

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA**

MONOGRAFIA

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
ENTRE OS PARTICIPANTES DE UM PROJETO DE
TRATAMENTO DO TABAGISMO**

ANDRÉ PINTO CAVALCANTI

MARCELA GONÇALVES MORAIS

PAULA VIRGINIA TAVARES DO NASCIMENTO

TIAGO DE MOURA BRITO

Campina Grande, 15 de setembro de 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA

MONOGRAFIA

PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
ENTRE OS PARTICIPANTES DE UM PROJETO DE
TRATAMENTO DO TABAGISMO

Nome do aluno:

ANDRÉ PINTO CAVALCANTI

MARCELA GONÇALVES MORAIS

PAULA VIRGINIA TAVARES DO

NASCIMENTO

TIAGO DE MOURA BRITO

Monografia a ser apresentada para a banca examinadora como parte dos requisitos necessários para conclusão do curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande sob orientação da professora Deborah Rose Galvão Dantas

Campina Grande, 15 de setembro de 2013

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA
SETORIAL HUAC**

P944

Prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre os participantes de um projeto de tratamento do tabagismo / Paula Virgínia Tavares do Nascimento... [et al.] - Campina Grande, 2013.

39f.: il.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2013.

Orientação: Prof.^a Dra. Deborah Rose Galvão Dantas.

Contém tabelas.

1. Hipertensão arterial. 2. Tabagismo - tratamento - projeto.

I. Nascimento, Paula Virgínia Tavares do. II. Cavalcanti, André Pinto. III. Moraes, Marcela Gonçalves. IV. Brito, Tiago de Moura.

CDU 616.12-008.331.1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA

DEBORAH ROSE GALVÃO DANTAS, MSC, PHD

Monografia a ser apresentada para a banca examinadora como parte dos requisitos necessários para conclusão do curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande sob orientação da professora Deborah Rose Galvão Dantas

Campina Grande, 15 de setembro 2013

ÍNDICE

1.	Lista de Abreviaturas.....	6
2.	Lista de Tabelas.....	7
3.	Lista de Anexos.....	8
4.	Resumo.....	9
5.	Abstract.....	10
6.	Introdução.....	11
7.	Revisão da literatura.....	14
a.	Hipertensão Arterial Sistêmica – Conceituação.....	14
b.	Hipertensão Arterial Sistêmica – Epidemiologia.....	15
c.	Tabagismo.....	16
8.	Material e Método.....	19
9.	Resultados.....	21
10.	Discussão.....	24
11.	Conclusões.....	26
12.	Referências.....	27
13.	Anexos.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS

1. Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS
2. Infarto Agudo do Miocárdio – IAM
3. Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial – MAPA
4. Acidente Vascular Encefálico – AVE
5. Pressão Arterial – PA
6. Doença Cardiovascular – DCV
7. Doença Isquêmica Coronariana – DIC
8. Projeto de Tratamento do Tabagismo: Enfoque Multidisciplinar – PTEM
9. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
10. Comissão de Ética em Pesquisa – CEP
11. Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual de pacientes que foram informados pelo médico a respeito de apresentarem HAS.

Tabela 2 – Associação da Hipertensão em função de dados sociodemográficos.

Tabela 3 – Descrição das médias de tempo de tabagismo, idade de início do tabagismo e quantidade de cigarros fumados ao dia, com relação à presença ou não de hipertensão.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário utilizado no Projeto Tabagismo: Enfoque Multidisciplinar

Anexo 2 – Número de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade e a principal causa evitável de morte, sendo responsável por cerca de 6 milhões de óbitos anuais no mundo e considerada uma pandemia pela Organização Mundial de Saúde. Da mesma forma, as doenças cardíacas são a causa mais prevalente de morte e incapacidade física em todo o mundo, tendo relação direta com a elevação da pressão arterial. O tabagismo é estabelecido como fator de risco maior para doença cardiovascular em pacientes hipertensos e sua cessação é de fundamental importância no tratamento da hipertensão. **Objetivos:** Mensurar a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes atendidos no projeto Tratamento do Tabagismo: Enfoque Multidisciplinar no período de 2009 a 2012. **Metodologia:** Estudo de corte transversal através da triagem dos questionários de todos os pacientes atendidos no período supracitado de ambos os sexos, que se apresentaram hipertensos no momento da admissão no projeto. **Resultados:** Os dados mostram que 27,5% dos participantes apresentaram hipertensão arterial. Os resultados dos testes *t* apresentaram resultado significativo no que diz respeito à hipertensão e tempo de duração do tabagismo, sendo maior a média do tempo do tabagismo entre os hipertensos ($m = 36,20$; $dp = 12,79$; $p = 0,01$). Para a escolaridade não foi encontrado resultado significativo, porém é possível observar que os pós-graduados apresentaram maior porcentagem de hipertensão (44%). A prática de exercício foi a única variável que apresentou um resultado significativo ($p = 0,05$), sendo maior a prevalência da hipertensão nos que menos praticam exercícios físicos. **Conclusão:** Observou-se maior prevalência de hipertensos entre os tabagistas, com relação à prevalência na população geral e uma possível relação entre os anos de tabagismo e maiores níveis pressóricos. Entretanto é necessário que outros estudos abordem esse tema, para que se obtenham resultados mais consistentes.

