

PERFIL TABÁGICO E SOBREVIDA DOS PACIENTES IDOSOS COM CÂNCER  
ADMITIDOS NO SERVIÇO DE ONCOGERIATRIA DO INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA – IMIP.

**Marcela de Abreu e Lima Salmito**

Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.  
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, n° 4861 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.180-001. E-mail: marcelasalmito@hotmail.com

**Évelin Maira da silva**

Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.  
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, n° 4861 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.180-001. E-mail: evelinmaira\_20@outlook.com

**Nicole de Carvalho Dias**

Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.  
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, n° 4861 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.180-001. E-mail: nicolediasc@gmail.com

**Guilherme Jorge Costa**

Médico Broncoscopista e do Departamento de Oncologia do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira – IMIP, Rua dos coelhos,300, Boa Vista, Recife – PE. CEP: 50070-550. E-mail: guibacosta03@gmail.com

**Jurema Telles de Oliveira Lima**

Médica Oncologista e Docente e Pesquisadora do IMIP, tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde, Rua dos coelhos,300, Boa Vista, Recife – PE. CEP: 50070-550. E-mail: jurematsales@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** Idade e o tabagismo são importantes fatores de risco claramente relacionados ao desenvolvimento do câncer. A população idosa encontra-se em ascensão no mundo. O papel do tabagismo na sobrevida dos pacientes idosos com câncer ainda não está bem estabelecido. **Objetivo:** Descrever o perfil tabágico dos pacientes idosos com câncer e avaliar a sobrevida global. **Métodos:** coorte prospectiva envolvendo pacientes idosos ( $\geq 60$  anos) após diagnóstico histológico de câncer, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019, admitidos no serviço de Oncogeriatrics do IMIP. Sobrevida foi aferida pelo método de Kaplan-Meier. Diferenças foram consideradas significantes se valor de  $p$  for menor que 0,05. **Resultados:** Os fumantes corresponderam a 55,6% dos 1.589 pacientes idosos com câncer analisados. Apenas 2,8% dos pacientes fumavam após o diagnóstico de câncer. Comparados aos não fumantes, os fumantes eram em sua maioria do sexo masculino ( $p < 0,001$ ), alcoolista ( $p < 0,001$ ), de raça não branca ( $p = 0,003$ ) e viviam com companheiros ( $p = 0,004$ ). A sobrevida mediana foi 93,3 meses para os pacientes tabagistas e 110,1 meses para os não tabagistas ( $p = 0,105$ ). Não houve diferenças entre os grupos pelo estadiamento, comorbidades, performance clínica (ECOG) e mortalidade. **Conclusão:** Tabagismo avaliado antes do diagnóstico de câncer não interferiu na sobrevida de pacientes idosos.

**Palavras-chave:** Tabagismo, câncer, idosos, fatores de risco, sobrevida.

## INTRODUÇÃO

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a International Agency for Research on Cancer (IARC) pelo projeto Globocan, estimaram 14,1 milhões de casos novos de câncer, com mais de 60% dos casos em países em desenvolvimento. Cerca de 21,4 milhões de novos casos de câncer e 13,3 milhões de morte, são estimados para 2030. Este aumento se deve ao envelhecimento da população mundial e à redução da mortalidade infantil por doenças infecciosas.<sup>1,2</sup>

Devido, principalmente, ao processo de envelhecimento populacional, o câncer é a segunda causa de morte entre os brasileiros, com estimativas de ser a primeira causa nos próximos quinze anos. Quanto à mortalidade, foram estimadas 8,2 milhões de mortes por câncer em 2012 no mundo, sendo 70% em países desenvolvidos.<sup>1,2,3</sup>

Os tipos de câncer mais frequentes nos países desenvolvidos foram, próstata, pulmão e colo/reto nos homens, e mama, colo/reto e pulmão nas mulheres. Nos países em desenvolvimento, os tipos mais encontrados na população masculina foram, pulmão, estômago e fígado e na feminina, mama, colo uterino e pulmão.<sup>4</sup>

