

Mostra de Projetos 2011

ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À DEPENDÊNCIA DO TABACO E ÁLCOOL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Mostra Local de: Londrina.

Categoria do projeto: Projetos em implantação, com resultados parciais.

Nome da Instituição/Empresa: (Campo não preenchido).

Cidade: Londrina.

Contato: nunofisio@hotmail.com

Autor(es): Andressa Miyamoto Hirata, Bruna Yuko Shigueoka, Juliana Cabral Bocardo, Nuno de Noronha da Costa Bispo, Eliane Regina Ferreira Sernache de Freitas, Ruy Moreira da Costa Filho.

Equipe: Andressa Miyamoto Hirata – Discente do Curso de Fisioterapia da UNOPAR.

Bruna Yuko Shigueoka – Discente do Curso de Fisioterapia da UNOPAR;

Juliana Cabral Bocardo - Discente do Curso de Fisioterapia da UNOPAR;

Nuno de Noronha da Costa Bispo – Fisioterapeuta, docente do Curso de Fisioterapia da UNOPAR e mestre;

Eliane Regina Ferreira Sernache de Freitas - Fisioterapeuta, docente do Curso de Fisioterapia da UNOPAR e doutora;

Ruy Moreira da Costa Filho - Fisioterapeuta, docente e coordenador do Curso de Fisioterapia da UNOPAR, diretor do CCBS da UNOPAR e mestre.

Parceria: Asilo São Vicente de Paulo – Londrina.

Objetivo(s) de Desenvolvimento do Milênio trabalhado(s) pelo projeto:

6 - Combater a AIDS, a Malária e outras doenças.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar prevalência e o grau de dependência do tabaco e do álcool em idosos institucionalizados associando o motivo e o significado desses hábitos nessa população. A pesquisa do tipo qualitativa e quantitativa, onde na abordagem quantitativa será utilizada a escala CAGE (MASUR & MONTEIRO, 1983; SMART, 1991) e na abordagem qualitativa, uma entrevista não-estrutural. A análise dos dados no estudo quantitativo realizará a distribuição do hábito de fumar e alcoolismo segundo o sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, condição auto-referida de saúde, capacidade funcional referida e uso dos serviços de saúde. A análise dos dados do estudo qualitativo será pelo método Hermenêutico-dialético (MINAYO, 2007).

Palavras-chave: Idoso, tabagismo, alcoolismo, instituição de longa permanência para idosos.

INTRODUÇÃO

O início da produção industrial do cigarro foi no final do século XIX. No século XX houve uma verdadeira disseminação endêmica do seu consumo, incrementado pela propaganda direta e indireta do produto, na segunda metade deste século. Não houve produção cinematográfica da década de 50 ou 60 em que o “mocinho” não fumasse, nem cena de amor ou ação em que o ator não exibisse o hábito de fumar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A tradição no Brasil de atuação no controle do tabagismo ainda predomina na área preventiva. Existem programas oficiais do Ministério da Saúde, como os do INCA e da Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer (CONTAPP) e poucos trabalhos na área curativa. Entretanto existem no Brasil mais de 30 milhões de fumantes, precisando de apoio (BIANCARELLI, 2002).

Os fumantes mais velhos apresentam algumas características que diferem dos mais jovens. Geralmente fumantes com idade superior a 50 anos apresentam maior dependência da nicotina, fumam maior número de cigarros, fumam há mais tempo, tem mais problemas de saúde relacionados ao cigarro, e sentem mais dificuldades em parar de fumar (COX, 1993). Embora os benefícios com a interrupção do hábito de fumar seja maior entre os mais jovens, o abandono do cigarro em qualquer idade reduz o risco de morte (LaCROIX et al, 1991; MENOTTI et al, 2000) e melhora a condição geral de saúde (GOSNEY, 2001; OSTBYE et al, 2002)

Os idosos se encontram num grupo de maiores riscos para os efeitos deletérios do hábito de fumar, pois o tabagismo relaciona-se ao agravamento de várias doenças que adquirem maior significado com o avançar da idade quando se somam as perdas funcionais próprias do envelhecimento (SAUERESSIG et al, 2007).

Estudos sobre as grandes dependências humanas, como o tabagismo e o alcoolismo, vêm polarizando a atenção médica há algumas décadas. A verificação de que muitas vezes os dependentes utilizam drogas associadamente foi demonstrada pela primeira vez, em 1972, quando Walton (WALTON, 1972) chamou a atenção para as altas cifras de tabagismo encontradas entre pacientes hospitalizados. A partir daí vários estudos confirmaram a associação e correlação positiva entre tabagismo e alcoolismo (AYERS et al, 1976; DIFRANZA & GUERRERA, 1990; MALETZKY & KLOTTER, 1974).