Palavras Chave: Hipertensão, tabagismo, doença cardiovascular.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a major problem of public health and the leading cause of preventable death, accounting for about 6 million deaths a year worldwide and is considered pandemic by the World Health Organization. Likewise, heart diseases are the most prevalent cause of death and disability worldwide, and are directly related to high blood pressure. Smoking is established as a major risk factor for cardiovascular disease in hypertensive patients and its cessation is of fundamental importance in the treatment of hypertension. **Objectives:** To measure the prevalence of systemic hypertension in patients enrolled in the project Smoking Treatment: Multidisciplinary Approach (PTEM) in the period 2009-2012. **Methods:** Cross-sectional study by screening questionnaires for all patients, of both sexes, attended during the stated period who had hypertension at the time of admission to the project. **Results:** The data showed that 27.5% of the participants had hypertension. The results of t- tests showed significant results with regard to hypertension and duration of smoking, with a higher average length of smoking among hypertensive patients (mean=36.20, SD=12.79, $p = 0.01$.) For formal education, it was not found significant result, but it is possible to observe that the postgraduates had higher percentages of hypertension (44%). The practice of exercises was the only variable which showed significance ($p=0.05$), with a higher prevalence of hypertension in those who practiced less physical exercises. **Conclusion:** There was a higher prevalence of hypertension among smokers, compared with the prevalence in the general population and a possible relationship between years of smoking and higher blood pressure levels. However it is necessary that further studies approach this issue, in order to obtain more consistent results.

Keywords : Hypertension , smoking , cardiovascular disease.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade e a principal causa evitável de morte. Apesar de passados 40 anos desde o primeiro documento governamental sobre os efeitos do tabaco na saúde, este ainda se apresenta responsável por cerca de 5 milhões de óbitos anuais no mundo (ARAÚJO *et al.*, 2004) devendo alcançar 10 milhões de mortes anuais em 2030, metade delas em indivíduos em idade produtiva (WHO, 2007). A Organização Mundial de Saúde considera o tabagismo uma pandemia, com mortalidade maior que a soma de outras causas evitáveis de morte como cocaína, heroína, álcool, incêndios, suicídio e AIDS, em países desenvolvidos. Atualmente existem cerca de 1,3 bilhão de tabagistas no mundo (ESSON, 2004 & LEEDER, 2004). Aproximadamente metade de todos os fumantes morrerá de doenças relacionadas ao tabagismo, sendo que, dessas mortes, metade ocorrerá em idade produtiva. Um tabagista possui uma expectativa de vida reduzida em 20 anos em comparação com o indivíduo sem o hábito. (WHO, 2008).

As doenças cardíacas são as causas mais prevalentes de morte e incapacidade física em todo o mundo (ARAÚJO *et al.*, 2004), tendo relação direta com a elevação da pressão arterial. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular encefálico (AVE), acometendo as mulheres em maior proporção (LOTUFO, 2005) Entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por AVE e 25% daquelas por doença coronariana (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2003). A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (LEWINGTON *et al.*, 2002).

A hipertensão vem acompanhando a tendência de envelhecimento da população brasileira. A prevalência é bastante alta, variando de 23,3% a 43,9%

em diversos levantamentos feitos pelo país (SANTOS, 2009 & ABREU-LIMA, 2009). Quanto mais idoso se torna um contingente populacional, maior será a prevalência de doenças crônicas nessa população. Também o tabagismo apresenta uma alta prevalência no nosso meio. Apesar de o Brasil viver um momento especial de diminuição significativa na prevalência do tabagismo em adultos – chegando a 18,8% em levantamento feito pelo INCA – espera-se um aumento no número de mortes por complicações desta afecção até 2030 (Portal da saúde do SUS, 2011).

O tabagismo é estabelecido como fator de risco maior para doença cardiovascular em pacientes hipertensos e sua cessação é de fundamental importância no tratamento da hipertensão (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010) Além disso, fumar pode elevar agudamente a pressão arterial em 5 a 10 mmHg acima do seu valor basal e causar elevação média da PA em vigília avaliada pelo MAPA (LOPES *et al.*, 2008), o que o apresenta como risco também para o surgimento da doença. Parar de fumar torna-se, provavelmente, o ato singular mais eficaz pra prevenir doenças cardiovasculares, como o AVC e o infarto agudo do miocárdio (SANTOS, 2009 & ABREU-LIMA, 2009).

Mas apesar desses dados, ainda existem controvérsias sobre a real relação entre pacientes fumantes e seu risco aumentado em desenvolver hipertensão arterial. Estudos evidenciam que níveis pressóricos de fumantes e não fumantes são praticamente os mesmos, enquanto outros apontam que, a longo prazo, o cigarro pode causar danos ao sistema vascular, podendo elevar a pressão arterial, em decorrência do depósito maior de colesterol nos vasos devido a ação da nicotina (PIERIN *et al.*, 2004).

Este estudo é relevante por ser necessário um maior aprofundamento na relação entre o cigarro e os níveis pressóricos de pacientes hipertensos. Os números e os resultados apresentados servirão como base para mostrar que a estratégia de abandono do cigarro institui-se não apenas como grande diferencial na mudança do estilo de vida de pacientes já com manifestações no sistema respiratório, mas também para aqueles que possuem problemas ligados ao sistema cardiovascular. Vale lembrar que pacientes que deixam de

fumar antes da meia-idade tem expectativa de vida idêntica à daqueles que nunca fumaram e que aqueles que abandonam o vício do tabaco diminuem de 30 a 50% do risco de cardiopatias no primeiro ano do abandono, com a percentagem de risco diminuindo de forma crescente com o passar dos anos (CASTRO *et al.*, 2005 e SANTOS,2009 & ABREU-LIMA, 2009).

Tem-se como objetivo mensurar a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes atendidos no projeto Tratamento do Tabagismo: Enfoque Multidisciplinar (PTEM) do ano de 2009 a 2012. De maneira esquemática, será avaliada a frequência de tabagistas previamente hipertensos, analisar a associação entre a Hipertensão Arterial Sistêmica e consumo de tabaco e identificar relações existentes entre o padrão de consumo e os níveis de pressão arterial.