O tabagismo é uma doença resultante da dependência física e psicológica da nicotina. É considerado tabagista quem tenha fumado mais de cem cigarros em toda a sua vida e fuma atualmente.<sup>5,6</sup> Há dependência quando ocorre perda de controle, compulsão de uso e tolerância da substância.<sup>7</sup> Atualmente, cerca de 1,3 bilhão de pessoas são fumantes, sendo a maioria homem. Quase 75% dos fumantes residem em países subdesenvolvidos. O consumo de cigarros tem diminuído nos Estados Unidos, Brasil e Europa e aumentado na Ásia, principalmente China que é o maior consumidor de tabaco no mundo.<sup>8</sup>

O tabagismo é a principal causa passível de prevenção de doenças e mortes no mundo. Estima-se que a cada dois fumantes, um morrerá devido ao tabaco e com redução da expectativa de vida. Na última metade do século XX, mais de 60 milhões de mortes foram atribuídas ao cigarro. Na década de 90, mais de 5 milhões de mortes por ano foram devido ao fumo em todo o mundo.<sup>4</sup> Estudo observacional comparando mortalidade entre médicos britânicos do sexo masculino fumantes e não-fumantes, identificou redução na expectativa de vida de cerca de 10 anos para os fumantes e melhora na sobrevida no grupo de fumantes após cessar tabagismo.<sup>9</sup>

Cessar o tabagismo após o diagnóstico de câncer deve fazer parte do tratamento oncológico para esses pacientes.<sup>10</sup> Com isso, espera-se melhora na qualidade de vida, sobrevida, melhor adesão as modalidades de tratamento oncológicos, redução na recorrência da doença, surgimento de novos canceres. Como também, após o diagnóstico de câncer, os pacientes tabagistas podem estar mais aptos a receber orientações e com desejo de parar de fumar. Um estudo mostrou que pacientes com câncer de cabeça e pescoço de causa atribuída ao uso do tabaco, exibiu menor probabilidade de continuar fumando ao saber que o hábito de fumar influenciou na sua saúde.<sup>11</sup>

As dificuldades de associar o tratamento oncológico ao do tabagismo são enormes. Os pacientes com câncer estão frequentemente sob altos níveis de stress, ansiedade, depressão que associados aos sintomas negativos da abstinência, desfavorecem a adesão ao tratamento contra o tabagismo e predispõem às recaídas.<sup>12</sup> Durante o tratamento do câncer são ofertados múltiplos e complexos regimes de medicamentos. Mas há, na maioria das vezes, falta de apoio emocional, nível socioeconômico baixo, baixa escolaridade, dependência de acesso à saúde pública que são fatores que influenciam à manutenção do tabagismo.<sup>12, 13</sup>

Pacientes idosos são frequentemente sub-tratados e/ou excluídos dos ensaios clínicos.<sup>14</sup> Como também, a maioria dos cânceres são diagnosticados em fases incuráveis, sendo o estadiamento um importante fator prognóstico da sobrevida, assim como a performance clínica, estado nutricional e ter acesso ao tratamento oncológico personalizado e precoce. Neste contexto, identificar o tabagismo como fator ou condição de agravo aos benefícios do tratamento oncológico aos pacientes com câncer metastático deve ser melhor avaliado. Assim, o presente estudo determinou o perfil tabágico e o impacto na sobrevida dos pacientes idosos com câncer.

## **MÉTODOS**

Foi realizada análise de banco de dados secundários de uma coorte prospectiva envolvendo pacientes idosos ( $\geq 60$  anos) com câncer acompanhados no serviço de Oncogeriatría do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Para este estudo foram incluídos dados dos pacientes arrolados na coorte no período de janeiro de 2015 até dezembro de 2019 e acompanhados até uma sobrevida de pelo menos 1 ano e até 5 anos. Foram excluídos, pacientes com cânceres hematológicos, câncer de pele e pacientes submetidos ao tratamento oncológico prévio, exceto cirurgia.

A principal variável de interesse deste estudo foi a determinação do perfil tabágico que foi categorizado como fumante/ex-fumante e não fumantes. Foi realizada a comparação de aspectos clínicos, letalidade e sobrevida entre pacientes tabagistas e não tabagistas.

