



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA – UAM

CARLOS LAERSON SOARES FILHO

RILDO DA SILVA BARBOSA

**INFLUÊNCIA DA DIMINUIÇÃO OU CESSAÇÃO DO TABAGISMO NOS NÍVEIS
PRESSÓRICOS DE PACIENTES HIPERTENSOS NO PROGRAMA
MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM
CAMPINA GRANDE - PB**

CAMPINA GRANDE – PB

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA – UAM

CARLOS LAERSON SOARES FILHO

RILDO DA SILVA BARBOSA

**INFLUÊNCIA DA DIMINUIÇÃO OU CESSAÇÃO DO TABAGISMO NOS NÍVEIS
PRESSÓRICOS DE PACIENTES HIPERTENSOS NO PROGRAMA
MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM
CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado à Coordenação
do Curso de Medicina (CCBS-
UFCG) em atenção à resolução
CCBS nº 04/2010.

Orientadora: Prof. Dra Deborah Rose Galvão Dantas

CAMPINA GRANDE – PB

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

S676i

Soares Filho, Carlos Laerson.

Influência da diminuição ou cessação do tabagismo nos níveis pressóricos de pacientes hipertensos no Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo em Campina Grande - PB / Carlos Laerson Soares Filho, Rildo da Silva Barbosa. – Campina Grande, 2017.

47f.; il.; gráf.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Medicina, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

Orientadora: Deborah Rose Galvão Dantas, Dra.

1.Tabagismo. 2.Tratamento. 3. Hipertensão Arterial Sistêmica. I.Barbosa, Rildo da Silva.
II.Título

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 613.84:616.12-008.331.1(043.3)



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

As 10:20 horas do dia 15/12/2017 nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Influência da Diminuição ou Cessação
de tabagismo nos níveis pressóricos de
pacientes hipertensos no Programa multidisciplinar
de tratamento do tabagismo em Campina Grande
de autoria do(s) aluno(s) Carlos Caetano Soares Filho PE
Rafael da Silva Barbosa
sendo orientados por:
Deborah Rose Galvão Dantas

E Co orientador:

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Prof. Deborah Rose Galvão Dantas
Prof. Anderson Araújo Chaves Duarte
Prof. Wagner Martins Frazão

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Carlos Caetano Soares Filho
passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 25 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 9,8. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 15/12/2017

Orientador

Deborah Rose Galvão Dantas

Titular 1

Anderson A. Chaves Duarte

Titular 2

Wagner Martins Frazão

Suplente

RESUMO:

INTRODUÇÃO: O tabagismo é a principal causa de morte prevenível no mundo e responsável por mais de 5 milhões de óbitos anuais, por doenças associadas. Os expostos ao tabaco apresentam risco aumentado para doenças graves e irreversíveis, principalmente as cardiovasculares, respiratórias e o câncer. Entre as doenças cardiovasculares, uma das mais frequentemente associadas ao tabagismo é a Hipertensão Arterial Sistêmica. **OBJETIVO:** Observar a influência da cessação do tabagismo ou diminuição do consumo sobre os níveis pressóricos de pacientes hipertensos usuários do Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo (PMTT), realizado em Campina Grande-PB, no período de 2013 a 2016. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo de corte transversal, retrospectivo, descritivo e quantitativo. Os prontuários de pacientes que foram tratados no período proposto foram analisados, e os dados coletados foram organizados e tabulados em planilha eletrônica *Google Forms*®. Para a análise inferencial foi utilizado *Software R*, versão 3.3.2., sendo adotado o nível de significância de 5% ($p > 0,05$) para a aceitação da hipótese de nulidade. **RESULTADOS:** Foi realizado um estudo populacional composto por indivíduos com média de idade de 49,07 anos, sendo 66,4% do sexo feminino, a maioria (56,5%) autodeclarou-se parda; 24,2% tinham escolaridade entre 9 e 12 anos. O número médio de cigarros fumados foi 21 cigarros/dia. Com relação à ocupação, a de maior frequência na foi a de *autônomo* (23,4%) seguido por *aposentado* (18,4%). Um maior percentual dos entrevistados (41,2%) não soube ou não quis informar a renda e 26,6% responderam ter renda menor que R\$ 750,00. A minoria, 27,6% referiram já terem o diagnóstico de hipertensão arterial. Com relação à associação entre variáveis, *ocupação* e *idade* foram associadas estatisticamente à *hipertensão*, ao passo que *sexo*, *escolaridade*, *etnia*, *renda*, *número de cigarros diários* não o foram. Observou-se que a diminuição do consumo ou cessação do tabagismo contribuíram para o declínio dos níveis de pressão arterial nos pacientes hipertensos. Esses resultados, quando comparados em um Modelo painel, não foram confirmados, talvez devido ao pequeno número de pacientes que completou todo o tratamento. **CONCLUSÃO:** O perfil dos usuários do PMTT mostrou mulheres de meia idade, com baixo nível de renda e escolaridade. Ocupação e idade foram associadas à hipertensão. Os níveis da pressão arterial pareceu tornarem-se menores, à medida que o consumo diminuía ou os pacientes paravam de fumar. Novos estudos são necessários para consolidar esses dados e resultados.

Palavras-chave: Tabagismo; Tratamento; Hipertensão Arterial Sistêmica.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Smoking is a leading cause of preventable death worldwide, and the cause of more than 5 million annual deaths from related diseases. Those exposed to tobacco, show an increased risk for severe and irreversible diseases, mainly as the cardiovascular and respiratory ones and cancer. Among cardiovascular diseases, one of the most frequently associated with smoking is Systemic Arterial Hypertension. **AIM:** To observe the influence of smoking cessation or decrease of the consumption on the pressure levels of hypertensive patients, users of the Multidisciplinary Smoking Treatment Program (PMTT) carried out at Campina Grande-PB, from 2013 to 2016. **METHODS:** A transversal, retrospective, descriptive and quantitative study was carried out. The charts of the patients who were treated in the proposed period were analyzed, and the collected data was organized and tabulated in a spreadsheet in the *Google Docs*®. For the inferential analysis, we used the *Software R*, version 3.3.2 the significance level of 5% ($p > 0.05$) for the acceptance of the null hypothesis. **RESULTS:** As a result, we performed a populational study composed of individuals with a mean age of 49.07 years, 66.4% female, most of whom (56.5%) self-declared mixed-race, and 24.2% had schooling between 9 and 12 years. The average number of cigarettes smoked was 21 cigarettes / day. The most frequent referred work activity was the *autonomous* one (23.4%), followed by *retired* (18.4%). The majority of the interviewees (41.2%) did not know or did not want to inform the income, and 26.6% answered that they had an income of less than R\$ 750.00. From the sample, 27.6% reported having a previous diagnosis of hypertension. In relation to association between variables, *work activity* and *age* were statistically associated with hypertension whereas *gender*, *schooling*, *ethnicity*, *income*, *number of daily cigarettes* and *hypertension*, weren't. We observed that the decrease in tobacco consumption or cessation of smoking, contributed to the decrease of the blood pressure levels of the hypertensive patients. These results, when compared in a *panel model*, were not confirmed, maybe because of the low number of patients which completed the whole treatment. **CONCLUSION:** The profile of the users of the PMTT showed females, middle-aged, with low income and low schooling. *Work activity* and *age* were associated with *hypertension*. The level of the blood pressure seemed to become lower, as the patients decreased the consumption or stopped smoking. New researches are needed to consolidate data and better match results.

Key-words: Tobacco smoking; Treatment; Systemic Arterial Hypertension

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. JUSTIFICATIVA.....	09
3. HIPÓTESE.....	09
4. OBJETIVOS.....	09
4.2 GERAL.....	09
4.3 ESPECÍFICOS.....	10
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
6. METODOLOGIA.....	15
6.2 TIPO DE ESTUDO.....	15
6.3 LOCAL DE ESTUDO.....	15
6.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	15
6.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	15
6.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	16
7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	16
8. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	16
9. RISCOS.....	16
10. BENEFÍCIOS.....	16
11. ANÁLISE DE DADOS.....	16
12. ASPECTOS ÉTICOS.....	16
13. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	17
14. RESULTADOS.....	18
14.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	18
14.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS.....	21
14.4 MODELAGEM LOGÍSTICA.....	24
14.5 ANÁLISE LONGITUDINAL.....	26
14.6 ANÁLISE LONGITUDINAL ENTRE HIPERTENSOS.....	28
15. DISCUSSÃO.....	32
16. CONCLUSÃO.....	35
17. REFERÊNCIAS.....	37
18. APÊNDICES.....	39
18.2 APÊNDICE 1.....	39
18.3 APÊNDICE 2.....	43
18.4 APÊNDICE 3.....	44
18.5 APÊNDICE 4.....	45
18.6 APÊNDICE 5.....	46
19. ANEXOS.....	47

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), principal doença cardiovascular no mundo, é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Embora muitas vezes não apresente sintomas, associa-se frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O tabagismo, por sua vez, constitui um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Em 2015, mais de 1,1 bilhão de pessoas fumavam tabaco, sendo a prevalência do consumo do tabaco por sexo maior nos homens do que nas mulheres (WHO, 2016). Devido às suas diversas ações em vários órgãos e sistemas, pode causar ou potencializar uma série de problemas, como doenças cardiovasculares, respiratórias, vários tipos de cânceres, entre outras patologias.

A relação entre tabagismo e HAS já é bem conhecida e documentada, principalmente em pessoas que fumam mais de 15 cigarros por dia. A concomitância de hipertensão e consumo do tabaco também diminui a função ventricular esquerda em pessoas assintomáticas. Além disso, ao promover o aumento da rigidez vascular, o cigarro parece aumentar a pressão arterial em pacientes já hipertensos e a resistência às drogas anti-hipertensivas neste grupo, fazendo com que o seu efeito seja inferior ao esperado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias e a progressão da insuficiência renal em hipertensos. A cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% e parece ser a medida isolada de maior impacto para redução do risco cardiovascular no indivíduo hipertenso. Esses achados reforçam que a cessação do tabagismo deveria ser um importante componente da estratégia para o controle da HAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Desta forma torna-se importante tratar o tabagismo, na busca de se reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seja por meio de ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, como também, medidas legislativas e econômicas, para prevenir a iniciação ao tabagismo, promover a cessação e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco.

Analisando-se todos os dados anteriormente expostos, pensou-se em criar, inicialmente como Projeto de Extensão Universitária, posteriormente como Programa permanente da Unidade Acadêmica de Medicina (UAMED) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), o Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo (PMTT).