REVISÃO DA LITERATURA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Conceituação:

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica altamente prevalente, de elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações, e com grande impacto na morbimortalidade brasileira e do mundo. (CORRÊA *et al.*, 2005). É definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI Diretrizes de Hipertensão, 2010).

Foi clinicamente valorizada com o aparecimento dos primeiros aparelhos de medida, no início do século XX, inventados pelo italiano Riva-Rocci, em 1896, Turim. A princípio o critério diagnóstico para Hipertensão Arterial foi muito variável e não havia tratamento medicamentoso eficaz até a década de 1950, quando iniciaram as descobertas com os primeiros hipotensores. Apenas em 1990 o Departamento de Hipertensão Arterial da SBC publicou o I Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial, a partir do qual novas diretrizes foram propostas e atualizadas. (LUNA, 1999).

Diversos fatores de risco foram apontados para o surgimento da HAS, entre eles, uma relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência da doença superior a 60% acima de 65 anos (CESARINO *et al.*, 2008). De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, as diferenças estatísticas em relação ao sexo não são muito expressivas, mas há uma leve predominância em homens antes dos 50 anos, invertendo-se após a quinta década. Pessoas não brancas são mais acometidas, assim como as que

apresentam um incremento na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC). Outros fatores mostraram-se envolvidos, como a ingestão excessiva de sal e álcool, sedentarismo e aspectos genéticos. O combate ao tabagismo foi apontado como medida de prevenção não-medicamentosa.

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. (PASSOS *et al.*, 2006)

Epidemiologia:

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, tem forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (PASSOS *et al.*, 2006). A prevalência mundial estimada é da ordem de 1 bilhão de indivíduos hipertensos, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos à hipertensão arterial (CORRÊA *et al.*, 2005).

De acordo com inquéritos de base populacional, a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil varia de 22,3% a 43,9%, quando se considera o limite máximo de 140x90mmHg (MATOS, 2003 & LADEIA, 2003). No país, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, respondendo por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (PASSOS

et al., 2006). Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (MALTA *et al.*, 2009).

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta (BARRETO *et al.*, 2001). A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (VI Diretrizes de Hipertensão, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico [AVE] e 47% por doença isquêmica do coração [DIC]) (WILLIAMS, 2010). Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial (PASSOS *et al.*, 2006).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste (PASSOS *et al.*, 2006). Os índices sofrem bastante alteração quando se comparam diferentes tipos de população, a exemplo do predomínio da doença em zonas urbanas, principalmente grandes centros populacionais como São Paulo, em detrimento às zonas rurais (OLMOZ, 2002 & LOTUFO, 2002).

Tabagismo:

O consumo do tabaco pela humanidade data de mais de 500 anos atrás, embora os primeiros estudos demonstrando que é um fator causal para diversas doenças, como o câncer de pulmão, só tenham sido publicados na segunda metade do século XX (NUNES, 2006). Atualmente, estudos epidemiológicos tem continuamente identificado que o hábito de fumar apresenta vinculações causais com mais de 50 patologias distintas (OLIVEIRA *et al.*, 2008), das quais 20 tipos diferentes de tumor, o que faz com que seja,

isoladamente, a principal causa de câncer no mundo (WUNSCH FILHO *et al.*, 2010). Também se relaciona com doenças dos aparelhos respiratório e cardiovascular, efeitos na saúde reprodutiva (NUNES, 2006), patologias psiquiátricas (SCHMITZ *et al.*, 2003 e BRESLAU *et al.*, 2004), em especial queixas de ansiedade e depressão, que pioram com a intensidade do hábito, e ainda diminuição na qualidade de vida referida pelo doente (CAMPOS *et al.*, 2009).

No Brasil, um terço da população de adultos faz uso do tabaco, e calcula-se que por ano haja 200 mil óbitos ligados ao tabagismo (CAMPOS *et al.*, 2009), ou ainda 10,9% da mortalidade geral em outros estudos (FERNANDES *et al.*, 2007). Em esfera mundial, morre uma pessoa a cada 6 segundos (CAMPOS *et al.*, 2009), sendo mais de 5 milhões por ano as mortes pelas quais o fumo é responsável. Do número atual de fumantes, 82% estão nos países em desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Se as tendências atuais de consumo dos produtos de tabaco persistirem, esse número pode superar oito milhões de mortes anuais até 2030 (INCA/MS, 2011). No mundo, atualmente, o número de usuários é calculado em um bilhão e 300 milhões de pessoas. (KUSMA *et al.*, 2009).

O consumo entre as mulheres também tem se elevado, de forma que a maioria dos estudos apresentava o sexo masculino como fator de risco para o hábito, porém estudo mais recente não evidenciou essa diferença entre os sexos (MALCON *et al.*, 2003).

Em 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em conjunto com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), conduziu um inquérito sobre tabagismo em maiores de 15 anos de idade (IBGE, 2008), sendo constatado que 17,2% da população brasileira total fazia uso regular de tabaco, o equivalente a 25 milhões de pessoas. A maior prevalência de fumantes foi detectada na região Sul (19%), e os menores percentuais nas regiões Centro Oeste e Sudeste (16,9%) (WUNSCH FILHO *et al.*, 2010).

O tabaco possui mais de 4000 substâncias tóxicas para o organismo, além da nicotina, e a indústria do cigarro adiciona diversas outras, o que faz

com que seu uso seja considerado perigoso em quaisquer formas de tabaco, não havendo limite seguro de exposição à droga. (NUNES, 2006).

