

Prevalência de Tabagismo e Fatores Associados em Pacientes Hipertensos Acompanhados na Atenção Primária em Fortaleza, Ceará

Prevalence of Smoking and Associated Factors in Hypertensive Patients Followed in Primary Care in Fortaleza, Ceará

Prevalencia del Tabaquismo y Factores Asociados en Pacientes Hipertensos Acompañados en Atención Primaria en Fortaleza, Ceará

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de tabagismo e identificar fatores associados entre hipertensos acompanhados em um Posto de Saúde de Fortaleza, Ceará. **Métodos:** Estudo transversal analítico com amostra consecutiva de 120 adultos hipertensos, recrutados entre dezembro de 2024 e agosto de 2025. Foi aplicado questionário eletrônico para obtenção de informações sociodemográficas, comportamentais, sintomas cardiorrespiratórios, conhecimentos sobre hipertensão e tabagismo e dependência nicotínica pelo teste de Fagerström. **Resultados:** A prevalência de tabagismo foi de 20,8%. Após ajuste, o etilismo associou-se independentemente ao tabagismo (RP = 8,00; IC95% = 1,14–56,21; $p = 0,036$), assim como a presença de sintomas respiratórios (RP = 2,46; IC95% = 1,07–5,66; $p = 0,034$). Nos tabagistas, o escore médio de Fagerström foi 4,7 (mediana = 4), e 48% apresentaram dependência moderada ou alta. **Conclusões:** O tabagismo esteve associado sobretudo ao etilismo e a sintomas respiratórios. Estratégias de cessação devem contemplar esses fatores.

DESCRIPTORES: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Fatores de Risco; Hipertensão Arterial; Tabagismo; Atenção Primária.

ABSTRACT

Objective: To estimate smoking prevalence and identify associated factors among hypertensive followed at a primary health center in Fortaleza, Ceará. **Method:** An analytical cross-sectional study with a consecutive sample of 120 hypertensive adults recruited between December 2024 and August 2025. An electronic questionnaire was applied to obtain information on sociodemographic and behavioral aspects, cardiorespiratory symptoms, knowledge about hypertension and smoking and nicotine dependence using the Fagerström test. **Results:** The prevalence of smoking was 20.8%. After adjustment, alcohol consumption was independently associated with smoking (PR = 8.00; 95% CI = 1.14–56.21; $p = 0.036$), as was the presence of respiratory symptoms (PR = 2.46; 95% CI = 1.07–5.66; $p = 0.034$). Among smokers, the mean Fagerström score was 4.7 (median = 4), and 48% presented moderate or high dependence. **Conclusion:** Smoking was primarily associated with alcoholism and respiratory symptoms. Cessation strategies should address these factors.

DESCRIPTORS: Noncommunicable Chronic Diseases; Risk Factors; Arterial Hypertension; Smoking; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia del tabaquismo e identificar factores asociados entre hipertensos en un centro de salud en Fortaleza, Ceará. **Método:** Estudio transversal con 120 hipertensos reclutados entre diciembre de 2024 y agosto de 2025. Se aplicó un cuestionario electrónico para obtener aspectos sociodemográficos, síntomas cardiorrespiratorios, conocimiento sobre hipertensión y tabaquismo y dependencia de la nicotina mediante la prueba de Fagerström. **Resultados:** La prevalencia del tabaquismo fue 20,8%. El alcoholismo se asoció independientemente con el tabaquismo (RP = 8,00; IC del 95% = 1,14–56,21; $p = 0,036$), similarmente que los síntomas respiratorios (RP = 2,46; IC del 95% = 1,07–5,66; $p = 0,034$). La puntuación media de Fagerström fue de 4,7 (mediana = 4), y el 48 % presentó dependencia moderada o alta. **Conclusión:** El tabaquismo se asoció principalmente con el alcoholismo y los síntomas respiratorios. Las estrategias para dejar de fumar deben abordar estos factores.

DESCRIPTORES: Enfermedades Crónicas No Transmisibles; Factores de Riesgo; Hipertensión Arterial; Tabaquismo; Atención Primaria.