O PMTT, vinculado ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) e respaldado pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão (Propex) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), apresenta-se como uma proposta inovadora no Brasil, atuando com uma equipe multiprofissional, multidisciplinar e interdisciplinar, composta por docentes de diversos cursos da área da saúde da UFCG e de outras universidades parceiras. Iniciado em 2007, permanece até a presente data, fornecendo assistência permanente aos usuários do tabaco da cidade de Campina Grande e regiões circunvizinhas.

O PMTT consiste em uma abordagem multiprofissional, multidisciplinar e interdisciplinar associada à administração de bupropiona, medicamento considerado de primeira linha para o tratamento do tabagismo na atualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Cerca de 400 tabagistas são atendidos anualmente e seus dados catalogados em prontuários individuais. Integram atualmente como agentes do Programa, docentes e discentes do curso de Medicina do CCBS/UFCG, bem como dos cursos de Psicologia, Odontologia e Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Nutrição e Educação Física das Faculdades Maurício de Nassau (FMN). O medicamento bupropiona vem sendo fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, em convênio com a UFCG.

O tratamento consiste em uma palestra inicial, que abrange os males associados ao tabagismo e explica todo o funcionamento do PMTT aos novos usuários, cerca de 30 em cada novo grupo. Posteriormente, cada um desses indivíduos será entrevistado e avaliado pelas equipes que integram o Programa, que são orientadas por um docente de cada curso e composta por discentes do referido curso, e receberão assistência Médica, Psicoterapêutica, Odontológica, Farmacêutica, Nutricional e de Educação Física. Conforme a indicação, cada um dos tabagistas também receberá o medicamento bupropiona, em quantidade suficiente para 15 dias, quando serão reavaliados por todas as equipes, nos retornos em grupo.

O tratamento dura três meses aproximadamente (12 semanas), e durante todo o tempo em que dura, os usuários são acompanhados e incentivados a participarem de todas as atividades, ao passo que os seus dados pessoais e relativos ao tratamento são anotados em um prontuário individual, inclusive dados sobre a abstenção e/ou diminuição do consumo de tabaco, e análise da pressão arterial (PA).

Analisando-se esses dados, pode-se constatar que um grande percentual dos atendidos pelo Programa são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que em muitos casos não apresenta controle adequado, o que poderia constituir-se em uma contraindicação para o uso da bupropiona (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Por essa razão, faz-se um rigoroso controle da PA desses participantes semanalmente, sendo anotados os medicamentos utilizados para controle da HAS, e conforme o caso, adequando-os para que se obtenha um melhor controle.

Tem sido observado, ao longo do tempo de tratamento (12 semanas) que à medida que a quantidade de cigarros diminui, o controle da PA dá-se com maior facilidade. Por todo o exposto, procurou-se, nesse estudo, avaliar a associação entre a diminuição ou cessação do tabagismo com o melhor controle da PA em pacientes hipertensos que participam do PMTT, através da menor necessidade de drogas anti-hipertensivas e valores da PA mais aproximados dos ideais.

JUSTIFICATIVA

O controle da PA apresenta-se como ponto fundamental na diminuição do risco cardiovascular, e passa por diversas medidas, como diminuição da ingestão de sódio, dieta adequada, prática de exercícios físicos, controle dos níveis de estresse, prevenção do uso do tabaco, a cessação pelos já tabagistas, bem como o uso de medicamentos anti-hipertensivos por aqueles já diagnosticados com HAS.

A grande variedade de medidas comportamentais e farmacológicas aumenta as dificuldades impostas para o manejo adequado da pressão arterial, pois pode determinar uma grande mudança na rotina de qualquer indivíduo, acarretando em barreiras físicas, psicológicas, socioculturais e até mecanismos químicos impostos por vícios.

Conhecidos os riscos do tabagismo, e dentre eles, o risco de predispor ao aumento da pressão arterial - que por sua vez eleva os riscos de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas - é importante conhecer também os efeitos da cessação do consumo do cigarro nos níveis pressóricos.

Visto que existem poucos trabalhos com propósito semelhante no Brasil, Nordeste e Paraíba, este propõe-se a ajudar a elucidar esta questão, fornecendo dados sobre o tema abordado. Por outro lado, o conhecimento da influência do tabagismo sobre o insucesso do controle da PA, poderá constituir-se em um estímulo para a implementação de novos programas e/ou incentivo aos programas vigentes que visam ao controle do tabagismo em nosso país.

HIPÓTESE

Os níveis pressóricos entre hipertensos tabagistas podem ser melhor controlados quando há cessação ou diminuição do consumo de tabaco.

OBJETIVOS

Geral:

Observar a influência da cessação do tabagismo ou diminuição do consumo sobre os níveis pressóricos de pacientes hipertensos usuários do PMTT.

Específicos

- Traçar o perfil epidemiológico dos componentes da amostra estudada;
- Verificar a variação dos níveis pressóricos dos que compõem a amostra ao longo do tratamento;
- Comparar o controle da pressão arterial entre o grupo dos que diminuíram o consumo ou cessaram o tabagismo, com os daqueles que não conseguiram abster-se do fumo.

REFERENCIAL TEÓRICO

Apesar dos esforços de controle, o uso do tabaco permanece significativo e crescente na maioria dos países em desenvolvimento (excetuando-se o Brasil, onde a prevalência é decrescente desde o final do século passado) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Em nível global, a prevalência do tabagismo está em declínio, mas em muitos países, parece estar a aumentar, como na região do Mediterrâneo Oriental e continente Africano (WHO, 2016).

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), a prevalência de fumantes com 18 anos ou mais em 1989 era de 31,7% (BRASIL, 1990). Entre 2002 e 2003, a prevalência total de fumantes na população acima de 15 anos já havia caído para 19% (variando de 13% em Aracaju a 25% em Porto Alegre) (BRASIL, 2004).

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2008, a prevalência total de fumantes na população maior de 15 anos chegou a 17,2% (21,6% entre os homens e 13,1% entre as mulheres) (BRASIL, 2011^a). Em 2013, duas pesquisas – a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – com diferentes metodologias, encontraram a prevalência de fumantes na população com 18 anos ou mais de, respectivamente, 11,3% (14,4% do sexo masculino e 8,6% do sexo feminino) e 14,7% (18,9% do sexo masculino e 11% do sexo feminino), evidenciando uma tendência de declínio na prevalência de tabagistas na população brasileira nas últimas décadas.

Diversas variáveis se relacionam à prevalência do tabagismo, em especial o sexo, o tipo de região, a escolaridade e a renda. A prevalência do tabagismo é superior no sexo masculino e na região rural. No que diz respeito à escolaridade, as proporções de fumantes são mais expressivas entre aqueles com menor grau de instrução, reduzindo-se progressivamente à medida que se aumentam os anos de estudo. Apesar de o consumo de tabaco ocorrer em todas as classes sociais, a prevalência de fumantes apresenta-se inversamente proporcional à renda (WHO, 2016).

Embora possa ser observada uma queda progressiva do seu uso, o tabaco ainda gera um alto custo social e econômico para o Brasil, somando gastos diretos de assistência médica/hospitalar: foi associado a um percentual de 13% do total de mortes no Brasil, reduzindo a expectativa de vida do brasileiro fumante em cinco anos em relação ao não fumante e gastos indiretos, por redução da produtividade: por absenteísmo, invalidez e morte prematura. A partir de dados de prevalência de 2008, o gasto em saúde atribuído ao tabagismo foi R\$ 20,68 bilhões (destes, R\$ 15,71 bilhões para o sexo masculino) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Com a transição epidemiológica vivenciada nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se progressivamente mais prevalentes ao longo do último século, e se apresentam hoje como a maior carga de doença no Brasil e no mundo. Os principais integrantes desse grupo são as doenças cardiovasculares, as neoplasias e o Diabetes mellitus. Os principais fatores de risco evitáveis para o desenvolvimento das DCNT são o tabagismo, a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a ausência de atividade física (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Dentre esses, destaca-se o tabagismo que, ao contrário dos demais fatores de risco, relaciona-se não somente às doenças supracitadas, mas também às doenças respiratórias crônicas, associando-se, de maneira importante, ao grupo das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na atualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O tabagismo representa a primeira causa de morte evitável, especialmente por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE), tornando-se a principal causa de morbidade e

mortalidade nos Estados Unidos. (VIDRINI, 2013). Sua relação com doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), e a redução do risco de desenvolvê-las com a cessação do tabagismo está bem documentada.

No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, sendo mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). A prevalência de HAS no Brasil varia de acordo com a população em estudo e o método de avaliação. Picon e colaboradores (2012) em um estudo de metanálise, observaram uma tendência à diminuição da prevalência nas últimas três décadas, de 36,1% para 31,0%. Estudo com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras observou prevalência de HAS em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% vs 32,2%) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Segundo a 7ª diretriz de hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de cardiologia (2016), os níveis pressóricos são classificados conforme a tabela a seguir:

Classificação	PAS (em mmHg)	PAD (em mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	120-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

De acordo com os dados observados nos estudos sucessivos denominados Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), realizados entre os anos 2006 a 2014, a prevalência de HAS autorreferida entre pacientes com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, variou de 23% a 25%, respectivamente, sem diferenças em todo o período analisado, inclusive entre os sexos. Entre adultos com 18 a 29 anos, o índice foi 2,8%; de 30 a 59 anos, 20,6%; de 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e ≥ 75 anos, 55%. O Sudeste foi a região com maior prevalência

de HA autorreferida (23,3%), seguido pelo Sul (22,9%) e Centro-Oeste (21,2%). Nordeste e Norte apresentaram as menores taxas, 19,4% e 14,5%, respectivamente.

Existem uma série de fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, como o histórico familiar, o aumento da idade, obesidade, consumo crônico e excessivo de álcool e o consumo excessivo de sódio, entre outros. No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (2009), obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio/pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Alguma variação nas associações entre tabagismo e fenótipos cardiovasculares diferentes é esperada, dado que o tabagismo induz a respostas agudas, incluindo aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e estado protrombótico (RODRIGEZ, 2015).