Não surpreendentemente, o hábito de fumar constitui-se na principal causa de mortalidade evitável a nível mundial, em função de sua relação de causalidade com doenças diversas e sua prevalência elevada em todo o mundo (MARTINS *et al.*, 2011). Um indivíduo com mais de 65 anos, tabagista de até um maço por dia, incrementa em dois a três anos sua expectativa de vida se interromper o vício. (PEIXOTO *et al.*, 2006). Em um estudo envolvendo 1060 pacientes que haviam procurado a Unidade de Dor Torácica 23% eram tabagistas (MARTINS *et al.*, 2011). O vício duplica a incidência de doença arterial coronariana, e é um fator de risco isolado para doenças cardiovasculares, a principal causa de óbito no Brasil, responsável por mais de 30% das mortes (MARTINS *et al.*, 2011). No ano 2000, estima-se que 11% das mortes por doenças cardiovasculares possam ser atribuídas ao tabaco (EZZATI *et al.*, 2005). Em cálculos realizados, é previsto que no ano de 2030 haverá 10 milhões de mortes atribuídas ao tabagismo no país, contra 4,9 milhões do ano 2000 (CAMPOS *et al.*, 2009).

Os números são alarmantes, porém indicam que a incidência do hábito de fumar vem assumindo uma tendência à queda nos últimos anos no Brasil, bem como nos países desenvolvidos. O aumento da população tabagista em âmbito mundial se deveria então principalmente ao ritmo crescente dessa fatia populacional no mundo subdesenvolvido (CAVALCANTE, 2005).

MATERIAL E MÉTODO

MATERIAL

Fichas clínicas de todos os pacientes atendidos no PTEM, no período de 2009 a 2012, que se apresentaram hipertensos no momento da admissão no projeto.

MÉTODOS

O presente trabalho constitui um estudo de corte transversal sobre Hipertensão Arterial e Tabagismo onde foram questionados, dentre outros, anos de tabagismo, ano do início da HAS e quantidade de cigarros fumados por dia (ANEXO 1).

A População Alvo é composta pelos participantes do PTEM no período entre 2009 e 2012 e a amostra composta por 470 indivíduos.

Como critérios de inclusão, foram consideradas as fichas clínicas dos participantes com diagnóstico prévio de HAS, de ambos os sexos, que participaram do projeto durante o período citado, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a análise dos dados foi criado e tabulado um banco de dados no PASW (versão 18). Foi utilizado estatística descritiva de frequência e como análise inferencial foi realizado uma teste de χ^2 , testes *t* e testes de Correlação de *Pearson*. Foi aceito como estatisticamente significativo um $p \leq 0,05$.

Foi utilizada como variável dependente: presença de Hipertensão Arterial Sistêmica na amostra estudada e como variáveis independentes: sexo, estado civil, religião, naturalidade, nacionalidade e renda pessoal; fatores relacionados a início do hábito do tabagismo, bem como de manutenção e cessação ou tentativa de cessação, tempo de tabagismo, tipo de cigarro utilizado.

O projeto Tratamento do Tabagismo: Enfoque Multidisciplinar foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUAC em 11 de março de 2009, sob o protocolo número 20082912-050 (anexo 2). Cada participante assinou o TCLE (anexo 3), após ampla explanação a respeito de todo o desenrolar do tratamento, na primeira palestra informativa.

RESULTADOS

Foram avaliadas 470 fichas clínicas de pacientes e aproveitadas 459, que preencheram todos os critérios de inclusão.

A tabela 1 descreve as frequências relativas à informação fornecida por médico com relação ao diagnóstico de HAS aos pacientes atendidos no PTEM. A tabela 2 relaciona dados sociodemográficos à presença de HAS. A tabela 3 correlaciona a presença ou ausência de hipertensão com a média de anos de tabagismo.

Tabela 1. Percentual de pacientes que foram informados pelo médico a respeito de apresentarem HAS

Algum médico lhe informou que você tem pressão alta (HIPERTENSÃO ARTERIAL)			
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Sim	126	27,5	27,5
Não	333	72,5	100,0
Total	459	100,0	
Ausentes			
	11		
Total	470		

Tabela 2. Associação da hipertensão em função de dados sociodemográficos

		Hipertensão presente	Hipertensão ausente	<i>P</i>
		F (%)	F (%)	
Gênero	Masculino	35 (27,8%)	91 (72,2%)	0,87
	Feminino	91 (27,4%)	241 (72,6%)	

	Católico	89 (26,4%)	248 (73,6%)	
	Evangélico	19 (32,8%)	39 (67,2%)	
Religião	Espírita	6 (31,6%)	13 (68,4%)	0,68
	Outra	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
	Não possui	9 (23,7%)	29 (76,3%)	
	Solteiro	25 (19,8%)	101 (80,2%)	
	Casada	58 (28,2%)	148 (71,8%)	
Estado Civil	Viúvo	19 (38%)	31 (62%)	0,16
	Separado	6 (28,6%)	15 (71,4%)	
	Divorciado	18 (32,1%)	67,9%	
	Analfabeto	8 (28,6%)	20 (71,4%)	
	Fund. Incompleto	16 (24,2%)	50 (75,8%)	
	Fund. Completo	22 (34,9%)	41 (65,1%)	
Escolaridade	Ens. Médio incompleto	22 (31%)	49 (69%)	0,66
	Ens. Médio completo	27 (24,8%)	75,2%	
	Ens. Superior inc.	11 (23,9%)	35 (76,1%)	
	Ens. Superior compl.	16 (23,9%)	51 (76,1%)	
	Pós-graduação	4 (44,4%)	5 (55,6%)	
	No fim de semana	1 (6,7%)	14 (93,3%)	
Prática de esporte	2 a 3 vezes por semana	16 (39%)	25 (61%)	0,05
	3 a 5 vezes por semana	16 (34,8%)	30 (65,2%)	

5 vezes por semana	11 (31,4%)	24 (68,6%)
--------------------	------------	------------

Tabela 3. Descrição das médias de tempo de tabagismo, idade de início do tabagismo e quantidade de cigarros fumados ao dia, com relação à presença ou não de hipertensão.