Para a descrição da amostra foram selecionadas as seguintes variáveis: biológicas (idade, sexo), sócio demográficas (raça autorreferida, situação conjugal - vivendo com ou sem companheiro), hábitos de vida (tabagismo e etilismo) e clínicas (comorbidades e

funcionalidade) assim como dados relacionados ao tumor (topografia, estadiamento) na admissão na coorte

O Índice de Comorbidade de Charlson é uma classificação de gravidade que avalia o risco de óbito. Determina pesos (0 a 4) de acordo com as doenças coexistentes (são listadas 17 doenças) e quanto maior a pontuação obtida pelo paciente maior o risco de falecer.

A funcionalidade foi avaliada pela Escala de Performance do ECOG (Eastern Cooperative Oncologic Group) e pelo Índice de Karnofsky. A ECOG é usada habitualmente pelos oncologistas para avaliar o quanto a doença interfere na vida diária do paciente. A pontuação varia de zero a quatro: zero, paciente assintomático; um, paciente que apresenta sintomas da doença, mas que realiza suas atividades normalmente; dois, paciente sintomático que necessita de atendimento ambulatorial mais frequente; três, paciente com mais de 50% do tempo acamado; e quatro, paciente totalmente acamado. Outra forma de avaliação da performance é o índice de Karnofsky que varia de 0 a 100% em escalas de 10% onde o zero corresponde ao paciente sem sinais ou queixas, sem evidência de doença e o 100% o paciente está moribundo e a morte é iminente.

A evolução clínica foi determinada como sendo óbito ou sobrevivente e determinado o tempo de sobrevida.

Todos os dados coletados para a coorte foram digitados em um banco de dados online desenvolvido para a pesquisa (<http://www.cpqam.fiocruz.br/iras/>) no sistema ASPX, utilizando a ferramenta geneXus versão X Ev2 MS SQL SERVER versão 2008 R2 (MicrosoftCorp) e disponibilizado no site. Esse servidor é mantido em CPqAM/Fiocruz. Estas planilhas foram exportadas para análise no Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (do inglês: StatisticalPackage for the Social Sciences- SPSS), versão 23.0. e/ou Stata 12.1.

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas através das medidas de tendência central (media e desvio padrão). A sobrevida global (SG) foi definida a partir da data de admissão na coorte até a data do óbito ou acompanhamento do estudo, pelo menos 1 ano até 5 anos. A sobrevida global e seu respectivo intervalo de confiança a 95% foram estimados pelo método de Kaplan-Meier. Para todas as análises, foi considerado estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ .

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o número CAAE: 14925113.9.0000.5201.

## **RESULTADOS**

Foram avaliados 1.589 pacientes com câncer acompanhados na Oncogeriatría do IMIP. A descrição das características da amostra e a comparação das variáveis de acordo com o hábito de fumar está apresentada na tabela 1.

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (54%), com idade maior ou igual a 70 anos (65,5%) e fumantes (55,6%). As principais topografias dos cânceres foram: próstata (31,5%), mama (16,6%), colorretal (10,3%), estômago (7,5%), pulmão (4%) e outros (30,1%). Em relação ao estadiamento, o tipo I e II, precoce, foi o mais prevalente (41,7%), seguido do tipo IV, metastático (31,5%) e por último o tipo III, localmente avançado (26,8%). Quanto ao desempenho, a média de pontuação Karnofsky foi 81,1. O índice de comorbidade de Charlson 2,15 e o ECOG de 0 a 1 (82,2%).

Entre os tumores que acometiam exclusivamente homens (31,6%), a maioria era fumantes (36%) e entre os que acometiam exclusivamente mulheres (25,6%) a maioria era não fumantes (35,9%). Para tumores que acometiam ambos os sexos (42,7%) a maioria era de fumantes (46,7%).

O grupo de fumantes/ex-fumantes era constituído de 883 pacientes (55,6%). A maioria era ex-fumantes no momento do diagnóstico, apenas 45 pacientes (2,8%) eram tabagistas atuais. A maioria era do sexo masculino (65,9%), com idade maior ou igual a 70 anos (65,1%), idade média de 74,63 anos e com maior prevalência de outras raças exceto a branca (72,9%). A maioria tinha situação conjugal com companheiro (58,6%), história de alcoolismo (66%), índice de comorbidade de Charlson 2,27 e não evoluíram para óbito (71,6%). Quanto ao estadiamento, o tipo I e II, precoce, foi o mais prevalente com 40,7%, o tipo III, localmente avançado, foi de 26,1% e o tipo IV, metastático, foi 33,2%. A respeito da performance clínica, o ECOG 0 a 1 foi mais prevalente (81,1%) do que o ECOG 2 a 4 (18,9%). Em relação à topografia do tumor, o de maior predomínio foi próstata (35,7%), seguido de mama (11,8%).