O uso de tabaco potencializa a aterosclerose através de seu efeito trombogênico e por estimulação neural simpática promovida pela nicotina. O monóxido de carbono, quando inalado pelos pulmões, é transferido para a corrente sanguínea, onde diminui a capacidade de transporte de oxigênio. A capacidade aeróbica do fumante é, então, prejudicada e ocorre um aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, predispondo o desencadeamento de arritmias. Além disso, ao promover o aumento da rigidez vascular, o cigarro parece aumentar a pressão arterial em pacientes já hipertensos e a resistência às drogas anti-hipertensivas neste grupo, fazendo com que o seu efeito seja inferior ao esperado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A abordagem terapêutica da pressão arterial elevada, envolve medidas não medicamentosas e o uso de medicamentos anti-hipertensivos, com a finalidade de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos cardiovasculares e renais. Medidas não medicamentosas, como prática de atividades físicas, diminuição da ingestão de álcool e sal, perda de peso, entre outras, têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo por parte dos pacientes.

Uma revisão sistemática de estudos (Lin e colaboradores, 2014), com duração mínima de 12 a 24 meses, combinando intervenções dietéticas e atividade física de média a alta intensidade, em pacientes usando ou não medicações, revelou redução da PAS e da PAD por período < 12 meses de -4,47 (-7,91 a -1,04) mmHg e de -1,10 (-2,39 a 0,19) mmHg, respectivamente. Para períodos maiores, de 12 a 24 meses, as reduções observadas foram de -2,29 (-3,81 a -0,76) mmHg e de -1,00 (-3,22 a 1,22) mmHg, respectivamente para PAS e PAD.

O impacto direto dessas medidas sobre o risco de repercussões cardiovasculares é incerto, os estudos são insuficientes e breves. O tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a DCV. O hábito de fumar é apontado como fator negativo no controle de hipertensos, no desconhecimento da HAS e na interrupção do uso de medicamentos anti-hipertensivos. No entanto, não há evidências que a cessação do tabagismo reduza a PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento para a cessação do tabagismo está entre as intervenções médicas que apresentam a melhor relação custo-benefício. Constatou-se que o ato de parar de fumar, ainda que com idade mais avançada, aumenta a expectativa de vida, assim como gera importantes benefícios em longo prazo na saúde, como a redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após cerca de 16 anos de abstinência. A maioria dos estudos aponta para uma significativa redução na incidência de doença coronariana e AVE após a cessação do tabagismo já nos primeiros anos: o risco deste último, após 5 a 15 anos de abstinência, passa a ser o mesmo de quem nunca fumou (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os mecanismos utilizados no tratamento do tabagismo podem ser divididos em intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso. As intervenções psicossociais incluem aconselhamento, materiais de autoajuda e abordagem cognitivo-comportamental. O tratamento medicamentoso aumenta significativamente as chances de o fumante conseguir a cessação completa, mas desempenha um papel auxiliar no acompanhamento do indivíduo, visando, especialmente, ao controle dos sintomas de abstinência provocados pela

suspensão do uso da nicotina, portanto voltado apenas ao que se refere à dependência física. Assim, entende-se seu papel complementar na cessação do tabagismo, que envolve dependências física, psíquica e social (RODRIGUEZ, 2015).

Existem variados obstáculos e desafios para cessação de tabagismo, como a ambivalência (precisam parar/gostam de fumar), o ganho de peso, a síndrome de abstinência, o consumo concomitante de álcool, recaídas, tratamento limitado, duração e cobertura de medicamentos, falta de recursos financeiros e humanos, interferência da indústria, entre outros (AMA, 2014). Apesar dos inegáveis avanços com relação ao tratamento do tabagismo nas últimas décadas, é necessário um maior número de intervenções e pesquisas que abordem esse assunto (BAKER, 2015).

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Corte transversal retrospectivo, descritivo e quantitativo.

Local do estudo

Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)

População e amostra

A população do estudo foi composta por todos os pacientes usuários do PMTT com prontuários, no período de 2013 a 2016;

A amostra do estudo foi composta por todos os pacientes hipertensos, usuários do PMTT, no mesmo período.

Instrumento para coleta de dados

Prontuários dos pacientes atendidos pelo PMTT (Apêndice 1).

Procedimento para coleta de dados

Os dados encontrados nos prontuários foram organizados em tabelas e submetidos à análise estatística posteriormente.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Prontuários completos, não rasurados, que apresentavam dados relativos aos usuários do PMTT que realizaram tratamento completo (12 semanas) e cujo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontrava-se assinado e anexado aos mesmos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Aqueles que não estiveram de acordo com os critérios de inclusão.

RISCOS

Não houve riscos para a amostra do estudo.

BENEFÍCIOS

O estudo pôde observar o comportamento dos níveis pressóricos nos pacientes que obtiveram a diminuição ou cessação do tabagismo no PMTT, contribuindo assim com as pesquisas nessa área, que ainda são poucas no Brasil.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados no *Google Forms* e avaliados posteriormente. Foi considerado, para fim de análise dos dados, o consumo em número de cigarros em cessação, baixo, médio, alto e muito alto os seguintes valores, respectivamente: 0, 1 a 9, 10 a 19, 20 a 29 e mais que 30 cigarros.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo é oriundo do PMTT, já devidamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), segundo o protocolo 20082912-050. A pesquisa foi submetida ao CEP e só teve início depois de aprovada. A análise foi feita através de dados de prontuários. A solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) se estabeleceu pelo fato de o Programa já ter sido aprovado pelo CEP, além de que todos os participantes que desejam iniciar o tratamento, assinam inicialmente o TCLE referente ao PMTT.

Os resultados deste estudo foram apresentados devidamente regulamentados nos seus aspectos éticos e legais (Apêndice 3) como Trabalho

de Conclusão de Curso (TCC), estando o termo de Aceitação de Orientação anexo (Anexo 1). Os pesquisadores comprometeram-se a respeitar todas as regras que regulamentam a pesquisa científica na área de saúde no Brasil (Apêndice 4). A realização deste estudo foi autorizada pelo profissional responsável, conforme documentado no apêndice 5.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

O conjunto de dados usado neste trabalho foi coletado a partir das informações do período de **2013 a 2016** de 594 pacientes usuários do Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo, realizado em Campina Grande – PB. O banco de dados foi coletado por meio de prontuários de pacientes e de questionários ao longo do tratamento, configurando um estudo longitudinal de painel. Entretanto, esse estudo incorpora o fenômeno da mobilidade dos pacientes, uma vez que, no decorrer do tempo alguns pacientes deixam de participar do programa, implicando uma redução significativa no número final de observações para a pesquisa.

Os dados coletados foram organizados no *Google Forms*, afim de facilitar a organização em planilhas eletrônicas. A análise estatística (análise descritiva e inferencial) foi preparada no *Software R*, versão 3.3.2.

Inicialmente, foram analisados os dados de corte transversal para traçar o perfil epidemiológico dos componentes da amostra estudada. Nesse estudo, foram considerados os registros de, aproximadamente, 74% do total de 594 existentes. Essa perda de informações foi devido a alguns questionários não terem sido preenchidos corretamente.

Em seguida, foram analisados os dados que configuram um delineamento metodológico longitudinal de painel, com o objetivo de identificar se os níveis pressóricos entre hipertensos tabagistas podem ser mais bem controlados quando há a cessação ou diminuição do consumo de tabaco do que daqueles que não conseguiram abster-se do fumo. Já nessa análise, trabalhou-se com um total de 53 registros (8,9 % dos registros totais).

RESULTADOS

Perfil epidemiológico

A seguir são observadas, na **Tabela 1**, as estatísticas descritivas da variável idade. A idade média dos entrevistados foi de 49,07 anos com desvio padrão (d.p) de 12,61 anos. O coeficiente de variação percentual foi $CV = 25,69\%$, menor que 50%, o que indica que a média é representativa para os dados. As idades mínima e máxima dos entrevistados foram de 15 e 84 anos, respectivamente.

Observa-se que a mediana é próxima da média e a distância entre a mediana e o primeiro quartil (Q1) é bem próxima da distância entre a mediana e o terceiro quartil (Q3), indicando que distribuição da variável idade é simétrica.

Tabela 1: Estatísticas descritivas para a variável *idade*

Média	d.p	CV%	Min.	Q1	Mediana	Q3	Max.
49,07	12,61	25,69	15	40	50	57	84

No **Gráfico 1** observa-se que um percentual de 66,4% dos entrevistados foi do sexo feminino, enquanto que 33,6% foi do sexo masculino.

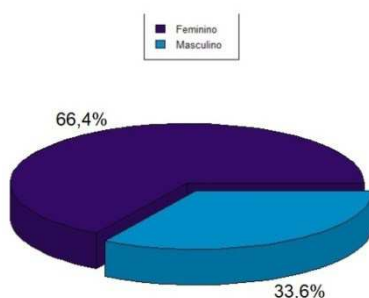


Gráfico 1 em setores para a variável sexo

O **Gráfico 2** apresenta colunas que representam a distribuição em frequências da variável etnia para todos os entrevistados. Vê-se que a *etnia parda* é a que possui maior frequência, ao passo que *indígena* é a classificação que possui menor frequência.

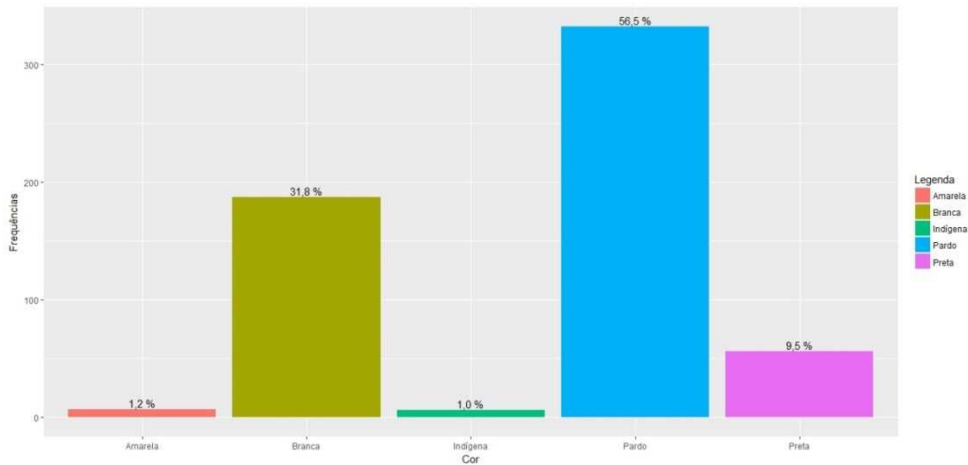


Gráfico 2 em colunas para a variável etnia

O número médio de cigarros fumados por dia foi, de aproximadamente, 21 cigarros com desvio padrão, de aproximadamente, 13 cigarros/dia. O coeficiente de variação percentual foi $CV = 62,08\%$, maior que 50%, o que indica que a média não é representativa para os dados.