Experimentalmente sugeriu-se que quanto maior a dependência à nicotina tanto maior o consumo de álcool (BATEL et al, 1995; TONEATTI et al, 1995), ou que o álcool exercesse um estímulo inespecífico em várias áreas comportamentais, aumentando o consumo de cigarros (GRIFFITHS et al, 1976; MELLO, 1980).

1. JUSTIFICATIVA

O tabagismo é atualmente reconhecido como dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. Associado ou não ao tabagismo pode estar o Alcoolismo, o qual, também é um grave problema de saúde pública. Embora seja bem estudada e seu quadro clínico e seja bem estabelecido, muitas vezes o alcoolismo passa despercebido mesmo em avaliações psiquiátricas. Existem diversas formas de uso do álcool, que implicam em distintos níveis de risco e de gravidade no seu consumo e que evoluem como um continuum.

Tem sido demonstrado que o hábito de fumar e o alcoolismo estão muito presentes nos idosos, bem como estão associados ao aumento de mortalidade e morbidade nessa população. Dessa forma pesquisas para formulação de estratégias de redução do tabagismo nessa população devem ser consideradas e estudadas. Sendo assim, torna-se urgente a realização de pesquisas e projetos na área a fim de orientar futuros esclarecimentos e orientações preventivas quanto à nocividade desses hábitos, assim como estruturar programas ambulatoriais para auxiliar as pessoas que buscam por ajuda para abandonar a dependência da nicotina e do álcool.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar dos fatores relacionados à dependência do tabaco e álcool em idosos institucionalizados.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I – Verificar a prevalência e o grau de dependência do tabaco e do álcool em idosos institucionalizados;

II – Investigar o motivo e o significado do hábito tabaco e do álcool;

III – Associar a prevalência e o grau de dependência com o motivo e significado desses dois hábitos.

4. METODOLOGIA

Tipo de pesquisa:

Pesquisa quali quantitativa.

Universo e seleção:

A pesquisa decorrerá nas Instituições de Longa Permanência para Idosos do Município de Londrina. Os participantes da pesquisa serão os próprios residentes das instituições com idade ≥ 60 anos e com capacidade para se comunicar. Para fins éticos será apresentado às instituições um pedido de autorização para a realização da pesquisa (ANEXO I) e para os idosos um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II e III).

Coleta de dados:

A variável dependente será o hábito de fumar e o alcoolismo, sendo os participantes classificados em relação ao tabagismo (ANEXO IV):

- Nunca fumantes: aqueles que não fumaram ou fumaram menos de 100 cigarros durante toda a vida;

- Ex-fumantes: aqueles que já fumaram pelo menos 100 cigarros durante a vida, mas haviam parado de fumar a pelo menos 3 meses;
- Fumantes atuais: aqueles que já fumaram 100 ou mais cigarros durante a vida e continuam fumando.

O alcoolista será identificado através da escala CAGE (CAGE é a abreviação das seguintes palavras: C = cut down = cortar; A = annoy = inconveniente; G = guilty = arrependido; E = eye opener = abridor de olhos), onde é realizado o teste de triagem (Alcoolismo – Não alcoolismo) auto-informativo que, com duas ou mais respostas afirmativas, identifica os indivíduos alcoolistas (MASUR & MONTEIRO, 1983; SMART et al, 1991). Cada uma das palavras ou expressões da escala CAGE dão a idéia central de uma frase a que o indivíduo deverá responder de modo casual. Por esse motivo elas não serão ordenadas no questionário e sim incluídas entre outras perguntas que irão visar outros objetivos. A desordem, portanto, será intencional. Isso se deve à tendência do alcoolista de negar sua dependência, quando as perguntas são diretas. As perguntas formuladas aos alcoolistas (ANEXO V):

1. Alguma vez você sentiu que deveria beber menos? (“cut down”)
2. Alguém já pediu para que não bebesse tanto ou criticou seu modo de beber ? (“annoy”)
3. Alguma vez você se arrependeu de ter bebido? (“guilty”)
4. Tem acontecido de ter vontade de beber ao acordar, mesmo que seja para não tremer as mãos? (“eye opener”).

Portanto será definido como alcoolista, todo o indivíduo que responder afirmativamente a duas ou mais perguntas das quatro formuladas. O método CAGE tem sido usado, sobretudo em pacientes hospitalizados, na maioria das pesquisas em que se estudou a associação alcoolismo-tabagismo. No Brasil, foi usado e validado em pacientes hospitalizados (MASUR & MONTEIRO, 1983). Em estudos populacionais foi utilizado pela primeira vez em 1991 por Smart e col (TONEATTO et al, 1995).