Já o grupo de não fumantes (44,4%), a maioria era do sexo feminino (61%), com idade maior ou igual a 70 anos (66%), idade média 73,94 anos e com predominância de outras raças, exceto a branca (66,3%). Também prevaleceu situação conjugal com companheiro (51,8%), porém não houve predomínio de história de alcoolismo (75,9%). O índice de comorbidade de Charlson foi 2 e a maioria não evoluiu para óbito (74,4%). Quanto ao estadiamento, o tipo I e II, precoce, foi o mais prevalente com 42,9%, o tipo II, localmente avançado foi 27,8% e o tipo IV, metastático, foi 29,3%. Em relação à performance clínica o ECOG 0 a 1 foi mais prevalente (83,6%) do que o ECOG 2 a 4 (16,4%). Sobre a topografia do tumor, houve predomínio de local igual ao dos fumantes: próstata (26,1%) seguido de mama (22,6%). Há uma relevância para o tumor de pulmão que apesar de não estar entre os primeiros nos fumantes, encontramos a maior diferença percentual entre os grupos.



A sobrevida dos pacientes tabagistas idosos com câncer foi 93,3 meses e a dos não tabagistas foi 110,1 meses e esta diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,105$ ). Ver figura 1.

## **DISCUSSÃO**

Neste estudo, analisando banco de dados de uma coorte da Oncogeriatría do IMIP, não houve diferença na sobrevida mediana dos pacientes tabagistas comparados aos não-tabagistas. Dentre os pacientes analisados, a maioria eram fumantes e ex-fumantes e possuíam idade média de 74,28 anos. Entre os fumantes e ex-fumantes, a maioria era do sexo masculino, alcoolista, de raça não-branca e viviam com companheiro. Apenas, 2,8% dos pacientes eram fumantes após o diagnóstico de câncer.

Neste estudo, foi evidenciado uma elevada prevalência dos pacientes ex-tabagistas e tabagistas com câncer, em torno de 55%. Sendo uma população de pacientes do sistema público de saúde – SUS, pode-se estimar uma população com menor condição socioeconômica e escolaridade, o que explica esta alta prevalência de tabagistas. Isso prova que é necessário a disponibilidade na rede SUS de um maior número de serviços de cessação do tabagismo.

Sabe-se que o tabagismo é especialmente prejudicial para pessoas previamente diagnosticadas com câncer.<sup>15</sup> Sobreviventes de câncer que continuam a fumar têm menos probabilidade de responder ao tratamento<sup>16</sup>, apresentam toxicidade exacerbada devido à quimioterapia<sup>17</sup>, maior incidência de segundos tumores primários, pior qualidade de vida e conseqüentemente têm taxas de sobrevivência mais baixas do que os pacientes que nunca fumaram ou pararam de fumar antes ou no momento do diagnóstico.<sup>18, 19, 20, 21</sup> No presente estudo, no entanto, o tabagismo não se relacionou com a sobrevida em pacientes oncológicos idosos. Acredita-se que tal fato ocorreu pois o atual estudo englobou, em sua

maioria, pacientes ex fumantes no momento do diagnóstico, sendo apenas 45 pacientes (2,8%) tabagistas atuais e também pela maior parte dos pacientes ter topografias de câncer não tabaco relacionadas, a citar: próstata (31,4%), mama (16,6%), colorretal (10,3%), estômago (7,5%), pulmão (4%) e outros (30,1%).<sup>22</sup>

Neste estudo, pacientes com câncer de próstata e câncer de mama corresponderam a quase 50% dos pacientes. Berubé et al estudando mulheres jovens com câncer de mama, identificou uma taxa de 60% de não fumantes e que o grupo fumante apresentou menor sobrevida global ou sobrevida relacionada ao câncer relacionada ao tempo e intensidade do consumo tabágico. Darcey et al em uma metanálise de pacientes com câncer de próstata identificaram que os fumantes apresentavam maior mortalidade geral, mortalidade relacionada ao câncer e maior recorrência. NCCN recomenda que todos os pacientes com câncer independente do sítio, do estadiamento, do tratamento ou até mesmo sob cuidados de fim de vida devem receber orientação e tratamento para cessação de tabagismo.