A partir do **Gráfico 3**, pode-se notar que a distribuição do número de cigarros por dia é bem simétrica e próxima da distribuição “normal”. Aplicou-se o teste Shapiro-Wilk aos dados, esse forneceu uma estatística igual a 0,83, com p -valor inferior a $2,2 \times 10^{-16}$, isso leva a rejeição da hipótese nula ao nível de 5%, ou seja, a distribuição da variável número de cigarros diário não é “normal”.

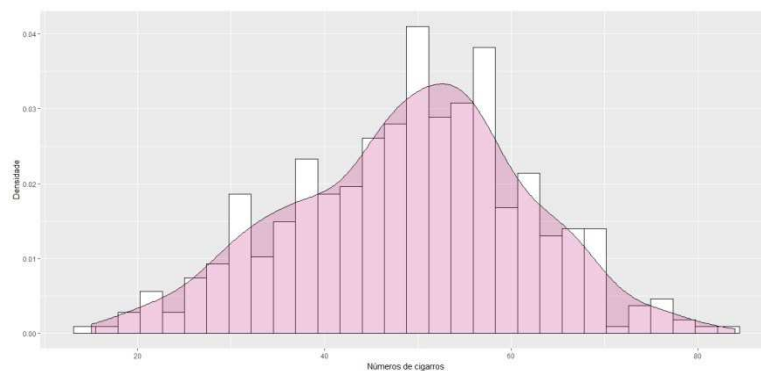


Gráfico 3: Histograma para a variável número diário de cigarros

No **Gráfico 4**, a seguir, vê-se que a profissão (ocupação) que obteve maior frequência é a de *autônomo*, contemplando aproximadamente 23,4% dos

pacientes; a segunda maior é a de *aposentado* com 18,4%. As variáveis *outros*, que indica profissões não descritas no gráfico, e *não se aplica*, obtiveram as menores frequências: 7,8% e 2,9%, respectivamente.

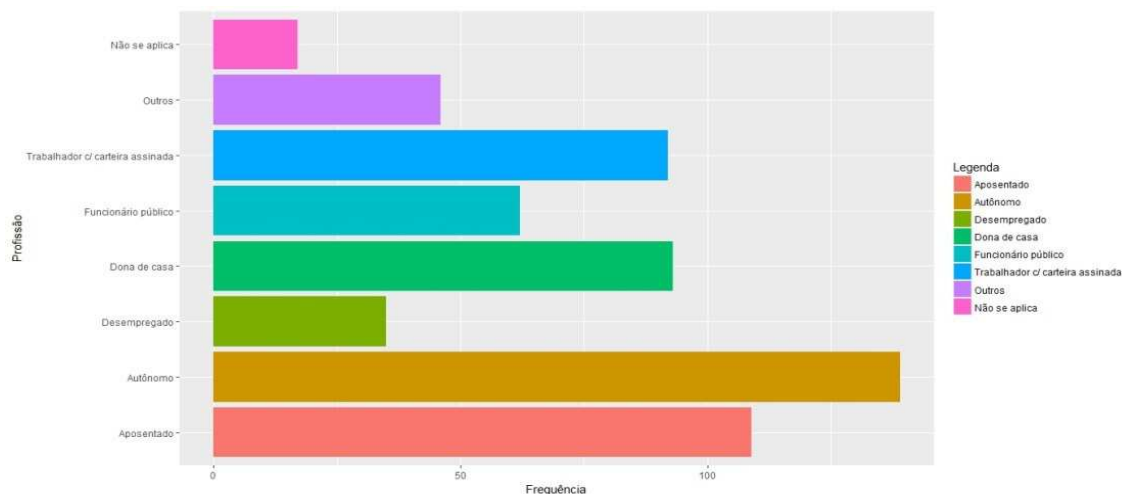


Gráfico 4 em barras para a variável atividade profissional

Observa-se no **Gráfico 5** que 245 de um total de 594 pacientes não informaram a renda (41,2% do total), ou seja: uma grande parte dos entrevistados não sabia ou não queria informar seus rendimentos individuais.

A segunda maior frequência foi à classe categorizada de *501 a 750 reais* com um total de 15,3%. A próxima classe nessa ordem é a de *menos de 500 reais*, contemplando 11,3% dos pacientes. As classes com as menores frequências foram *mais de 5001 reais e recebe benefício*, abrangendo 1,2% e 0,7% dos pacientes, respectivamente.

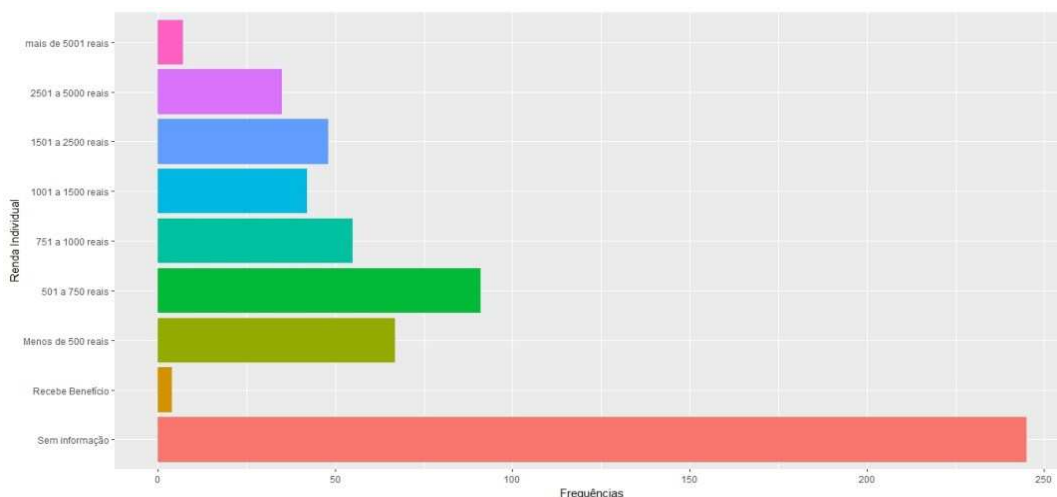


Gráfico 5 em barras para a variável renda individual

No **Gráfico 6** vê-se que 72,4% dos entrevistados não apresentavam diagnóstico de hipertensão arterial, enquanto que 27,6% dos entrevistados referiram que a apresentavam.

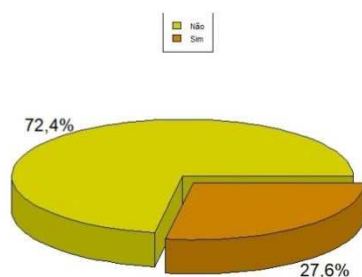


Gráfico 6 em setores para a variável hipertensão

Associação entre variáveis

Um dos principais objetivos de se construir uma distribuição conjunta de duas variáveis qualitativas, é descrever a associação entre elas, isto é, conhecer o grau de dependência entre elas.

Nesta seção utilizamos o teste de Fisher e o teste qui-quadrado de independência para testar, ao nível de 5% de significância, se as variáveis: *sexo, anos de escolaridade, etnia, renda e atividade profissional* estão associadas com a variável *hipertensão*.

As frequências absolutas e relativas percentuais para as variáveis: *sexo* e *diagnóstico de hipertensão* podem ser vistas na **Tabela 2**. Nota-se que as frequências percentuais dispostas nas linhas estão bem próximas. Por exemplo, a probabilidade de se escolher um paciente do sexo feminino, dentre os que têm hipertensão, é 68,9%, ao passo que dentre os pacientes que não têm hipertensão essa mesma probabilidade é de 65,5% e mais, a probabilidade de se escolher um paciente do sexo feminino na amostra é de 66,4%.

Esses resultados parecem indicar não haver dependência entre essas duas variáveis, para o conjunto considerado. Porém, para ter-se uma conclusão é necessário aplicar um teste de hipóteses. As hipóteses para o teste de Fisher são

- H_0 : A variável hipertensão e sexo são independentes;
- H_1 : A variável hipertensão e sexo são dependentes.

O p -valor para o teste de Fisher foi 0,5, ou seja, ao nível de 5% de significância, não se rejeita a hipótese nula. Observa-se que as variáveis: *sexo* e *hipertensão* são independentes.

Tabela 2: Distribuição conjunta de frequências das variáveis *sexo* e *hipertensão*

Sexo	Hipertensão		Total
	Sim	Não	
Feminino	68,9% (113)	65,5% (281)	66,4% (394)
Masculino	31,1% (51)	34,5% (148)	33,6% (199)
Total	100% (164)	100% (429)	100% (593)

A **Tabela 3** apresenta a distribuição conjunta de frequências para as variáveis *hipertensão* e *anos de escolaridade*. Nota-se que a faixa da variável anos de escolaridade que apresenta maior frequência é a *entre 9 e 12 anos*, com 24,2% dos pacientes. Dentre os pacientes diagnosticados com hipertensão, 23,3% têm entre 9 a 12 anos de escolaridade; já dentre os pacientes que não têm hipertensão, 24,5% possuem entre 9 a 12 anos de escolaridade.

Os valores acima referidos não são muito diferentes, assim como os demais valores quando comparados dentro de uma mesma faixa da variável *anos de escolaridade*. Essa análise traz indícios de que as variáveis: *anos de escolaridade* e *hipertensão* são independentes.

Dessa forma, realiza-se um teste de hipóteses para ter-se uma conclusão, ao nível de 5% de significância. As hipóteses para o teste qui-quadrado de independência é da seguinte forma:

- H_0 : A variável hipertensão e anos de escolaridade são independentes;
- H_1 : A variável hipertensão e anos de escolaridade são dependentes.

O valor da estatística do teste qui-quadrado de independência foi 4,59, que gerou um p -valor de 0,60 para 6 graus de liberdade, assim não é rejeitada a hipótese nula, ao nível de 5%. Observa-se que as variáveis: *hipertensão* e *anos de escolaridade* são independentes, ao nível de 5% de significância.

Tabela 3: Distribuição conjunta de frequências para as variáveis *hipertensão* e *anos de escolaridade*

Anos de Escolaridade	Hipertensão		Total
	Sim	Não	
Analfabeto	6,1% (10)	7,5% (32)	7,1% (42)
Até 3	7,4% (12)	4,2% (18)	5,1% (30)
3 a 5	14,1% (23)	14,7% (63)	14,6% (86)
6 a 8	21,5% (35)	17,3% (74)	18,4% (109)
9 a 12	23,3% (38)	24,5% (105)	24,2% (143)
13 a 15	13,5% (22)	16,4% (70)	15,6% (92)

Como nas análises anteriores, pode-se notar, na **Tabela 4**, que as porcentagens para cada classe da variável *etnia* estão próximas das porcentagens da linha total. O teste de Fisher apresentou um p -valor igual a 0,2. Logo, ao nível de 5%, a variável *etnia* é independente do *diagnóstico de hipertensão*.