	(HIPERTENSAO ARTERIAL)	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Tempo de duração do tabagismo (Anos)	SIM	125	36,20	12,79	1,14
	NÃO	326	32,60	13,17	0,73
Idade do início do Tabagismo	SIM	126	15,41	5,25	0,46
	NÃO	332	16,02	11,01	0,60
Quantos Cigarros fuma por dia	SIM	122	21,51	13,47	1,22
	NÃO	317	20,79	12,03	0,67

DISCUSSÃO

Já está provado que fumar cigarros leva ao aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca pela eliminação de catecolaminas nos primeiros 15 minutos, além de ser responsável pelo óbito de 45% dos homens abaixo dos 65 anos. Fumantes normotensos possuem valor de PA diurna maiores do que os de não fumantes. Assim também os fumantes apresentam cerca de 10 vezes mais riscos de sofrer morte súbita do que a população em geral (CASTRO *et al*, 2007). Em adolescentes, a exposição passiva ao fumo está relacionada a baixos níveis plasmáticos de HDL associado a uma disfunção endotelial (vasoconstrição) significativa dose-dependente (ARAÚJO, 2008), o que também pode corroborar para a associação do fumo com a elevação da pressão. Apesar disso, alguns estudos não encontram número significativo de hipertensos em populações de tabagistas (CONCEIÇÃO *et al.*, 2006).

No presente estudo observa-se uma alta prevalência de HAS logo na primeira consulta dos pacientes no PTEM. Aproximadamente 1 em cada 4 pacientes (27,5%) responderam afirmativamente quando indagados se já foram informados serem portadores de hipertensão arterial sistêmica. Os números são maiores do que na população em geral, que ficam em 22,7%, mostrando uma prevalência maior para a população de risco (VIGITEL BRASIL, 2012). Ainda foi encontrado um número de diagnósticos maior em homens (27,8%) do que em mulheres (27,4%), mesmo que não exista uma diferença estatisticamente significativa, o que vai de encontro com os números da população em geral, onde mulheres (25,4%) são mais diagnosticadas que homens (19,5%) (VIGITEL BRASIL, 2012).

Apesar do maior número de fumantes da amostra situar-se entre a população com nível de escolaridade mais baixo, dado corroborado pela literatura (SILVA, 2009 e SZWARCOWALD, 2003 & VIACAVA, 2003) um maior percentual de HAS está nos pós-graduados (44,4%), levando aqui a questionamentos sobre o que poderia explicar esse fenômeno: maior carga de estresse? Maior jornada de trabalho? Maior procura do serviço médico? Um estudo realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou que 25,1% a 45,8% dos hipertensos tem apenas o Ensino Fundamental incompleto,

enquanto outro demonstrou maior prevalência de HAS em uma população com até 8 anos de estudo, mas sem representatividade estatística (CESARINO *et al.*, 2008). Em relação a ambos, este trabalho mostrou-se divergente.

Um dado já conhecido e bastante discutido é a respeito dos efeitos benéficos do exercício físico como agente protetor contra a HAS. A amostra apresentou que, entre aqueles que os praticam, quanto mais exercícios semanais forem feitos, menor é a prevalência de HAS, sobrepondo-se ao efeito deletério do cigarro, corroborando que quem se exercita regularmente tem um menor risco de desenvolver hipertensão (MONTEIRO, 2004 & SOBRAL FILHO 2004).

Em se tratando do tempo de tabagismo, principalmente no início do século XX, tem-se que grande parte da população começa a fumar quando criança, algumas vezes até mesmo incentivadas pelo pai ou por alguém da família. No estudo aqui proposto, foi observado que quanto maior o tempo de tabagismo (36,2 anos em média), maior foi a prevalência de HAS. Não encontramos na literatura dados em desacordo ou que corroborassem esse achado.

A quantidade de cigarros fumados por dia e a elevação dos níveis pressóricos não apresentaram relação significativa entre si.

CONCLUSÕES

O aumento da prevalência de hipertensos em uma população exclusivamente tabagista, mesmo que se tratando de um modesto espaço amostral, adicionou um dado positivo à literatura para essa relação HAS e tabagismo. Apesar da pouca representatividade estatística para diversas variáveis, cujos resultados positivos eram esperados, os achados de um aumento na prevalência de hipertensos em relação à população geral e de uma possível relação entre a elevação da pressão arterial e a média de anos em tabagismo ativo se mostraram importantes neste trabalho.

Faz-se necessário um maior aporte de estudos na literatura atual que façam relação entre o fumo e a hipertensão, para que ela seja claramente comprovada e elucidada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAUJO, Alberto José de et al . Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo , v. 30, supl. 2, Aug. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 22 Maio de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132004000800002>.
2. ARAUJO, Thelma Leite de, et al . Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo: v. 42, n. 1, 2008.
3. BARRETO, Sandhi Maria et al. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 77, n.6, 2001.
4. Brasil. Instituto Nacional da Saúde. INCA. Portal da Saúde. **Tabagismo: Dados e números**, 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Nacional do Câncer. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Tabagismo.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad-tabagismo.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do Tabagismo no Brasil**, 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL BRASIL 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. **Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2011.** Brasília, 2012.