RECEBIDO EM: 25/09/2025 APROVADO EM: 10/10/2025

Como citar este artigo: Brandão YF, Costa LB, Bernardes ACS, Gonçalves TTSA, Chaves BS, Assis LFP. Prevalência de Tabagismo e Fatores Associados em Pacientes Hipertensos Acompanhados na Atenção Primária em Fortaleza, Ceará. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(101):17434-17451. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i101p17434-17451



Yuri Felix Brandão

Discente, Universidade de Fortaleza.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6445-5324>



Lourrany Borges Costa

Mestre em Saúde Pública, Universidade de Fortaleza.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6334-8624>



Amanda Coelho Sales Bernardes

Médica de Família e Comunidade, Universidade de Fortaleza.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6144-8441>



Tiago Torquato Santos Augusto Gonçalves

Discente, Universidade de Fortaleza.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6319-4488>



Bruno Santos Chaves

Discente, Universidade de Fortaleza.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1810-3408>



Luís Fernando Porto de Assis

Discente, Universidade de Fortaleza.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4631-1706>

INTRODUÇÃO

O tabagismo integra o grupo de transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas e permanece a principal causa evitável de adoecimento e mortes prematuras⁽¹⁾. A Organização Mundial da Saúde, em 2023, estimou que mais de oito milhões de óbitos anuais sejam atribuídos ao tabaco, incluindo cerca de um milhão decorrente da exposição passiva⁽¹⁾. Em países de baixa e média renda, onde vive a maioria dos fumantes, o ônus do tabagismo é ainda maior⁽¹⁾.

No Brasil, políticas públicas como proibição de propaganda de cigarros e advertências em maços contribuíram para reduzir a proporção de fumantes adultos de 15,7% em 2006 para 9,5% em 2020⁽²⁾. Apesar dos avanços, a proporção de ex-fumantes permanece elevada, e o tabagismo continua associado a doenças crônicas não transmissíveis, representando importante desafio de saúde pública⁽²⁾.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição caracterizada por níveis pressóricos ≥ 140 mmHg de pressão sistólica e/ou 90 mmHg de pressão diastólica aferidos no consultório em pelo menos duas ocasiões, constituindo uma das principais causas de eventos cardiovasculares

e renais⁽³⁾. De acordo com o Boletim Epidemiológico Vigitel Brasil 2023, 24,8% da população adulta de Fortaleza, Ceará, referiu ser hipertensa, sendo a predominância nos sexos masculino e feminino de 23,8% e 25,6%, respectivamente⁽⁴⁾. Diretrizes brasileiras de hipertensão reconhecem o tabagismo como um dos maiores fatores de risco cardiovascular: o cigarro causa aumento agudo de 5-10 mmHg na pressão arterial e favorece a aterosclerose, justificando a recomendação enfática de cessação⁽³⁾. Além disso, o tabagismo está associado a outras doenças crônicas como diabetes, dislipidemia e doença renal, potencializando os riscos quando coexistem⁽⁵⁾.

Na atenção primária à saúde (APS), a prevenção e o controle da hipertensão e do tabagismo são prioridades⁽²⁾. O Ministério da Saúde brasileiro ressalta que a APS é o espaço ideal para oferta de abordagens de cessação do tabagismo, sendo responsável por identificar grupos de risco, promover educação em saúde e garantir a continuidade do cuidado⁽²⁾. Recomendações para prevenção e controle da HAS incluem alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo⁽⁶⁾. Evidências nacionais mostram que,

embora a maioria dos hipertensos acompanhados na APS seja não fumante, o histórico de tabagismo e a associação com consumo de álcool ainda são frequentes, revelando desafios persistentes para a prática clínica⁽⁶⁾.

Apesar da relevância do tema, poucos estudos brasileiros examinaram os fatores associados ao tabagismo entre pacientes hipertensos atendidos na APS em Fortaleza. Compreender esses determinantes é essencial para orientar intervenções de cessação integradas ao cuidado da HAS.

Este estudo objetivou estimar a prevalência de tabagismo e identificar fatores comportamentais, clínicos e sociodemográficos associados entre usuários hipertensos de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Fortaleza.

MÉTODO

Desenho do Estudo e Local

Realizou-se estudo transversal analítico. A pesquisa foi executada na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Dr. Marcus Aurélio Lima Verde, localizada no bairro Jangurussu, Fortaleza, Ceará. A UAPS presta assistência a uma população urbana de aproximadamente 18 mil habitantes⁽⁷⁾.

Participantes e Critérios de Elegibilidade

Foram elegíveis indivíduos de ambos os sexos, com idade ≥ 18 anos, com diagnóstico de HAS registrado na UAPS e cadastrados como usuários. Excluíram-se pessoas com condições graves que pudessem comprometer a compreensão do questionário. Os participantes foram identificados nos registros eletrônicos da UAPS e convidados por telefone ou presencialmente. Após esclarecimento sobre objetivos e procedimentos, aqueles que concordaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Tamanho da Amostra e Recrutamento

O cálculo amostral foi baseado na proporção de hipertensos na população de Fortaleza (24,8%)⁽⁴⁾, nível de confiança de 95% e erro de 5%, estimando-se necessidade de 287 participantes. Devido a restrições logísticas, recrutaram-se consecutivamente 120 hipertensos entre dezembro de 2024 e agosto de 2025. Todos os participantes completaram o questionário, sem perdas ou recusas.