Tabela 4: Distribuição conjunta de frequências entre as variáveis *etnia* e *hipertensão*

Etnia	Hipertensão		Total
	Sim	Não	
Amarela	1,2% (2)	1,2% (5)	1,2% (7)
Branco	38,4% (63)	29,2% (124)	31,8% (187)
Indígena	6% (1)	1,2% (5)	1% (6)
Pardo	49,4% (81)	59,2% (251)	56,5% (332)
Preta	10,4% (17)	9,2% (39)	9,5% (56)
Total	100% (164)	100% (424)	100% (588)

A representação gráfica da coluna de totais da **Tabela 5** encontra-se abaixo. O teste qui-quadrado forneceu uma estatística igual a 35,89 que calcula

um p -valor menor que 0,0008% para 7 graus de liberdade, assim rejeita-se a hipótese nula ao nível de 5%. Conclui-se então que as variáveis *hipertensão* e *atividade profissional* são dependentes ao nível de 5%.

Tabela 5: Distribuição conjunta de frequências para as variáveis *atividade profissional* e *hipertensão*

Atividade Profissional	Hipertensão		Total
	Sim	Não	
Aposentado	31,9% (52)	13,3% (57)	18,4% (109)
Autônomo	19% (31)	25,1% (108)	23,4% (139)
Desempregado	6,1% (10)	5,8% (25)	5,9% (35)
Dona de Casa	18,4% (30)	14,7% (63)	15,7% (93)
Funcionário público	8,6% (14)	11,2% (48)	10,5% (62)
Trabalhador c/carteira assinada	8% (13)	8,4% (79)	15,5% (92)
Outros	6,1% (10)	8,4% (36)	7,8% (46)
Não se aplica	1,8% (3)	3,3% (14)	2,9% (17)
Total	100% (163)	100% (430)	100% (593)

Para analisar a variável *renda individual* e a variável *diagnóstico de hipertensão* foi aplicado o teste qui-quadrado de dependência e o valor da estatística calculada resultou em 4,14, que fornece um p -valor de 0,84 para 8 graus de liberdade. Dessa forma, observa-se que essas variáveis são independentes ao nível de 5%.

Finalmente, para as variáveis *idade* e *número de cigarros por dia* foram aplicados o teste qui-quadrado de dependência, a fim de testar se essas variáveis são dependentes da variável *diagnóstico de hipertensão*.

O teste para a variável *idade* rejeitou a hipótese de independência, ao nível de 5%, ou seja, a variável *idade* tem relação com a variável *hipertensão*.

O teste para a variável *número de cigarros diário* não rejeitou a hipótese de independência ao nível de 5% portanto o número de cigarros fumados diariamente não tem relação com a variável *hipertensão*.

Modelagem logística

Para explicar essas relações da variável hipertensão com as variáveis *idade* e *atividade profissional*, ajustou-se um modelo logístico para avaliar tal

associação. Nesse modelo inicial, a variável *atividade profissional* não foi significativa, dessa forma essa variável foi excluída do modelo restando apenas a variável *idade* para explicar a ocorrência da hipertensão.

O modelo adequado para explicar a ocorrência de hipertensão foi

$$\text{logit}(p) = -3,81 + 0,06X,$$

em que X representa a variável idade e p a probabilidade de ocorrência de hipertensão. Para interpretar melhor o modelo construiu-se a **Tabela 6**, na qual encontram-se as razões de chances e seus respectivos intervalos de confiança, com 95% de confiança.

Verifica-se que para cada ano a mais na idade do paciente, a chance do indivíduo ter hipertensão aumenta em 5,7%. Como não temos pacientes com zero ano de idade, não é conveniente interpretar a razão de chances do intercepto.

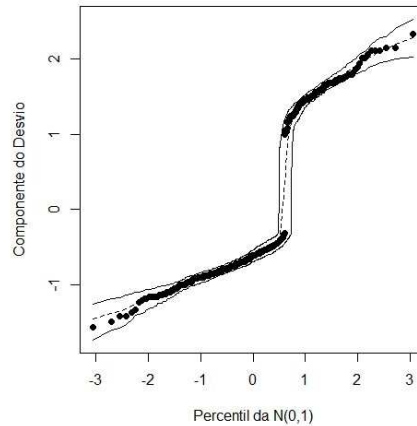
Tabela 6: Razões de chances e intervalos de confiança para o modelo final

	Razão de chances	Intervalo de confiança (95%)	p-valor
Intercepto	0,022	(0,008; 0,060)	$4,35 \times 10^{-13}$
Idade	1,057	(1,037; 1,078)	$1,36 \times 10^{-08}$

Uma forma visual de adequação do modelo ajustado aos dados é o gráfico de envelope (**PAULA, G. A. Modelos de regressão: com apoio computacional. São Paulo: IME-USP São Paulo, 2012**). Este gráfico é construído a partir de intervalos de confiança simulados.

Se não houver muitos pontos fora dos limites, o gráfico indica que o modelo está bem ajustado, sem pontos discrepantes (mal ajustados). O **Gráfico 7** apresenta que o modelo se ajustou bem a todas as observações dos pacientes, pois nota-se que não existem pontos discrepantes em relação ao envelope.

Gráfico 7 de envelope para o modelo ajustado



Análise longitudinal

Como dito anteriormente, em estudos longitudinais em painel há uma perda significativa de observações. A **Tabela 7** apresenta o número de observações em cada retorno de acordo com as variáveis: nível pressórico e número de cigarros consumido. Observa-se que de 594 observações iniciais, restaram apenas 53 válidas do total de pacientes.

Tabela 7: Número de observações válidas em cada retorno, de acordo com as variáveis de interesse

	Retorno 1	Retorno 2	Retorno 3	Retorno 4	Retorno 5	Retorno 6
Nível pressórico	393	284	211	153	96	53
Nº de cigarros	424	312	223	165	104	60

O objetivo é de verificar a variação dos níveis pressóricos dos que compõem a amostra ao longo do tratamento. Inicialmente, construiu-se o gráfico 8, no qual ilustra o comportamento dos níveis pressóricos nos seis retornos. Vale salientar que esse gráfico foi construído em relação à quantidade de observações válidas em cada retorno.

Vê-se claramente uma redução na porcentagem de pacientes que apresentavam pressão arterial no nível hipertensão 3, ao ponto de que no retorno 6, não há paciente com esse nível pressórico. Ainda é possível observar um

aumento na porcentagem de pacientes que se encontram na classe normal da variável nível pressórico. Assim, têm-se indícios de que os níveis pressóricos dos pacientes observados nos seis retornos estão diferentes. Para uma conclusão mais precisa, aplicou-se o teste não paramétrico de Friedman.

O teste de Friedman é uma espécie de análise de variância a dois critérios de variação, para dados amostrais vinculados, o qual tem o objetivo de testar se as diversas amostras provêm de uma mesma população, isto é, se elas são estatisticamente iguais. A estatística do teste de Friedman resultou em 16,76, que gerou um p -valor de 0,5% com 5 graus de liberdade.

Portanto, rejeita-se a hipótese de que os níveis pressóricos são iguais ao longo dos seis retornos. Visto que, os níveis pressóricos não são iguais ao longo dos seis retornos, aplicou-se o teste *post-hoc* de Nemenyi para dados blocados sem réplicas, este teste calcula comparações entre pares, a partir desse teste chega-se a conclusão de que todas as comparações dois a dois entre os retornos da variável nível pressórico são diferentes, ao nível de significância de 5%.

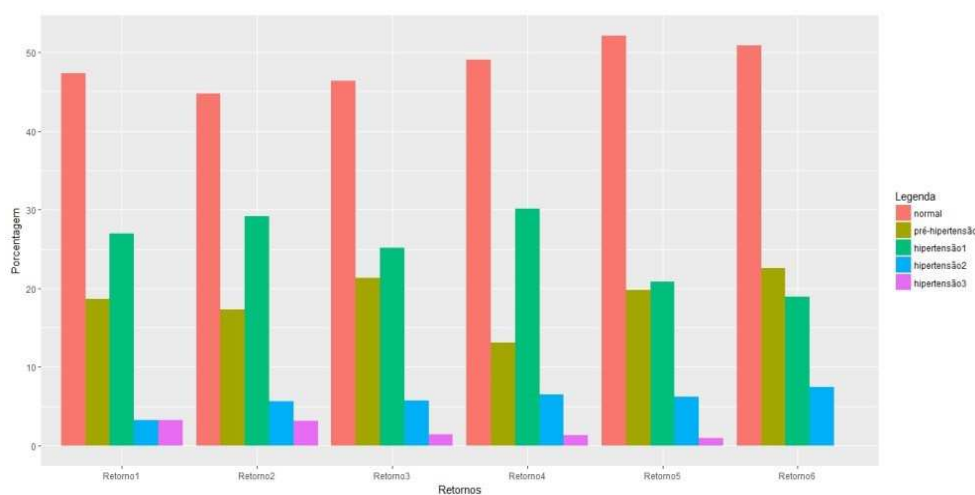


Gráfico 8: Níveis pressóricos ao longo dos seis retornos

O **Gráfico 9** foi construído para verificar a variação do número de cigarros consumidos por dia dos que compõem a amostra ao longo do tratamento. Novamente, foi usada a quantidade de observações válidas em cada retorno. Nota-se que em relação ao total de pacientes em cada retorno, a porcentagem de

pacientes que cessaram o tabagismo aumenta, enquanto que não há pacientes que têm um *consumo médio, alto* ou *muito alto* a partir do quinto retorno.

A estatística do teste de Friedman resultou em 23,45, que gerou um p -valor de 0,03% com 5 graus de liberdade. Portanto, rejeita-se a hipótese de que o número de cigarros é igual ao longo dos seis retornos. O teste *post-hoc* de Nemenyi para dados blocados sem réplicas também rejeitou, ao nível de 5%, todas as hipóteses nulas para todas as comparações dois a dois, ou seja, a variável número de cigarros é estatisticamente diferente em cada retorno, ao nível de 5%.