8. Brasil. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95 (supl.1), 2010.

9. BRESLAY N; NOVAK S; KESSLER R. Psychiatric disorders and stages of smoking. **Biologic Psychiatry**. Nova Iorque, v.55(1), p.69-76, 2004.

10. CAMPOS, Maryane Oliveira.; NETO, João Felício Rodrigues. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n.4, 2009.

11. CASTRO ME; ROLIM MO; MAURÍCIO TF; Prevenção de hipertensão e sua relação com o estilo de vida dos trabalhadores. Artigo original, **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.2, 2005.

12. CASTRO, Maria da Graça et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, n.2, 2007.

13. CAVALCANTE, Tania Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.32, n.5, 2005.

14. CESARINO Claudia B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.91, n.1, 2008.

15. CONCEIÇÃO TV de, GOMES FA, TAUIL PL, ROSA TT. Valores de Pressão Arterial e suas Associações com Fatores de Risco Cardiovasculares

em Servidores da Universidade de Brasília. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.86, n.1, 2006.

16. CORRÊA, Thiago Domingos et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arquivos Médicos do ABC**, Santo André, v.31, n.2, 2005.

17. ESSION L, LEEDER, SR. **The millennium development goals and tobacco control: an opportunity for global partnership**. Geneva: World Health Organization (WHO); 2004.

18. EZZATI, M; HENLEY, J; THUN, MJ; LOPEZ, AD. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. **Circulation AHA**. Dallas: v.112(4), p.489-97, 2005.

19. FERNANDES, FLA; SANTOS, UDEP; OLMOS, RD. Tabagismo. In: **Clínica Médica dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico e Tratamento**. 1ªed. São Paulo: Manole Ltda, p.1840-1845, 2007.

20. FILHO, Victor Wunsch. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Bras. Epidemiol.**, São Paulo: v. 13, n. 2, 2010.

21. KUSMA, B, et al. Current and future medical drugs for smoking cessation. **Laryngohinootologie**, Stuttgart, v.88, n.6 410-9: quis 420- 2, 2009.

22. LEWINGTON, Sarah. et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **The Lancet**, Londres, v.360, p1903–1913, 2002.

23. LOTUFO, Paulo Andrade. Stroke in Brazil: a neglected disease. **São Paulo. Med J**, São Paulo, v.123, n.1, 2005.

24. LOPES, Paulo Cesar et al. Hipertensão mascarada. **Revista Brasileira Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, 2008.

25. LUNA, Rafael Leite. Aspectos históricos da hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, 1999.
26. MALCON, MC; MENEZES, AMB; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.37(1), p.1-7, 2003.
27. MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. **Saúde Brasil 2008**, Ministério da Saúde, Brasília. p. 337-62, 2009.
28. MARTINS, Letícia Neves et al. Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras, RJ., **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.24, n.5, 2011.
29. MATOS, AC; LADEIA, AM. Assessment of Cardiovascular Risk Factors in a Rural Community in the Brazilian State of Bahia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.81, n.3, 2003.
30. MONTEIRO, MF; FILHO, DCS. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do esporte**. São Paulo, v.10, nº6, Brasil, 2004.
31. NUNES, Emilia. Consumo de Tabaco. Efeitos na saúde- **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v.22, 2006.
32. OLIVEIRA, AF; VALENTE, JG; LEITE, IC. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.2, 2008.
33. OLMOZ, Rodrigo Dias; LOTUFO, Paulo Andrade. Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2002, p. 21-23.

34. PASSOS, VM de A; ASSIS, TD; BARRETO, SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília: v.15,n.1, 2006.
35. PEIXOTO, SV; FIRMO, JOA; LIMA-COSTA, MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v.22, n.9, 2006.
36. PIERIN, GMA. **Hipertensão arterial: Uma proposta para o cuidar**. 1ª edição. Editora Manole Ltda, Barueri-SP, 2004.
37. SANTOS, AC; ABREU-LIMA, C. Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.16 (Suppl 1): S5-S6, 2009.
38. SCHMITZ, N; KRUSE, J; KUGLER, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. **American Journal of Psychiatry**. Arlington, p.1670-1676, 2003.
39. SILVA, Gulnar Azevedo et al . Tobacco smoking and level of education in Brazil, 2006. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: v.43, supl. 2, 2009.
40. SZWARCOWALD CL, VIACAVA F. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003. **Cad Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v.21(Supl 1), 2005.
41. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. **Journal of the American Medical Association**; v.289, n.19, 2003.
42. WILLIAMS, Bryan. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, Nova Iorque, v.55, n.1, 2010.

43. World Health Organization; **Tobacco Free Initiative (TFI): Why is tobacco a public health priority?** Genebra, 2007, Disponível em: <http://who.int/tobacco/health_priority/en>. Acessado em 12 de Junho de 2013.

44. World Health Organization. **Tobacco Free Initiative**. Geneva, 2008 Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/en/>>. Acessado em 12 de Junho de 2013.

ANEXOS

Ficha de Acompanhamento do Paciente Tabagista

M33

Nome: _____ Primeira reunião: ___/___/___

- *efeitos:
1. TREMORES
 2. BOCA SECA
 3. ARTRALGIA
 4. HIPERTENSÃO
 5. CEFALÉIA
 6. INSONIA
 7. BOCA AMARGA
 8. EPIGASTRALGIA
 9. TONTURA
 10. DISPNEIA
 11. POLIFAGIA
 12. ANOREXIA
 13. TOSSE

- **Sintomas:
1. Cansaço
 2. Constipação
 3. Cefaleia
 4. Fraqueza
 5. Hipertensão
 6. Depressão
 7. Palpitação
 8. Queda de Cabelo
 9. Pele Seca
 10. Perda de memória
 11. Nervosismo
 - 12.

