avaliação quanto aos sintomas de abstinência, métodos para reduzir a quantidade de cigarros/dia e se houve alguma Reação Adversa ao Medicamento (RAM) dispensado. Caso exista contraindicação ao uso de BUP o paciente permanece no Programa com abordagem não farmacológica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 100 pessoas, das quais 17 eram idosos a partir de 60 anos de idade. A maioria era do sexo feminino, aposentados, conforme apresentadas na Tabela 1.

A maior participação das mulheres sempre nas pesquisas segundo Bertoldiet al.¹³, podem ser justificadas pela conduta feminina, este grupo tem maior preocupação com a saúde e está mais atento à sintomatologia das doenças do que os homens. Sendo assim, qualquer tipo de pesquisa, que inclua ambos os sexos, sempre haverá uma maior quantidade de mulheres homologadas. Não sendo este um sinal de que elas sejam as mais afetadas pela questão abordada na pesquisa, por exemplo, o tabagismo, e sim que não existem homens quantitativamente igual a elas.

Segundo Rosemberget al.¹⁴, os principais fatores emocionais que desencadeiam o aumento do desejo por fumar são a solidão, o tédio, o estresse, a ansiedade e a depressão, tendo em vista que a nicotina apresenta ação de alívio momentâneo destes sintomas, os quais boa parte da população aposentada ou desempregada apresenta com grande frequência, aumentando assim, o número de usuários desta classe.

Tabela 1 – Sexo e ocupação dos idosos em tratamento do tabagismo

	VARIÁVEL	N	%
Sexo	Feminino	13	76
	Masculino	4	24
Ocupação	Doméstica	4	23
	Aposentado	10	59
	Mecânico	3	18

Fonte: O Autor, 2018

Dos idosos entrevistados, 65% tinham iniciado o comportamento entre 5 e 15 anos de idade e 35% entre os 20 e 23 anos. Quando questionados acerca da tentativa de parar de fumar, 88% dos mesmos declararam já terem tentado alguma vez na vida.

Segundo o vice-presidente da Philip Morris, em 1969⁵: "Para o principiante, fumar um cigarro é um ato simbólico. Ele pensa 'Eu não sou mais o filhinho da mamãe, eu sou durão, sou um aventureiro...' À medida que o simbolismo psicológico perde a força, o efeito farmacológico assume o comando para manter o hábito...". Visto isso, observa-se que realmente o contato com o cigarro encontra-se extremamente presente na terceira infância (entre 6 e 11 anos).

A tentativa de parar de fumar se apresenta em quantidade extremamente alta devido o idoso possuir mais motivação, disciplina e preocupações imediatas com a saúde em relação aos jovens.⁶ Sabendo-se que nesta etapa da vida, normalmente e fisiologicamente, as doenças começam a aparecer mais rapidamente e, pela idade avançada, as mesmas se tornam mais difíceis ainda de se conviver, os idosos procuram meios de conseguir se livrar destes problemas.

Neste contexto, o teste de Fagerstrom¹⁵ que analisa o grau de dependência do fumante, por meio de 5 perguntas, possuem atribuição de valor aos seus quesito, observou-se que 59% dos idosos apresentam níveis elevados de dependência ao cigarro.

O nível elevado da dependência se justifica pelo fato de que o uso de altas doses de nicotina tem rápido efeito estimulante do sistema nervoso autônomo seguido de efeito depressor duradouro¹⁷. O sistema nervoso central libera acetilcolina, noradrenalina, vasopressina e betas endorfinas que aumentam o estado de atenção e sensação de bem estar, aumentam a capacidade de memória e provocam, como resultado, dependência à nicotina. Sendo assim, o usuário sempre tem necessidade de fazer uso contínuo do cigarro, diante das sensações citadas se tornam dependentes da presença da nicotina.

Diante das doenças apresentadas por estes pacientes, relacionadas diretamente com o uso do tabaco (comorbidades), observou-se a maior presença de Diabetes Mellitus; Hipertensão arterial; Problemas cardíacos; Queimação, azia, dor estomacal ou ulcera péptica; Problemas pulmonares; Alergias respiratórias e depressão/ansiedade, conforme apresentado na Tabela 2.