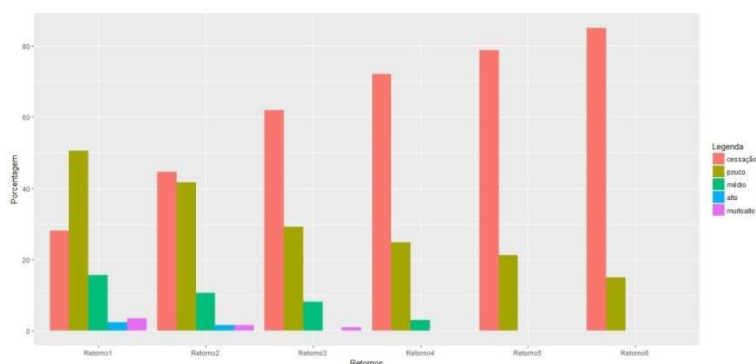


Gráfico 1: Consumo de cigarros por dia ao longo dos seis retornos

Análise longitudinal entre hipertensos

Agora, o principal objetivo é estudar a relação entre as variáveis: *nível pressórico* e *consumo diário de cigarros* entre os hipertensos, isto é: identificar se os níveis pressóricos entre hipertensos tabagistas podem ser mais bem controlados quando há a cessação ou diminuição do consumo de tabaco do que daqueles que não conseguiram abster-se do fumo.

Primeiramente, construíram-se seis tabelas de frequências absolutas, de dupla entrada, para as variáveis: *nível pressórico* e *consumo diário de cigarros* entre os hipertensos, uma para cada retorno. As Tabelas 8, 9, 10, 11, 12 e 13 apresentam o número de pacientes que se encontram em cada classificação para cada retorno, por exemplo: na **Tabela 8** observa-se que oito

pacientes já haviam cessado o consumo do cigarro e estavam com o nível pressórico normal e que não havia paciente consumindo cigarros e com nível pressórico hipertensão 3.

Verifica-se que à medida que o tratamento evolui, os pacientes hipertensos vão se concentrando nas classes mais baixas das variáveis, ao ponto que a partir do quarto retorno (**Tabela 11**) não há paciente hipertenso no nível de hipertensão 3 e com um consumo diário de cigarros *alto* ou *muito alto*. No quinto retorno, **Tabela 12**, apenas um paciente hipertenso tem o consumo baixo de cigarros, enquanto que os demais, 19 pacientes hipertensos, cessaram o consumo. No último retorno, **Tabela 13**, vê-se que todos os pacientes hipertensos, que foram até o final do tratamento, cessaram o consumo do cigarro e metade deles está com o nível pressórico normal ou pré-hipertensão. Nota-se uma grande redução do número de pacientes hipertensos ao longo do tratamento, de forma que no último retorno (**Tabela 13**) restaram apenas 10 pacientes.

Aplicou-se o teste de Fisher para todas as seis tabelas, com o objetivo de testar se para cada retorno, de maneira individual, as variáveis de interesse são dependentes. Em todos os testes não houve a rejeição da hipótese de independência, ao nível de 5%, isto é, as variáveis: *consumo diário de cigarros* e *nível pressórico* são independentes em cada retorno, ao nível de 5%.

A Figura 10 apresenta seis diagramas de dispersão entre as variáveis: Consumo de cigarros e nível pressórico, um diagrama para cada retorno. Essa figura é uma representação gráfica das Tabelas 8, 9, 10, 11, 12 e 13. Nela pode-se visualizar que ao longo dos retornos, os pacientes hipertensos assumem classificações com níveis menores, tanto para a variável *consumo diário de cigarros*, quanto para a variável *nível pressórico*.

Tabela 8: Número de pacientes de acordo com as variáveis de interesse do retorno 1

Nº de Cigarros	Níveis Pressóricos				
	Normal	Pré-hipertensão	Hipertensão 1	Hipertensão 2	Hipertensão 3
Cessação	8	7	9	2	3
Pouco	3	3	2	2	0
Médio	4	1	7	3	0
Alto	1	0	3	0	0
Muito alto	1	1	1	1	0

Tabela 9: Número de pacientes de acordo com as variáveis de interesse do retorno 2

Nº de Cigarros	Níveis Pressóricos				
	Normal	Pré-hipertensão	Hipertensão 1	Hipertensão 2	Hipertensão 3
Cessação	3	8	17	5	3
Pouco	1	1	1	0	1
Médio	3	2	5	0	1
Alto	0	0	0	1	0
Muito alto	0	0	0	0	0

Tabela 10: Número de pacientes de acordo com as variáveis de interesse do retorno 3

Nº de Cigarros	Níveis Pressóricos				
	Normal	Pré-hipertensão	Hipertensão 1	Hipertensão 2	Hipertensão 3
Cessação	10	10	14	3	1
Pouco	0	0	2	0	0
Médio	1	1	0	1	0
Alto	0	0	0	0	0
Muito alto	1	0	1	0	0

Tabela 11: Número de pacientes de acordo com as variáveis de interesse do retorno 4

Nº de Cigarros	Níveis Pressóricos				
	Normal	Pré-hipertensão	Hipertensão 1	Hipertensão 2	Hipertensão 3
Cessação	8	4	14	5	0
Pouco	0	0	2	0	0
Médio	1	1	0	0	0
Alto	0	0	0	0	0
Muito alto	0	0	0	0	0

Tabela 12: Número de pacientes de acordo com as variáveis de interesse do retorno 5

Nº de Cigarros	Níveis Pressóricos				
	Normal	Pré-hipertensão	Hipertensão 1	Hipertensão 2	Hipertensão 3
Cessação	5	4	7	3	0
Pouco	0	1	0	0	0
Médio	0	0	0	0	0
Alto	0	0	0	0	0
Muito alto	0	0	0	0	0

Tabela 13: Número de pacientes de acordo com as variáveis de interesse do retorno 6

Nº de Cigarros	Níveis Pressóricos				
	Normal	Pré-hipertensão	Hipertensão 1	Hipertensão 2	Hipertensão 3
Cessação	2	3	4	1	0
Pouco	0	0	0	0	0
Médio	0	0	0	0	0
Alto	0	0	0	0	0
Muito alto	0	0	0	0	0

No geral, todas essas observa es levam a indícios de que a cessa o ou diminui o do consumo diário de cigarros pode controlar melhor os níveis pressóricos. Porém, quando ajustamos um *modelo em painel*, este fica não significativo ao nível de 5%, ou seja, informa que não há rela o entre o nível pressórico e o consumo diário de cigarros, ao longo dos retornos, ao nível de 5%. Essa conclusão pode não ser correta, visto que o banco de dados tem muitas observa es faltantes, o que o torna muito pequeno, inviabilizando o processo de inferência.

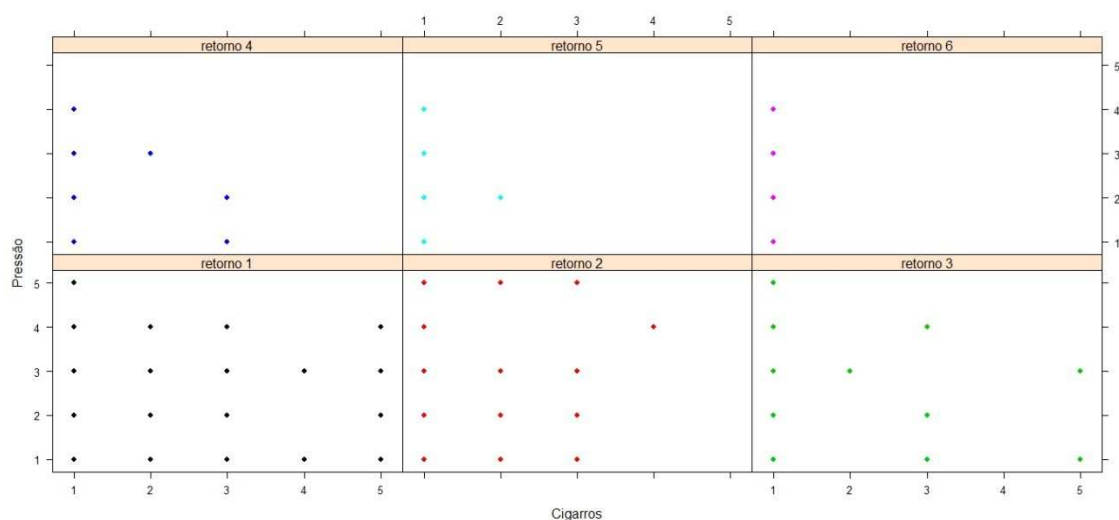


Gráfico 10 : comparação das variáveis de interesse nos seis retornos

DISCUSSÃO

A população do estudo foi composta principalmente por mulheres (66,4%), enquanto que a população masculina representou apenas 33,6%. Quando analisamos os dados presentes na literatura, observamos que há uma maior prevalência de homens tabagistas. Nos Estados Unidos, segundo estimativas para 2017, 16,7% dos homens e 13,7% das mulheres fumam (JACKSON et al., 2017). No Brasil, em 2016, o estudo intitulado Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) encontrou a prevalência de fumantes na população com 18 anos ou mais de, respectivamente, 10,8% (12,7% do sexo masculino e 8,0% do sexo feminino).

No que se refere aos pacientes que pararam de fumar há menos de 12 meses, segundo o IBGE no ano de 2013, 51,1% haviam feito tentativas para parar, sendo maior o percentual de mulheres (55,9%) do que de homens (47,9%), o que mostra que a maior parcela de pacientes que buscam cessar o tabagismo é composta pelo sexo feminino, como evidenciado no presente estudo.

Os dados na literatura, em relação a gênero, são conflitantes, observando-se maiores taxas de abstinência no gênero feminino quando comparado ao masculino em alguns estudos, como o realizado por Chatkin e colaboradores (2006). No entanto, outros estudos, como o realizado por Reichert e colaboradores (2007), revelam ser o gênero feminino mais propenso a recaídas:

as mulheres possuem maior preocupação com o ganho de peso e escores de ansiedade e depressão significativamente maiores e nelas, o metabolismo da nicotina é mais lento e os sintomas de abstinência são mais frequentes (DANTAS et al., 2016).

A média de idade da população do estudo foi de 49,07 anos, variando entre 15 e 84 anos. Segundo revisão sistemática realizada por Dantas e colaboradores (2016), a variação de idade dos pacientes participantes de tratamentos para cessação do tabagismo foi de 45,5 a 51,6 anos, faixa etária que se assemelha a da população do presente estudo.