RETORNO	Abstinência do fumo em relação retorno anterior (1.SIM, 2.NÃO)	Grau de dificuldade em parar (NOTA 0 a 10)	Alteração do consumo	Acompanhamento das equipes (MED, FÍSIO, ODONTO, PSICOLOGIA)	Sintomas**	Efeitos Colaterais*	Peso (Kg)	PA	Entrega da BUP
1º: ___/___/___									
2º: ___/___/___									
3º: ___/___/___									
4º: ___/___/___									
5º: ___/___/___									
6º: ___/___/___									
7º: ___/___/___									
8º: ___/___/___									
9º: ___/___/___									
10º: ___/___/___									
11º: ___/___/___									
12º: ___/___/___									
13º: ___/___/___									
14º: ___/___/___									

Parou de fumar dia:	Data do exame	Início do tratamento	Data do exame	Quando parou de fumar
Exames:				
glicemia de jejum				
TSH				
T4 livre				
T3				
Anti-TPO				

Questionário de Avaliação Médica do Paciente

1. Informações gerais		
1.2. Identificação do entrevistador	Nome:	[REDACTED]
1.3. Data da entrevista (dia/mês/ano)		[REDACTED]
2. Consentimento e identificação		
2.1. Nome (Letra de forma)	[REDACTED]	
2.2. Endereço atual?	[REDACTED]	
	Cidade:	[REDACTED]
2.3. O consentimento foi assinado?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim (2) Não	[REDACTED]
2.4. Local (A) e Número de telefone principal de contato (B)?	(1) Casa (2) Trabalho (3) Vizinho (4) Celular <input checked="" type="checkbox"/> Não tem	A. [REDACTED] B. [REDACTED]
2.5. CEP		[REDACTED]
2.6. Sexo	(1) Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	[REDACTED]
2.7. Religião	(0) Não Possui <input checked="" type="checkbox"/> Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) outra: _____	[REDACTED]
2.7.1 Praticante da religião?	(1) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	[REDACTED]
2.8. Data de nascimento (dia/mês/ano)	[REDACTED]	
2.9. Cidade onde nasceu? (Letra de forma)	[REDACTED]	
2.10. Cor (auto-referida)	(1) Branca (2) Preta <input checked="" type="checkbox"/> Pardo-mulata (4) Amarela/Oriental (5) Indígena	[REDACTED]
2.11. Estado Civil	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado (5) Divorciado	[REDACTED]
2.12. Qual a sua escolaridade?	<input checked="" type="checkbox"/> 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 estudo regulares	[REDACTED]
2.13. Atividade profissional principal nos últimos 12 meses?	(0) Não se aplica (1) Funcionário público (2) Trabalhador c/ carteira assinada (3) Autônomo <input checked="" type="checkbox"/> Dona de casa (5) Aposentado (6) Desempregado (7) Voluntário (8) Licenciado pelo INSS (9) Outros _____	[REDACTED]
2.14. Descrição da função dentro da categoria profissional (Letra de forma)	[REDACTED]	
2.15. Qual é a renda mensal familiar, em salários mínimos? Renda Individual? <u>1 sal. mín.</u>	(1) menos de 500 reais (2) 501 a 750 reais <input checked="" type="checkbox"/> 751 a 1000 reais (4) 1001 a 1500 reais (5) 1501 a 2500 reais (6) 2501 a 5000 reais (7) mais de 5001 reais (8) Recebe Benefício (9) Não sabe informar	[REDACTED]
2.16. Quantas pessoas vivem com a renda?	(1) 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais	[REDACTED]
3. Tabagismo		
3.1 Após a palestra:	(1) Parou de Fumar (2) Diminuiu (3) Aumentou <input checked="" type="checkbox"/> não houve alteração	[REDACTED]
3.2. Idade do início do tabagismo.	(99) Não sabe	[REDACTED]
3.3 Qual cigarro fuma	[REDACTED] quanto custa uma carteira (20 cigarros)?	[REDACTED]