Sabe-se que o tabagismo é maior entre os jovens e diminui com aumento da idade.<sup>23</sup> A exemplo da análise de M. Shayne Gallaway et al, no qual entre os pacientes tabagistas oncológicos, 70% eram pessoas não idosas, com menos de 65 anos.<sup>24</sup> No presente estudo, o grupo de fumantes/ex-fumantes era constituído de 883 pacientes (55,6%) e a maior parte era ex-fumante no momento do diagnóstico, uma vez que apenas 45 pacientes (2,8%) eram tabagistas atuais. Ou seja, esse fato corrobora com a ideia de que a maior parte dos idosos tem mais facilidade de parar de fumar comparados aos jovens. Como a população neste estudo foi constituída de idosos, pode ter contribuído para uma menor prevalência de tabagismo.

Em relação aos pacientes fumantes com câncer do estudo, a maioria era do sexo masculino (65,9%). Corroborando com esse achado, de acordo com Chung KS et al e

entre outros estudos<sup>25, 26</sup>, as intensidades de tabagismo foram maiores em pacientes do sexo masculino do que nos do sexo feminino. Além disso, no Brasil, dentre os fumantes acima de 18 anos, os homens são a grande maioria.<sup>27</sup>

No presente estudo, 28,4% dos pacientes tabagistas foram à óbito. De acordo com M. Shayne Gallaway et al, o tabagismo é responsável por aproximadamente 30% do total de mortes por câncer a cada ano, uma vez que, o ato de fumar, está associado a resultados adversos para a saúde, incluindo aumento da mortalidade por todas as causas e aumento da mortalidade específica por câncer, efeitos negativos no tratamento do câncer e agravou a toxicidade da quimioterapia e aumentou o risco de uma segunda malignidade no mesmo sítio ou um diferente.<sup>24</sup>

Quanto às características epidemiológicas, a maioria dos pacientes fumantes desse estudo encontrava-se em situação conjugal com companheiro (58,6%) e se identificaram como não brancos (72,9%). Os dados de Cooley ME et al sugeriram que, a raça que o tabagismo prevaleceu foi a branca.<sup>10</sup> Porém essa divergência pode ter ocorrido em função da maioria da população brasileira se autodeclarar parda.<sup>28</sup> Já em relação a situação conjugal, a maioria dos estudos foi concordante a esse, demonstrando que o tabagismo prevalece em pessoas com companheiros.<sup>10</sup>

Pacientes tabagistas são frequentemente alcoolistas.<sup>29</sup> O hábito de fumar está particularmente associado em usuários de bebidas alcoólicas, predispondo o indivíduo a importantes alterações na saúde, como cânceres.<sup>30, 31</sup> No presente estudo essa correlação tabagismo e alcoolismo foi vista de maneira pertinente, onde 66% dos pacientes fumantes eram também alcoolistas e apenas 24,1% dos não fumantes alegaram ser alcoolistas.

O presente estudo apresenta certas limitações. Primeiro, trata-se de uma análise transversal de um banco de dados do serviço de Oncogeriatrics cuja comprovação pode não ser mais efetiva. Segundo, não há dados sobre mortalidade específica do câncer

versus por outras causas, sendo a penas a sobrevida global possível de ser analisada. Por fim, os dados são provenientes de um centro oncológico. Contudo, trata-se de um banco de dados robusto e representativo de um serviço específico de Oncogeriatrics de uma importante Instituição de saúde na cidade do Recife.

## **CONCLUSÃO**

Assim, concluímos que houve uma elevada prevalência do tabagismo em uma população de pacientes idosos com câncer de um serviço de Oncogeriatrics. Assim como, a sobrevida destes pacientes não foi afetada pelo hábito do tabagismo avaliado antes do diagnóstico do câncer.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. BRASIL - Ministerio da Saúde - Instituto Nacional de Câncer. Incidência de Câncer No Brasil.; 2018.
2. Siegel R.L, Miller K.D, Jemal A. Cancer Statistics , 2018. CA Cancer J Clin. 2018;67(1):7-30. doi:10.3322/caac.21387.
3. Ferlay J, SOERJOMATARAM I, DIKSHIT R. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015 Mar 1;136(5):E359-86.
4. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. 2004 Tobacco smoking and cancer: a brief review of recente epidemiological evidence. Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands) 45, S3–9.
5. Organização Mundial Saúde (OMS) [homepage na internet]. Disponível em: [www.who.org.br](http://www.who.org.br)
6. Organización Panamericana de laSalud, Guías para el Control y Monitoreo de la Epidemia Tabaquica. In: Instituto Nacional de Câncer (INCA). Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2001.
7. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. J BrasPneumol. 2008;34(10):845-

80.