Substâncias presentes no tabaco possuem a capacidade de diminuir a sensibilidade à insulina, desencadeando alterações nos perfis metabólicos de glicose e lipídeos, conduzindo a hiperglicemia e dislipidemias, incluindo baixo nível de colesterol HDL e intolerância lipídica pós-prandial.¹⁸

A nicotina produz efeitos graves no organismo, principalmente sobre o sistema cardiovascular ocasionando alterações como vasoconstrição periférica, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca. Estes efeitos silenciosos aumentam o risco de doenças cardíacas.¹⁶

Azia enquanto sensação dolorosa, em queimação no peito, causada pelo refluxo, representa a volta do conteúdo do estômago para o esôfago. No entanto, o fumo é responsável por enfraquecer o esfíncter inferior do esôfago, um músculo entre o esôfago e estômago, fazendo com que o conteúdo do estômago volte para o esôfago, por vezes, danificando o

revestimento esofágico, devido o mesmo não ter uma proteção contra os ácidos; ou até levando a problemas graves de saúde, como úlceras hemorrágicas no esôfago, estreitamento do esôfago e alterações nas células esofágicas que podem conduzir ao câncer.¹⁹

Tabela 2 - Comorbidades entre idosos tabagistas

COMORBIDADE	N	%
Diabetes Mellitus	5	29
Hipertensão arterial	9	53
Problemas cardíacos	5	29
Queimação, azia, dor estomacal ou ulcera péptica	6	35
Problemas pulmonares	5	29
Alergias respiratórias	3	18
depressão/ansiedade	9	53

Fonte: O autor, 2018

Todos os espaços do sistema respiratório, que estão em comunicação direta, um com outro, podem ser afetados pelo tabagismo causando: broncoespasmo, aumento da produção de catarro, tosse persistente e diminuição do desempenho físico. Quando o corpo está tenso ou muito ativo (praticando exercícios), é necessária maior oxigenação para os músculos. Assim, a combinação de broncoespasmo e produção de catarro resulta no aumento da obstrução da rota aérea, durante o exercício físico, resultando na diminuição da função pulmonar, levando a uma diminuição do desempenho físico e fadiga precoce³.

O tabagismo se apresenta como fator de risco mais importante para Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), tendo maior aparecimento de sintomas respiratórios, alergias, obstrução das vias aéreas; estão associadas devido a hipóteses da protease/antiprotease e oxidante/antioxidante e o processo anormal de regeneração. Proteases são enzimas que degradam a matriz protéica do pulmão, a elastina é um alvo; o colágeno, proteoglicanos, laminina e fibronectina são também degradados.³ Portanto, o mecanismo responsável pela lesão tecidual da DPOC representa o desequilíbrio da protease/antiprotease, a mesma, seguida de um processo de reparo tecidual e parenquimatoso. A fumaça do cigarro torna-se responsável por prejudicar o mecanismo de reparo tecidual e interromper os processos capazes de restaurar a estrutura tecidual.

Tanto a ansiedade, quanto a depressão estão também fortemente interligadas ao cigarro. A ansiedade, no entanto, é um estado emocional, com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal da experiência humana e motiva o desempenho, podendo se tornar patológica quando se apresenta desproporcional à situação que a

desencadeia ou quando voltada para algo ou alguém que não exista. O que conduz a associação ao tabagismo? O tabaco pode ser uma forma de automedicação para tratar sintomas de ansiedade, pois a nicotina reduz as emoções negativas, sendo ansiolítica. Portanto, fumantes ansiosos têm maior dificuldade em abandonar o vício do fumo, e consequentemente tem mais recaídas²⁰.

Já depressão se apresenta diretamente relacionada aos níveis de consumo tabágicos, pela procura dos efeitos da nicotina sobre o humor, ou ainda, se sintomas da depressão induzem ao consumo crônico do tabaco, devido às alterações neuroquímicas. Existe relação entre ansiedade, depressão e tabagismo, no entanto, ainda não se identificou ou fatores comuns entre eles, nem mesmo o mecanismo de causa/efeito, se é ansiedade e depressão que conduz ao tabagismo ou se é o contrário²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se neste estudo que 76% dos idosos tabagistas eram do sexo feminino, evidenciando este grupo como maior em relação a preocupação com a saúde em comparação com o sexo masculino. Foi possível confirmar que o tabagismo se apresenta como pediátrica, já que os assistidos começaram a fumar entre 5 e 15 anos de idade representando uma percentagem de 65% da amostra total.

Cerca de 88% da população estudada havia tentado parar de fumar alguma vez na vida, no entanto, a maioria se julgou como não pronta para deixar de fumar, devido a dependência. Com isso, procuraram auxílio profissional, pois possuíam preocupação com a saúde no futuro e/ou as doenças que poderiam começar a aparecer, devido o estilo de vida do idoso ou até mesmo pela idade. O processo de envelhecimento apresenta-se como etapa mais motivada para abandono do cigarro em relação aos jovens.