1. Demais variáveis consideradas:

- Características sócio-demográficas: idade, sexo, estado civil e anos completos de escolaridade.
- Condições auto referida de saúde: auto avaliação de saúde (percepção de saúde boa, regular, ruim, muito ruim); história de diagnóstico médico de infarto ou angina, hipertensão arterial, diabetes, artrite ou reumatismo.

- Capacidade funcional: habilidade para caminhar dois a três quarteirões, subir escadas, inclinar-se ou agachar e levantar ou carregar algum objeto pesando 5K; e quatro atividades da vida diária (transferir-se da cama para uma cadeira, alimentar-se, vestir-se e tomar banho).
- Uso de Serviços de Saúde: consultas médicas e hospitalizações nos últimos 12 meses.

Para a abordagem qualitativa:

Como Instrumento de coleta de dados será realizado uma entrevista, apoiada num roteiro com 5 (cinco) perguntas abertas (ANEXO VI):

1. Qual o motivo da institucionalização? Começou a fumar e/ou a beber antes ou depois?
2. Qual o motivo de iniciar a fumar? E agora?
3. O que significa para o (a) Sr(a) o cigarro?
4. Qual o motivo do início da bebida? E agora?
5. O que significa para o (a) Sr(a) a bebida?

Pela classificação de Honningmann (1954 apud MINAYO, 1999, p. 108) a entrevista não-estruturada, ou entrevista aberta, que permite ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema proposto. Parga Nina (1983 apud MINAYO, 1999, p. 122) define este tipo de entrevista como uma ‘conversa com finalidade’. Britten (2006) denomina este tipo de entrevista não-estruturada, de “entrevista em profundidade”. Minayo (1999, p. 122) acrescenta ainda, a possibilidade do entrevistador “introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões”. Este modo de entrevistar dá a oportunidade ao entrevistador de fugir da “seqüência rígida” do roteiro, “visando abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações” (MINAYO, 2007, p. 265). Britten (2006, p. 22) tem a mesma opinião e acrescenta que “as perguntas adicionais do entrevistador podem ser baseadas no que o entrevistado disse e consistem principalmente em esclarecimentos e busca por detalhes”. As questões do roteiro foram elaboradas pelo autor e colaboradores do projeto e as respostas serão gravadas e posteriormente transcritas.

O nome dos entrevistados será substituído pela letra “E” e por um número correspondente à ordem da entrevista. Qualquer nome de residentes ou de funcionários comentado durante a entrevista será substituído por um pseudônimo.

Análise dos dados:

Para a análise quantitativa dos dados serão utilizados os programas SPSS 19.0 e Biostat 5.0. Será realizada a distribuição do hábito de fumar e alcoolismo segundo o sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, condição auto referida de saúde, capacidade funcional referida e uso dos serviços de saúde. Serão estimados os odds ratios ajustados para determinar a força de associação entre cada variável exploratória, o hábito de fumar e o alcoolismo, uma vez que essas variáveis tenham sido consistentemente descritas como associadas ao hábito de fumar e alcoolismo entre idosos institucionalizados.

A análise qualitativa será realizada pelo método hermenêutico-dialético (MINAYO, 1999): “A hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos” (GADAMER, 1987 apud MINAYO, 1999, p. 220). Já a dialética, é a “arte do diálogo” (KONDER, 1981, p. 7). Assim, este método é utilizado para interpretar um diálogo e, “podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação” (MINAYO, 1999, p. 219). Para a análise dos dados seguem-se 3 (três) passos propostos por Minayo (2007):

A) Ordenação dos dados: Nesta fase realiza-se a transcrição das entrevistas, a releitura das mesmas e organizam-se as entrevistas, codificando cada entrevistado pela letra “E” e numerando-os de acordo com a ordem das entrevistas. Os relatos da observação participante também são importantes, como relata tanto as marcas lingüísticas e as não lingüísticas (MINAYO, 2007), como as expressões fisionômicas, os gestos e alguma situação que aconteça na entrevista (RICOEUR, 2000, p. 29). Além desses aspectos, também pode ser percebida voz quanto ao seu tom e entonação (PONZIO, 2007). Estas informações podem ser relevantes ou enriquecer os resultados da pesquisa.

B) Classificação dos dados: Aqui, é o momento de fazer uma “leitura horizontal” e “leitura transversal”. A primeira permite capturar as informações relevantes que transmitem as idéias centrais do tema em cada entrevista. Na outra, consiste em juntar essas idéias dos entrevistados e colocar em ‘unidades de registro’, elaboradas em tópicos de significado.