8. Özlu T, Bülbül Y. Smoking and lung cancer. *Tuberk ve Toraks Derg.* 2005;53(2):200-209.
9. Doll R., Peto R., et al. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 1-9.
10. Cooley ME, Wang Q, Johnson BE. Factors associated with smoking abstinence among smokers and recent-quitters with lung and head and neck cancer. *Lung Cancer* 76 (2012) 144– 149.<https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2011.10.005>.
11. Christensen AJ, Moran PJ, Ehlers SL, Raichle K, Karnell L, Funk G. Smoking and drinking behavior in patients with head and neck cancer: effects of behavioral self-blame and perceived control. *J Behav Med* 1999;22(5):407–18.
12. Hopenhayn C, Christian JW, Christian A, Studts J, Mullet T. Factors associated with smoking abstinence after diagnosis of early stage lung Cancer. *Lung Cancer* 80 (2013) 55– 61.
13. AVCI, N., Hayar M., Altmisdortoglu O. et al. Smoking habits are an independent prognostic factor in patients with lung cancer. *Clin Respir J* 2017; 11: 579-584.
14. Costa GJ, de Mello MJG, Ferreira CG, Thuler LCS. Undertreatment trend in elderly lung cancer patients in Brazil. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2017;143(8):1469-1475.
15. Klosky JL, Tyc VL, Garces-Webb DM, Buscemi J, Klesges RC, Hudson MM. Emerging issues in smoking among adolescent and adult cancer survivors: a comprehensive review. *Cancer.* 2007; 110 (11):2408–19.
16. Emmons KM, Butterfield RM, Puleo E, Park ER, Mertens A, Gritz ER, et al. Smoking among participants in the childhood cancer Survivors cohort: the partnership for health study. *J Clin Oncol.* 2003; 21(2):189–96.
17. Gritz ER, Dresler C, Sarna L. Smoking, the missing drug interaction in clinical trials: ignoring the obvious. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005; 14(10):2287–93.

18. Johnston-Early A, Cohen MH, Minna JD, Paxton LM, Fossieck BE Jr, Ihde DC, et al. Smoking abstinence and small cell lung cancer survival. No association. *JAMA*. 1980; 244(19):2175–9.
19. Toll BA, Brandon TH, Gritz ER, et al. Assessing tobacco use by cancer patients and facilitating cessation: An American Association for Cancer Research Policy Statement. *Clin Cancer Res* 2013;19:1941-8.
20. Karam-Hage M, Cinciripini PM, Gritz ER. Tobacco Use and Cessation for Cancer Survivors: An Overview for Clinicians. *CA Cancer J Clin* 2014;64:272-90.
21. Warren GW, Sobus S, Gritz ER. The biological and clinical effects of smoking by patients with cancer and strategies to implement evidence-based tobacco cessation support. *Lancet Oncol* 2014;15:e568-80
22. Oppeltz RF, Jatoi I. Tobacco and the escalating global cancer burden. *J Oncol* 2011;2011:408104.
23. Jha P, Ranson MK, Nguyen SN, Yach D. Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995, by age and sex. *Am J Public Health*. 2002; 92(6):1002–6. [PubMed: 12036796].
24. M. Shayne Gallaway, Rebecca Glover-Kudon, Behnoosh Momin, Mary Puckett, Natasha Buchanan Lunsford, Kathleen R. Ragan, Elizabeth A. Rohan, and Stephen Babb. Smoking cessation attitudes and practices among cancer survivors – United States, 2015. *J Cancer Surviv*. 2019 February; 13(1): 66–74. doi:10.1007/s11764-018-0728-2.
25. Chung KY, Kim DJ, Lee CY, Bae MK, Kim J, Lee JG, Park SY. The influence of smoking intensity on the clinicopathologic features and survival of patients with surgically treated non-small cell lung cancer. *LungCancerElsevier'sOncologyJournal* 2013 Sep.; 81 (3): 480-486. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lungcan.2013.07.002>.