3.4	Quantos cigarros fuma por dia		8
3.5	Custo diário com cigarro (em reais)		10,35
3.6	Em Algum momento, algum profissional de saúde lhe aconselhou a parar de fumar?	(1) Sim (X) Não	2
3.7	Como parou de fumar?	(1) Cigarro (X) Café (3) Bebida Alcoólica (4) Estresse (5) Outros	1,2
3.8	Mora com algum fumante ?	(X) Sim (2) Não	1
3.9	Que fator mais influenciou na adesão?	(0) Curiosidade (X) Exemplo do pai (X) Exemplo da mãe (2) Influência de parentes/família (3) Influência de colegas ou amigos (5) Propaganda (6) Outros	1,2,3
3.10	Tempo de duração do tabagismo?	Em anos.	5,3
3.11	Tipo de cigarro Utilizado?	(X) Cigarros artesanais (2) Cachimbo (3) Cigarros Industrializados (4) Charuto (5) Fumo de Mascar (6) Outros	1,4
4. História pessoal			
4.1	Algum médico lhe informou que você tem pressão alta (hipertensão arterial)?	(1) Sim (X) Não	2
4.2	Ano de diagnóstico da hipertensão?		10
4.3	Consumo de bebidas alcoólicas?	(X) Nunca bebeu (1) Consumiu no 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	10
4.4	Uso de drogas, em que opção você se enquadra?	(1) É usuário (2) Ex-usuário (X) Nunca usou drogas	3
4.5	Droga Utilizada		1,2
4.6	Pratica exercícios físicos?	(0) Não se aplica (1) Maconha (2) Cocaína (3) Crack (4) Ecstasy (5) Outros (1) Apenas no fim de semana (2) 2 a 3 vezes na semana (3) 3 a 5 vezes na semana (4) + 5 vezes na semana (X) Não	1,2,3,4,5
4.7	Foi diagnosticado com Diabetes?	(X) Não (2) Sim, tipo I (3) Sim, tipo II.	1
4.8	Ano de diagnóstico do Diabetes?		10
4.9	quanto ingere de café? (xícaras por dia)	Se não bebe= 0	1,6
4.10	Usa anticoncepcional hormonal ?	(1) Sim (X) Não (0) Não se aplica (homem ou criança)	2
4.11	Nº de gestações:		1,2
4.10.1	Nº de abortos:		1,2
4.10.2	Termo da Gestação: pré-termo: <input type="checkbox"/> atermo: <input type="checkbox"/> pós-termo: <input type="checkbox"/> Quantos foram espontâneos: <input type="checkbox"/>		1,2
4.11	Nº de RN de baixo peso (< 2,500 kg):		1,2
4.11.1	Nº de RN com macrosomia: (> 4,000kg)		1,2
4.12	Quanto tempo de aleitamento materno (em meses):		1,2
4.13	Causa da interrupção da amamentação:		
4.14	Problemas na amamentação:	(1) pouco leite (2) ingurgitamento mamário (peitos cheios e doloridos) (3) mastite (inflamação da mama) (4) Ducto bloqueado (Leite empredado) (5) Outros	10
4.15	Fumou durante a gestação?	(1) Sim (2) Não -> Se não, em que época da gestação parou: _____ e quando voltou: _____	10
4.16	JÁ entrou na menopausa?	(X) Sim (2) Não	1
4.16.1	Menopausa, com quantos anos:		2,3
4.16.2	Menopausa Cirúrgica:	(1) Sim (X) Não	2

4.17. Com que frequência você faz exames dos dentes e da gengiva?	(0) Nunca fiz (1) 1 vez /ano (2) 2 vez /ano (3) 1 vez /5 anos (<input checked="" type="checkbox"/> Não sabe	9
4.18. É portador de Artrite?	(1) Sim (<input checked="" type="checkbox"/> Não	2
4.19 Já foi Diagnosticado com Gastrite?	(1) Sim (<input checked="" type="checkbox"/> Não	2
4.20. Possui alguma doença de Tireoide?	(1) Sim (<input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____	2
5. História familiar		
5.1. Diabetes Qual o grau de parentesco com o indivíduo? Quando for mais que 1 parente de 1º grau marcar com um círculo em volta dos números correspondentes e por o número 6 na casela	(1) Pai (2) Mãe (3) Irmão / irmã (4) Filho(a) (5) Avós, Tios ou Primos (6) Mais de um parente em 1º grau (7) Parente de 1º e de 2º grau (8) Não há	8
5.2. Obesidade.	Idem	8
5.3. Hipertensão arterial (pressão alta).	Idem <i>n sabe</i>	9
5.4. Cardiopatia	Idem	8
5.5. ASMA	Idem	8
6. Avaliação da dieta		
6.1. Você faz algum tipo de dieta? Se não faz dieta pular para o item 6.4	(1) Sim (<input checked="" type="checkbox"/> Não Qual?	2
6.2. Orientada por nutricionista?	(1) Sim (2) Não	9
6.3. Quanto você acha que segue sua dieta?	(1) 100% (2) 80% (3) 50% (4) Menos de 50%	10
6.4. Consome produtos dietéticos?	(1) Sim (<input checked="" type="checkbox"/> Não	2

7. Uso de medicações	
7.1. Medicamento	Nome _____ Dose _____
7.2. Medicamento	Nome _____ Dose _____
7.3. Medicamento	Nome _____ Dose _____
8. Anamnese:	
8.4 Antecedentes Fisiológicos: _____	
8.5 Antecedentes pessoais patológicos: _____	
8.6 Antecedentes Familiais: _____	
8.7 Condições de vida e moradia: _____	
9. Exame Físico	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José.
Cep: 58107 – 670.
Tel: 2101 – 5545, e-mail: cep@huac.ufcg.edu.br




DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o protocolo nº. 20082912 - 050, título: Tratamento do Tabagismo: Enfoque Multidisciplinar, foi aprovado com ressalvas em reunião de 11/ 03/ 2009 e que foram cumpridas as exigências do relator (a), retornando a este Comitê de Ética em Pesquisa em 23 de Março de 2009.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhada ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/HUAC.

*Relator (a),
Maria Luisa Souto Porto*


*Maria das Graças Vieira de Souza e Cavalcanti de Castro
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG.*

Campina Grande - PB, 24 de Março de 2009.



TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____

RG _____, maior de 18 anos, concordo com o tratamento a ser realizado no projeto de extensão: *“Tratamento do tabagismo: enfoque multidisciplinar”*, coordenado pela professora Déborah Rose Galvão Dantas, do CCBS/UFCC, que consiste em Fisioterapia respiratória, acompanhamento psicológico, odontológico e prescrição do medicamento BUP (bupropiona). Declaro saber dos principais efeitos adversos do medicamento, que são: boca seca, tremores, sonolência ou insônia, artralgia (dores articulares), mialgia (dores musculares), aumento ou diminuição do apetite e reações alérgicas. Declaro, ainda, saber que o medicamento só vai ser prescrito, em caso de hipertensão arterial (pressão alta) se ela estiver controlada, que não será prescrito em caso de gravidez, de convulsões ou de epilepsia diagnosticados.

Campina Grande, _____

Assinatura: _____

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____