O número médio de cigarros fumados por dia pela população deste estudo foi de aproximadamente 21 cigarros, constituindo uma média elevada quando comparada à média nacional: no conjunto das 27 capitais brasileiras, de acordo com o VIGITEL (2016), a frequência de adultos que declararam fumar 20 ou mais cigarros por dia foi de 2,8%, sendo maior no sexo masculino (4,0%) do que no sexo feminino (1,8%). O consumo superior a 20 cigarros representa um risco aproximado de 1,76 vezes maior para desenvolvimento de doença coronariana em relação aos não fumantes (JACKSON et al., 2017). A incidência de hipertensão é maior entre aqueles que fumam mais de 15 cigarros por dia (KAPLAN et al., 2015).

Dos pacientes que quiseram ou souberam informar sua renda (58,8%), a maior parte (26,6%) possuía uma renda inferior a 750 reais, números semelhantes os dados da Organização Mundial da Saúde, que afirma que a prevalência de fumantes é inversamente proporcional à renda (WHO,2016). De acordo com estudo multicêntrico brasileiro realizado por Barros e colaboradores (2011), o consumo diário de cigarros é tanto menor quanto maior a renda domiciliar, havendo um percentual de 18,6% de tabagismo entre os 20% mais pobres e 11,5% entre os 20% mais ricos. A mesma tendência é observada em todas as regiões do país.

No que diz respeito à associação das variáveis: *idade, sexo, etnia, grau de escolaridade, atividade ocupacional e renda* com a *hipertensão arterial*, este

estudo encontrou associação entre *idade e hipertensão e atividade profissional e hipertensão*.

Segundo a 7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), existe associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, o que está de acordo com os resultados desse estudo. Ainda de acordo com essa diretriz, existe relação entre *sexo e hipertensão*, sendo maior entre as mulheres (24,2%), e *etnia e hipertensão*, sendo maior a prevalência de hipertensos entre pessoas de raça negra/cor preta (24,2%), o que diverge dos resultados deste estudo.

O estudo multicêntrico brasileiro ELSA-Brasil (2015) mostrou prevalências de 49,3% entre negros, 38,2% entre pardos e 30,3% entre brancos. Tais diferenças entre os resultados deste estudo e os encontrados na literatura, podem ser sugeridas pelo menor número de pacientes da amostra, ou pela dificuldade em classificar a cor da pele, devido à intensa miscigenação da população brasileira, em particular, na região Nordeste, região em que se inclui este estudo (SANTOS *et al.*, 2015).

O objetivo da análise longitudinal foi verificar a variação dos níveis pressóricos dos que compuseram a amostra ao longo do tratamento. Em relação ao total de pacientes hipertensos em cada retorno, observou-se que o consumo de cigarros diminuía progressivamente e o percentual de pacientes que cessaram o tabagismo aumentava, não mais sendo observados pacientes que tinham um consumo médio, alto ou muito alto de cigarros a partir do quinto retorno.

Estabelecendo-se uma comparação entre as variáveis: *nível pressórico e consumo diário de cigarros* entre os hipertensos, a cessação ou diminuição do consumo diário de cigarros pôde controlar melhor os níveis pressóricos: à medida que o consumo do cigarro diminuía ao longo dos retornos, havia melhora dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos.

No entanto, quando se comparam os mesmos dados em um Modelo em Painel, este resultado não apresenta significância ao nível de 5%, ou seja: não existe associação entre o número de cigarros consumidos ao longo dos retornos e os níveis pressóricos. Dos 594 pacientes que iniciaram o tratamento, apenas 53 apresentavam os dados completos para a pesquisa, fato que pode haver

influenciado nos resultados deste estudo, por haver diminuído o número de constituintes da amostra.

De acordo com Santos e colaboradores (2013), as taxas de controle da pressão arterial variavam de 35% a 37,5% no Brasil. Pinho e colaboradores (2013) relatam que entre os hipertensos assistidos pela Atenção Básica da Saúde no Brasil, esses índices variaram de 20,0 a 30,7%, e de 30,0 a 53,9%, sendo, portanto, o controle da hipertensão arterial pouco satisfatório no Brasil (PINHO *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico dos componentes da amostra deste trabalho demonstrou uma prevalência do sexo feminino, média de idade de 49,07 anos, etnia parda, com profissão de autônomos ou aposentados, sendo que um maior percentual, representado por 24,2% da população, referiu haver cursado entre 9 e 12 anos de escolaridade. A maioria dos inquiridos não revelou a sua renda individual, mas entre os que a revelaram, uma maior proporção tinha renda entre R\$ 501,00 a 750,00. A média de cigarros fumados era de 21 cigarros ao dia, e entre todos, a maioria não tinha diagnóstico de HAS (72,4%), havendo um percentual de 27,6% de hipertensos diagnosticados.

Com relação aos fatores associados à HAS, através de testes binários, as variáveis *idade* e *atividade profissional* apresentaram associação. Quando aplicada a análise de regressão logística, apenas a *idade* apresentou associação com a HAS, sendo o aumento da idade relacionado ao aumento dos níveis pressóricos.

Observou-se neste estudo, através de comparação binária dos níveis pressóricos e número de cigarros fumados ao longo do tratamento, de forma agrupada ou individualizada a cada retorno, que a diminuição do consumo do tabaco ou a cessação do tabagismo diminuíam os níveis pressóricos dos pacientes hipertensos analisados. Tais resultados, quando comparados em um modelo em painel, não foram confirmados. Esse fato pode ter ocorrido devido ao reduzido número amostral dos que completaram o tratamento, chegando ao final do sexto retorno, bem como às informações faltantes no banco de dados, o que impossibilitou o processo de inferência.

Dessa forma, novas pesquisas são necessárias para consolidação dos dados e melhor associação dos resultados, tendo em vista a escassez de informações sobre o assunto em pauta, no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. News from the center of disease control and prevention. **JAMA** June 4, 2014 Volume 311, Number 21, p2163.
2. BAKER B.T. et al. Enhancing the effectiveness of smoking treatment research: conceptual bases and progress. **Addiction Research Report**. 8 September 2015, 111, 107–116.
3. JACKSON E. et al. Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. **UpToDate**, 2017.
4. BARROS A.J.D. et al. Tobacco smoking in Brazil: regional inequalities and prevalence according to occupational characteristics. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16(9):3707-3716, 2011
5. CHOR. D. et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of ELSA-Brasil study. **PLOS One** 2015:10(6):e0127382
6. JACKSON E. et al. Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. **UpToDate**, 2017.
7. KAPLAN N.M. et al. Smoking and hypertension. **UpToDate**, 2015.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno da atenção básica**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: O cuidado da pessoa tabagista. 2015.
9. PINHO N.A., PIENN A.M.G. Hypertension control in Brazilian publicantions. **Arq Bras Cardiol**; 101(3):65-73, 2013.
10. RODRIGUEZ M.P. et al. Heterogeneous associations between smoking and a wide range of initial presentations of cardiovascular disease in 1937360 people in England: lifetime risks and implications for risk prediction. **International Journal of Epidemiology**, 2015, 129–141.
11. SANTOS M.V. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertenivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med**; 11(1):55-61, 2013

12. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. **VII Diretrizes brasileiras de hipertensão**. Rev Bras Hipertens. 2016.
13. SOUSA M.G. Tabagismo: a relação com a Hipertensão e o seu tratamento. **Revista Factores de Risco**, 2014.
14. VIDRINI J.I. et al. A new approach to smoking treatment delivery in health care settings. **JAMA Intern Med**. 2013;173(6):458-464.
15. Vigitel Brasil 2014. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/imagens/pdf/2015/abril/PPT-Vigitel-2014-pdf>. Acesso em 05/12/2017.
16. Vigitel Brasil 2016 Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/imagens/pdf/2017/junho/PPT-Vigitel_2016_jun17.pdf. Acesso em 05/12/2017.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco use. **World Health Statistics: 2016**. 76-77, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: FICHA DO PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMENTO DO TABAGISMO

1. INFORMAÇÕES GERAIS	
1.1. Identificação do entrevistador Nome: _____	
1.2. Data da Entrevista (dia/mês/ano) _____ / _____ / _____	
2. CONSENTIMENTO E IDENTIFICAÇÃO	
2.1. Nome (Letra de forma): _____	
2.2. Endereço atual: _____ Cidade: _____	
2.3. O consentimento foi assinado? (1) Sim (2) Não <input type="checkbox"/>	
2.4. Local (A) e número de Telefone principal de contato (B)? (1) Casa (2) Trabalho (3) Vizinho (4) Celular _____ B. (____) _____ - (5) Não tem	
2.5. CEP: _____ -	
2.6. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino <input type="checkbox"/>	
2.7. Religião: (0) Não Possui (1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Outra _____ <input type="checkbox"/>	
2.7.1. Praticante da religião? (1) Sim (2) Não <input type="checkbox"/>	
2.8. Data de nascimento (dia/mês/ano) _____ / _____ / _____	
2.9. Cidade onde nasceu: (Letra de forma): _____	
2.10. Cor (auto-referida): (1) Branca (2) Preta (3) Pardo-mulato (4) Amarela-Oriental (5) Indígena <input type="checkbox"/>	
2.11. Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado (5) Divorciado <input type="checkbox"/>	
2.12. Qual a sua Escolaridade? (1) Analfabeto (2) Até 3 anos (3) 3 a 5 anos (4) 6 a 8 anos (5) 9 a 12 anos (6) 13 a 15 anos (7) Mais de 16 anos de estudos regulares <input type="checkbox"/>	
2.13. Atividade Profissional Principal nos últimos 12 meses? (0) Não se aplica (1) Funcionário público (2) Trabalhador c/ carteira assinada (3) Autônomo (4) Dona de casa (5) Aposentado (6) Desempregado (7) Voluntário (8) Outros: _____ <input type="checkbox"/>	
2.14. Descrição da função dentro da Categoriaria profissional (Letra de forma): _____	
2.15. Qual a renda mensal da familiar, Em salários mínimos? (1) Menos de 500 reais (2) 501 a 750 (3) 751 a 1000 (4) 1001 a 1500 (5) 1501 a 2500 (6) 2501 a 5000 reais Renda Individual? _____ (7) mais de 5001 (8) Recebe Benefício (9) Não sabe informar <input type="checkbox"/>	
2.16. Quantas pessoas vivem com a renda? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais <input type="checkbox"/>	
3. TABAGISMO	
3.1. Após a palestra: (1) Parou de fumar (2) Diminuiu (3) Aumentou (4) Não houve alteração <input type="checkbox"/>	