26. Rink M, Furberg H, Zabor EC, Xylinas E, Babjuk M, Pycha A, et al. Impact of smoking and smoking cessation on oncologic outcomes in primary nonmuscle-invasive bladder cancer. *Eur Urol* 2013;63(4):724-732.
27. Instituto Nacional do Câncer (INCA) [homepage na internet]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>
28. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019
29. Moreira PFP, Martiniano Filho F. Aspectos nutricionais e o abuso do álcool em idosos. *Envelhecimento e Saúde* 2008; 14(1): 23-6.
30. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003 Jul./Aug.; 46(1): 11-29.
31. Glass JM, et al. Smoking is associated with neurocognitive deficits in alcoholism. *Drug Alcohol Depend* 2006 Apr.; 82(2): 119-26.

**Tabela 1.** Distribuição das características biológicas, clínicas e evolução de 1589 pacientes idosos com câncer de acordo com o hábito de fumar na admissão na coorte no serviço de Oncogeriatrics do IMIP. 2006 a 2009.

	NÃO FUMANTES		FUMANTES/ EX-FUMANTES		TOTAL		Valor de p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
<b>Nº DE PACIENTES</b>	706	44,6	883	55,6	1589	100	
<b>IDADE (anos)</b>							
• média	73,94		74,63				0,405
<b>Faixa etária</b>							
• < 70	240	34	308	34,9	548	34,5	0,376
• ≥ 70	466	66	575	65,1	1041	65,5	
<b>SEXO</b>							
• Masculino	275	39	582	65,9	857	54	<0,001
• Feminino	431	61	301	34,1	723	46	
<b>RAÇA</b>							
• Branca	236	33,7	237	27,1	473	30,1	0,003
• Não branca	465	66,3	636	72,9	1101	69,9	
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>							
• Com companheiro	365	51,8	517	58,6	882	55,6	0,004
• Sem companheiro	339	48,2	365	41,4	704	44,3	
<b>ALCOOLISMO</b>							
• Presente	170	24,1	583	66,0	753	47,3	<0,001
• Ausente	536	75,9	300	34,0	836	52,6	
<b>TOPOGRAFIA DO TUMOR</b>							<0,001
• Próstata	184	26,1	315	35,7	499	31,5	
• Mama	159	22,6	104	11,8	263	16,6	
• Colorretal	78	11,1	85	9,6	163	10,3	
• Estômago	45	6,4	74	8,4	119	7,5	
• Pulmão	5	0,7	58	6,6	63	4	
• Outros	233	33,1	246	27,9	479	30,1	
<b>TUMORES DE ACORDO COM O SEXO</b>							<0,001
• Sexo masculino	184	26,1	318	36	502	31,6	
• Sexo feminino	253	35,9	153	17,3	406	25,6	
• Ambos os sexos	267	37,9	412	46,7	679	42,8	
<b>ESTADIAMENTO</b>							0,25
• Precoce I e II	303	42,9	359	40,7	662	41,7	
• Localmente avançado III	196	27,8	230	26,1	426	26,8	
• Metástase IV	207	29,3	293	33,2	500	31,5	
<b>ECOG*</b>							0,111
• 0 a 1	590	83,6	716	81,1	1306	82,2	
• 2 a 4	116	16,4	167	18,9	283	17,8	
<b>ÍNDICE de COMORBIDADES DE CHARLSON (média)</b>	2,14		2,17		2,15		0,843
<b>ÍNDICE KARNOFSKY (média)</b>	89,89		81,30		81,12		0,654
<b>ÓBITO</b>							0,080
• Presente	177	25,1	250	28,4	427	26,9	
• Ausente	528	74,9	631	71,6	1159	73,1	

\* ECOG – escala de funcionalidade da *Eastern Cooperative Oncology Group*



**Figura 1** – Curva de sobrevida (Kaplan Meier) dos pacientes idosos com câncer de acordo com o hábito de fumar na admissão na coorte. Oncogeriatrics IMIP, 2016 a 2019.