C) Análise final: Depois disso, em cada tópico, será feita a discussão referenciando com as citações das falas dos entrevistados e com as bibliográficas.

Após estas duas análises, será realizada a triangulação dos resultados da pesquisa quantitativa e da qualitativa, segundo proposta de Flick (2009). Explica o autor que, este método consiste em combinar os dois tipos de análise para a obtenção de um caso único, ou seja, para se chegar ao objetivo final.

5. MONITORAMENTO DOS RESULTADOS

Lista de presença – instrumento de monitoração.

6. VOLUNTÁRIOS

3 alunos e 3 professores.

7. CRONOGRAMA

Pesquisa bibliográfica: Jan a Set;

Coleta de dados: Mar a Jul;

Análise dos dados: Jul a Set;

Redação do relatório elaboração de artigo: Set a out;

Palestra para as Instituições: Nov.

8. RESULTADOS ALCANÇADOS

A pesquisa encontra-se na fase da coleta de dados, por isso não apresenta resultados.

9. ORÇAMENTO

Não há custos.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda não podemos concluir a pesquisa, pois ainda está em fase de coleta de dados.

REFERÊNCIAS

AYERS, J. et al. Alcoholism, cigarette smoking, coffee drinking and extraversion. *J. Stud. Alcohol.*, 37: 983-5, 1976.

BATEL, P. et al. Relationship between alcohol and tobacco dependence among alcoholics who smoke. *Addiction*, 90: 977-80, 1995.

BIANCARELLI, Aureliano. Só 40 centros oferecem tratamento pelo SUS. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 7 out. 2002. Cotidiano, p. C1.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2. Ed. São Paulo: Artmed, 2006. p. 21-30.

DIFRANZA J.R. & GUERRERA M.P. Alcoholism and smoking. *J. Stud. Alcohol.*, 51: 130-5, 1990.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3 Ed. São Paulo: Artmed, 2009. p. 39-49.

GRIFFITHS RR. et al. Facilitation of human tobacco selfadministration by ethanol: a behavioral analysis. *J. Exp. Anal. Behav.*, 25:279-92, 1976.

GOSNEY, M. Smoking cessation. *Gerontology*, 2001; 47: 236-40.

KONDER, L. *O que é dialética?* 7.ed. Brasília: Brasiliense, 1983. 89 p.

LaCROIX, A. Z., LANG, J., SCHERR, P., WALLACE, R. B., CORNONI-HUNTLEY, J. BERKMAN, L. et al. Smoking and mortality among older men and women in three communities. *N Engl J Med*, 1991; 324: 1619-25.

MALETZKY, B. M. & KLOTTER, J. Smoking and alcoholism. *Am. J. Psychiatr.*, 131:445-7, 1974.

MELLO NK. Effect of alcohol and marijuana on tobacco smoking. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 27: 202-9, 1980.

MENOTTI, A. MULDER, I. NISSIN, A. FESKENS, E., GIAMPAOLI, S., TERVAHAUTA, M, et al. Cardiovascular risk factors and 10-year all cause mortality in elderly European male population: the FINE study. *Eur Heart J*, 2001; 22: 573-9.

MINAYO, M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hubitec/Abrasco, 2007. 407 p.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hubitec/Abrasco, 1999. 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA. Por que as pessoas começam e continuam a fumar? [online]. Brasília, Brasil; 2004 [captura em: 09 jun.2005] Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=faq>

MASUR, J. & MONTEIRO, M.G. Validation of the CAGE alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric hospital setting. *Braz. J. Med. Biol. Res.*, 16:215-8, 1983.

OLIVEIRA, M. M. Como fazer pesquisa qualitativa. Petrópolis: Vozes, 2005. 182 p.

OSTBYE, T. TAYLOR, D. H, JUNG, S. H. A longitudinal study of the effects of tobacco smoking and other modifiable risk factors on ill health in middle-ages and old Americans: results from the health and Retirement Study and Asset and Health Dynamics among the Oldest Old Survey. *Prev Med*, 2002, 34: 334-45.

PONZIO, A; CALEFATO, Patrícia; PETRILLI, Susan. Fundamentos de filosofia da linguagem. Petrópolis: Vozes, 2007. 391 p.

RICOEUR, P. Teoria da interpretação. Lisboa: Edições 70, 2000. 112 p.

SAUERESSIG, S.; HEKMAN, P.; CONSONI, P.; MENEZES, H.S. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 51 (3): 173-179, 2007.

TONEATTO A et al. Effect of cigarette smoking on alcohol treatment outcome. *J. Subst. Abuse*, 7: 245-52, 1995.

WALTON RG. Smoking and alcoholism: a brief report. *Am. J. Psychiatr.*, 128: 139-40, 1972.