3.2. Idade do início do tabagismo: (0) Não Sabe	<input type="checkbox"/>
3.3. Qual cigarro fuma? _____ Quanto custa uma carteira (20 cigarros)?	
3.4. Quantos cigarros fuma por dia?	
3.5. Custo diário com cigarro (em reais):	
3.6. Em algum momento, algum profissional de saúde lhe aconselhou a parar de fumar? (1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
3.7. Gatilho para iniciar o fumo? (1) Cigarro (2) Café (3) Bebida Alcoólica (4) Estresse (5) Outros _____	<input type="checkbox"/>
3.8. Mora com algum fumante? (1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
3.9. Que fator influenciou mais na adesão? (0) Curiosidade (1) Exemplo do Pai (2) Exemplo da Mãe (3) Influencia de outros familiares (4) Influencia de amigos/colegas (5) Propaganda (6) Outros _____	<input type="checkbox"/>
3.10. Tempo de duração do Tabagismo (em anos):	
3.11. Tipo de cigarro Utilizado? (1) Cigarros artesanais (2) Cachimbo (3) Cigarros Industrializados (4) Charuto (5) Fumo de Mascar (6) Outros _____	<input type="checkbox"/>
4. HISTÓRIA PESSOAL	
4.1. Algum Médico lhe informou que você tem pressão alta (Hipertensão arterial)? (1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
4.2. Ano de diagnóstico da hipertensão?	
4.3. Consumo de bebidas alcoólicas? (0) Nunca bebeu (1) Consumiu ano passado, mas não consome atualmente (2) Até 5 doses por mês (3) De 5 a 10 por mês (4) 10 a 15 por mês (5) Mais de 15 doses por mês (6) Diariamente	<input type="checkbox"/>
4.4. Uso de drogas em que você se enquadra? (1) É usuário (2) Ex-usuário (3) Nunca usou drogas	<input type="checkbox"/>
4.5. Droga Utilizada: (0) Não se aplica (1) Maconha (2) Cocaína (3) Crack (4) Ecstasy (5) Outras _____	<input type="checkbox"/>
4.6. Pratica exercícios físicos? (1) Apenas do fim de semana (2) 2 a 3 vezes por semana (3) 3 a 5 vezes por semana (4) +5 vezes na semana (5) Não	<input type="checkbox"/>
4.7. Foi diagnosticado com Diabetes? (1) Não (2) Sim, tipo I (3) Sim, tipo II	<input type="checkbox"/>
4.8. Ano de diagnóstico da Diabetes?	
4.9. Quanto ingere de café? (0) Se não bebe (Xícaras por dia)	
4.10. Usa anticoncepcional hormonal? (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (Homem)	<input type="checkbox"/>
4.11. Número de gestações:	
4.11.1. Número de abortos:	
4.11.2. Número de abortos espontâneos:	
4.11.3. Termo da gestação: Pré-termo: _____ Atermo: _____ Pós-termo: _____	
4.12. N° de RN de baixo peso (<2,500):	
4.12.1. Média do tempo de aleitamento materno, por filho (em meses):	
4.13. Causa da interrupção da amamentação:	

<hr/>				
4.14. Problemas na amamentação:	(1) Pouco leite (2) Ingurgitamento mamário (peitos cheios e duros) (3) Mastite (inflamação da mama) (4) Ductos bloqueados (leite empedrado) (5) Outros:			<input type="checkbox"/>
4.15. Fumou durante a gestação?	(1) Sim (2) Não -> Se não, em que época da gestação parou: _____ e quando voltou: _____			<input type="checkbox"/>
4.16. Já entrou na menopausa?	(1) Sim (2) Não			<input type="checkbox"/>
4.16.1.	Menopausa	com	quantos	anos?
4.16.2. Menopausa cirúrgica:	(1) Sim (2) Não			<input type="checkbox"/>
4.17. Com que frequência você faz exames dos dentes e da gengiva?	(0) Nunca fiz (1) 1 vez/ano (2) 2 vezes/ano (3) 1 vez/5 anos (4) Não sabe			<input type="checkbox"/>
4.18. É portador de artrite?	(1) Sim (2) Não			<input type="checkbox"/>
4.19. Já foi diagnosticado com Gastrite?	(1) Sim (2) Não			<input type="checkbox"/>
4.20. Possui alguma doença de Tireóide?	(1) Sim (2) Não			<input type="checkbox"/>
5. HISTÓRIA FAMILIAR				
5.1. Diabetes	Qual o grau de parentesco com o indivíduo? Quando for mais de que 1 parente de 1º grau marcar com um círculo em volta dos números e por o número 6 na casela.	(1) Pai (2) Mãe (3) Irmão/Irmã (4) Filho (5) Avós, Tios ou Primos (6) Mais de um parente de 1º grau (7) Parente de 1º ou 2º grau (8) Não há.		<input type="checkbox"/>
5.2. Obesidade	Idem.			<input type="checkbox"/>
5.3. Hipertensão arterial (pressão alta)	Idem.			<input type="checkbox"/>
5.4. Cardiopatia	Idem.			<input type="checkbox"/>
5.5. Asma	Idem.			<input type="checkbox"/>
6. AVALIAÇÃO DA DIETA				
6.1. Você já faz algum tipo de dieta?	(1) Sim (2) Não			<input type="checkbox"/>
Se não faz, pular para o item 6.4.				
6.2. Orientada por nutricionista?	(1) Sim (2) Não			<input type="checkbox"/>
6.3. Quanto você acha que segue sua dieta?	(1) 100% (2) 80% (3) 50% (4) Menos de 50%			<input type="checkbox"/>
6.4. Consome produtos dietéticos?	(1) Sim (2) Não			<input type="checkbox"/>
7. USO DE MEDICAÇÕES:				
7.1. Medicamento	Nome: _____	Dose: _____		
7.2. Medicamento	Nome: _____	Dose: _____		
7.3. Medicamento	Nome: _____	Dose: _____		
8. ANAMNESE				
8.1. Antecedentes Fisiológicos				

8.2. Antecedentes Pessoais Patológicos		
8.3. Antecedentes Familiais:		
8.4. Condições de vida e moradia:		
9. EXAME FÍSICO		
Peso:	Cintura:	Quadril:
Altura:	IMC:	
PA:	Sentado:	Em pé:
FC:	Sentado:	Em pé:
Cabeça e pescoço;		
Inspeção pele, ossos e músculos.		
Aparelho Cardiovascular		
Aparelho Respiratório		
Aparelho Digestório		
Aparelho Genito-Urinário.		

RETORNO	Abstinência do fumo em relação ao retorno anterior? (1-SIM, 2-NÃO)	Grau de dificuldade em parar (0 a 10)	Alteração do consumo	Acompanhamento de todas equipes? (físio, odonto, farm, med. educ. Físic, nutric, psicol.)	Sintomas**	Efeitos Colaterais*	Peso Kg	PA	Entrega do medicamento
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
6)									
7)									

***EFEITOS COLATERAIS:**

- | | | |
|----------------|------------------|---------------|
| 1- TREMORES | 5- CEFALEIA | 9- TONTURA |
| 2- BOCA SECA | 6- INSÔNIA | 10- DISPNEIA |
| 3- ARTRALGIA | 7- BOCA AMARGA | 11- POLIFAGIA |
| 4- HIPERTENSÃO | 8- EPIGASTRALGIA | 12- ANOREXIA |
| | | 13- TOSSE |

****SINTOMAS:**

- | | | |
|----------------|--------------------|----------------------|
| 5- CANSAÇO | 5- HIPERTENSÃO | 9- PELE SECA |
| 6- CONSTIPAÇÃO | 6- DEPRESSÃO | 10- PERDA DE MEMÓRIA |
| 7- CEFALÉIA | 7- PALPITAÇÃO | 11- NERVOSISMO |
| 8- FRAQUEZA | 8- QUEDA DE CABELO | 12 -OUTRO: __ |

APÊNDICE 2: SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo faz parte das ações de extensão da Universidade Federal de Campina Grande, onde funciona de forma contínua e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa daquela instituição (20082912-050). Todos os participantes os quais ingressam ao Programa, com o objetivo de cessação do tabagismo, são, antes de qualquer tratamento, convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente ao PMTT.

Os dados de prontuários do Programa utilizados serão digitalizados e expostos apenas como subsídio para análise estatística, não implicando em exposição dos participantes de nenhuma maneira.

Portanto, o pesquisador solicita, através deste documento, a dispensa do TCLE neste estudo intitulado: INFLUÊNCIA DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO OU DIMINUIÇÃO DO CONSUMO NOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DE PACIENTES HIPERTENSOS NO PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM CAMPINA GRANDE-PB.

Campina Grande, ____ de _____ de ____

Deborah Rose Galvão Dantas
(Professora pesquisadora)

APÊNDICE 3: TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Por esse termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, autor e orientandos da pesquisa intitulada INFLUÊNCIA DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO OU DIMINUIÇÃO DO CONSUMO NOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DE PACIENTES HIPERTENSOS NO PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM CAMPINA GRANDE-PB assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais, ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos critérios aos autores.

Campina Grande, ____ de _____ de 20 ____.

Deborah Rose Galvão Dantas

Orientando 1

Orientando 2

APÊNDICE 4: TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente autor e orientandos da pesquisa intitulada INFLUÊNCIA DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO OU DIMINUIÇÃO DO CONSUMO NOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DE PACIENTES HIPERTENSOS NO PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM CAMPINA GRANDE-PB assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e o sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisa/Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ao CEP/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, ____ de _____ de 20__.

Deborah Rose Galvão Dantas

Orientando 1

Orientando 2

APÊNDICE 5: AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Diante da relevância do estudo intitulado INFLUÊNCIA DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO OU DIMINUIÇÃO DO CONSUMO NOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DE PACIENTES HIPERTENSOS NO PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM CAMPINA GRANDE-PB, autorizo os seus pesquisadores, orientados pela docente e coordenadora do Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo, a utilizarem as fichas catalogadas dos pacientes participantes do referido programa para posterior análise e publicação dos dados.

Paulo de Freitas Monteiro

ANEXOS

ANEXO 1: TERMO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – CTCC

TERMO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Venho, por meio deste, perante a Coordenação do TCC CCBS/UFCG, assumir a orientação dos alunos:

_____ Matrícula: _____

_____ Matrícula: _____

A fim de que apresentem o seu trabalho de conclusão de curso à coordenação de TCC, comprometendo-me a cumprir todas as disposições contidas na Resolução do Colegiado do curso de Medicina, no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/UFCG.

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Professor
SIAPE nº