Observou-se também relação forte entre ser tabagista e apresentação de sintomas de ansiedade e depressão. Os idosos que apresentavam comorbidades afirmaram sentirem-se melhor quando fumam, visto que a nicotina possui ação ansiolítica aliviando os sintomas. Porém, diante dos resultados não foi possível identificar a principal causa desencadeante destes distúrbios emocionais na população tabágica, o que pode ser considerado como um obstáculo na cessação do tabaco.

O aumento do número de fumantes acarreta ampla necessidade de mais ações de apoio a cessação do tabagismo e ajuda principalmente dos profissionais e instituições de saúde e

educação visando reduzir estes números e evitar a ocorrência de novos casos, implantando programas de controle do tabagismo nas Unidades Básicas de Saúde, voltados principalmente para idosos, devido o idosos possuir maior nível de dependência à nicotina e visando facilitar seu tratamento.

Portanto, espera-se reduzir o número de idosos tabagistas e conseqüentemente diminuir a demanda de doenças por consequência do tabagismo. Além de tornar a vida do idoso mais tranquila, melhorando sua qualidade de vida e contribuindo diretamente para sociedade.

REFERÊNCIAS

¹WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Police Framework.A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging.** Madrid, Espanha, [s.n.] Abr. 2002.

²CHURCH D.F.; PRYOR W.A. Free radical chemistry of cigarette smoke and its toxicological implications. **Environ Health Perspect**, Los Angeles: 64 v. 111-26 p. 1985.

³SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Epidemia tabágica.** Campinas: UNICAMP, 1999.

⁴DOOLAN D.M.; FROELICHER E.S. Smoking cessation interventions and older adults. **ProgCardiovascNurs** 23 v. 119-27 p. Agos. 2008.

⁵INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer: modelo lógico e avaliação.** 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2003.

⁶CHATKIN J.M. Previna-se do tabagismo. **Terra, NL. Previna-se das doenças geriátricas.** Porto Alegre 144-154 p. 2005.

⁷COX J.L. Smoking cessation in the elderly patient. **Clin Chest Med Set.** 423-428 p. 1993.

⁸SACHS-ERICSSON N. et.al. Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: the role of health problems and psychological distress. **Nicotine Tob Res**, Publicado online 18 Mar. 2009 433-443 p.

⁹ARAÚJO A.J. et. al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol**, São Paulo Agos. 2004; 30 v. 76 p.

¹⁰BRATZLER D.W.; OEHLERT W.H.; AUSTELLE A. Smoking in the elderly: it's never too late to quit. **J Okla State Med Assoc** 185-191 p. Mar.2002.

¹¹GOURLAY S.G.; BENOWITZ N.L. The benefits of stopping smoking and the role of nicotine replacement therapy in older patients. **Drugs Aging** 8-23 p. Jul.1996.

¹²BERBEL N. N. “Problematization” and Problem-Based Learning: different words or different ways? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** 2 v. 139-154 p. Fev. 1998.

¹³BERTOLDI A. D. et.al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**. 38 v. 228-238 p. 2004.

¹⁴ROSEMBERG J. **Tabagismo: sério problema de saúde pública**. São Paulo: ALMED/EDUSP, 1981.

¹⁵FAGERSTRÖM KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **AddictBehav** 235-241 p. 1978.

¹⁶FRANKEN R.A.; MARTINEZ E.E.; SASSO S.W. Histoquímica da fibra muscular cardíaca de ratos jovens e senis sob a influência da nicotina. **ArqBrasCardiol** 289-293 p. 1980.

¹⁷TAYLOR P. **Drogas que atuam na junção neuromuscular e gânglios autônomos**. In: Goodman AG, Gilman - As Bases Farmacológicas da Terapêutica, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1991.

¹⁸HEINE R.J.; DEKKER J.M. Beyond postprandial hyperglycaemia: metabolic factors associated with cardiovascular disease. **Diabetologia** 461-475 p. 2002.

¹⁹MENEZES A.M.B. Epidemiologia do Tabagismo. In. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 2004. 3-6 p.

²⁰PAWLINA M.M.C. et. al. **Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo**. 2015. Cuiabá. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia 2015.

²¹FARINHA H. et. al. Relação do Tabagismo com Ansiedade e Depressão nos Cuidados de Saúde Primários. 2013. Portugal. **Revista Científica da Ordem dos Médicos, Acta MedPort** 523-530 p. 2013.