Definições Operacionais

- Tabagista atual: indivíduo que relatou fumar ao menos um cigarro por dia nos últimos 30 dias⁽⁴⁾.
- Ex-tabagista: indivíduo que relatou consumo regular anterior de tabaco, mas encontrava-se em abstinência ≥6 meses⁽⁴⁾.
- Nunca fumou: indivíduos que nunca fumaram ou fumaram <100 cigarros ao longo da vida⁽⁴⁾.
- Etilismo: classificado de acordo com critérios do Vigitel/MS em consumo atual, consumo pregresso e nunca consumiu; para análises, foi dicotomizado em sim/não⁽⁴⁾.
- Sedentarismo: ausência de prática regular de atividade física autorreferida⁽⁴⁾.
- Dependência nicotínica: avaliada pelo Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina, versão validada para o

Brasil⁽⁸⁾. A pontuação varia de 0 a 10, categorizada como muito baixa (0–2), baixa (3–4), moderada (5–6) e alta/muito alta (7–10)⁽⁸⁾.

Coleta de Dados

A coleta ocorreu nas dependências da UAPS, onde os participantes preencheram um questionário eletrônico com auxílio de pesquisadores capacitados. O instrumento contemplou: (i) dados sociodemográficos (sexo, escolaridade); (ii) hábitos de vida (consumo de álcool, prática de atividade física); (iii) sintomas cardiorrespiratórios (dor torácica, palpitação, tosse e dispneia); (iv) conhecimento sobre o tabagismo como fator de risco para HAS, complicações da hipertensão, complicações do cigarro e benefício da cessação; (v) história familiar de hipertensão e comorbidades; e (vi) escore de dependência nicotínica pelo teste de Fagerström para fumantes. O teste atribui pontos conforme o tempo até o primeiro cigarro, dificuldade em não fumar em locais proibidos, importância do primeiro cigarro, número de cigarros por dia, maior frequência de fumo pela manhã e uso de cigarro mesmo estando doente⁽⁸⁾. Os dados foram exportados para planilha criptografada acessível apenas aos pesquisadores.

Análise Estatística

As análises foram realizadas no software Jamovi⁽⁹⁾. Variáveis contínuas foram

descritas por médias e desvios padrão ou medianas e intervalos interquartis conforme distribuição avaliada pelo teste de Shapiro–Wilk.

Variáveis foram categorizadas conforme definições operacionais previamente estabelecidas: etilismo foi dicotomizado como “sim” (consumo atual ou cessado) ou “não”; sedentarismo foi definido pela ausência de prática regular de atividade física; sintomas cardiorrespiratórios foram recategorizados em presença de qualquer sintoma; variáveis de conhecimento foram classificadas em sim ou não; escolaridade foi dicotomizada em ensino médio/superior e ensino fundamental/nenhum; história familiar de HAS presente ou ausente; sexo masculino ou feminino. O teste de Fagerström gerou escore de 0–10 pontos, categorizado em baixa (0–4), moderada (5–6) ou alta dependência (≥ 7).

A associação entre tabagismo e variáveis categóricas (prevalência de tabagismo entre os expostos versus a prevalência entre os não expostos) foi avaliada por meio de testes do qui-quadrado de Pearson (ou exato de Fisher quando apropriado) utilizando tabelas de contingência 2x2 ou maiores. Para variáveis ordinárias (tempo de hipertensão), estimou-se a média e a mediana de cada grupo e aplicou-se o teste t para comparação de médias. A Tabela 1 representa a correspondência entre o teste utilizado e a variável/comparação.

Tabela 1: Acervo Pessoal dos Autores.	
Variável/Comparação	Teste utilizado
Consumo de álcool (Sim vs. Não)	Teste exato de Fisher
Prática de atividade física (Sedentário vs. Ativo)	Teste exato de Fisher
Dor torácica/palpitação (Presença de sintomas)	Qui-quadrado
Sintomas respiratórios (Presença de sintomas)	Qui-quadrado
Conhece que fumar é fator de risco para HAS (Sim vs. Não)	Teste exato de Fisher
Conhece complicações da hipertensão (Sim vs. Não)	Teste exato de Fisher
Conhece complicações do tabagismo (Sim vs. Não)	Teste exato de Fisher
Sabe que cessar o tabagismo melhora a HAS (Sim vs. Não)	Teste exato de Fisher
Comorbidades além da HAS (Sim vs. Não)	Teste exato de Fisher
Histórico familiar de hipertensão (Presente vs. Ausente)	Teste exato de Fisher
Sexo (Masculino vs. Feminino)	Teste exato de Fisher
Escolaridade (Médio/Superior vs. Fundamental/Nenhum)	Teste exato de Fisher

Variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada ou consideradas teoricamente relevantes foram incluídas em modelo multivariado de regressão de Poisson com variância robusta, tendo como variável desfecho o status de tabagismo (fumante ou não fumante). Foram reportadas razões de prevalência (RP) com intervalos de confiança de 95%. Os p-valores foram obtidos pelo teste de Wald para cada coeficiente do modelo. Adicionalmente, ajustou-se regressão logística para estimar odds ratios (OR), apresentada como análise de sensibilidade⁽¹⁰⁾. A qualidade do ajuste do modelo foi verificada pelo teste de Hosmer–Lemeshow. O nível de significância adotado foi de 5%.

Considerações Éticas

A pesquisa atendeu à Declaração de Helsinque e à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Parecer nº 7.307.431/2024 e CAAE nº 85091524.8.0000.5052). Todos os participantes assinaram termo de consentimento informado e tiveram garantia de anonimato e confidencialidade.

RESULTADOS

Perfil dos Participantes

O perfil geral dos participantes está

ilustrado na Tabela 2. O estudo incluiu 120 pacientes hipertensos, dos quais 25 (20,8%) eram tabagistas. A amostra foi composta predominantemente por mulheres, que representaram 65,8% (79/120), enquanto os homens corresponderam a 34,2% (41/120). Em relação à escolaridade, observou-se maior frequência de indivíduos com ensino fundamental incompleto (60/119; 50,4%), seguido por ensino médio incompleto (15/119; 12,6%), ausência de escolaridade formal (17/119; 14,3%) e ensino médio completo (12/119; 10,1%); apenas 6 participantes tinham ensino superior completo (5,0%) e 3 (2,5%) ensino superior incompleto. O tempo de diagnóstico da hipertensão variou, sendo mais comum o intervalo de 10 a 20 anos (46/120; 38,3%), seguido por 5 a 10 anos (26/120; 21,7%), 1 a 3 anos (19/120; 15,8%), 3 a 5 anos (17/120; 14,2%) e menos de 1 ano (12/120; 10,0%).

Entre os fumantes, 56% eram mulheres e 44% homens, enquanto entre os não fumantes a proporção feminina foi de 69,5%. O consumo atual ou passado de álcool mostrou-se mais frequente entre fumantes (96%) do que entre não fumantes (62%). A presença de sintomas cardiorrespiratórios foi relatada por 72% dos fumantes e 44% dos não fumantes, enquanto sintomas respiratórios ocorreram em 76% e 45%, respectivamente. A maioria dos fu-

mantes reconhecia o cigarro como fator de risco para hipertensão (92%) e sabia que a cessação poderia melhorar o controle pressórico (84%), proporções mais elevadas do que entre os não fumantes (59% e 46%, respectivamente).

No conjunto total, 81,7% (98/120) dos participantes relataram alguma comorbidade além da hipertensão, e 90,8% (109/120) referiram história familiar da doença. O conhecimento sobre tabagismo e hipertensão variou: 79 (65,8%) identificaram o fumo como fator de risco, 73 (60,8%) sabiam das complicações da hipertensão, 78 (65,0%) reconheciam as complicações do cigarro e 65 (54,2%) tinham ciência de que parar de fumar melhora a condição clínica. Quanto à sintomatologia, metade da amostra (60/120; 50,0%) não apresentava dor torácica nem palpitação, enquanto 40 (33,3%) relataram pelo menos um desses sintomas. Em relação às manifestações respiratórias, 62 (51,7%) referiram tosse, dispneia ou fadiga, enquanto 58 (48,3%) não apresentavam tais queixas. A prática de atividade física foi mencionada por 43 (35,8%) indivíduos, contrastando com 77 (64,2%) que se declararam sedentários. O consumo de álcool, atual ou pregresso, foi relatado por 83 (69,2%), enquanto 37 (30,8%) afirmaram nunca ter ingerido bebida alcoólica.

Tabela 2: Acervo Pessoal dos Autores.				
Característica	Categoria	N (%)	Tabagistas (N = 25)	Não tabagistas (N = 95)
Sexo	Feminino	79 (65,8 %)	14 (56,0 %)	66 (69,5 %)
	Masculino	41 (34,2 %)	11 (44,0 %)	29 (30,5 %)
Escolaridade	Analfabeto	17 (14,2 %)	6 (24,0 %)	12 (12,6 %)
	Ensino fundamental incompleto	60 (50,0 %)	10 (40,0 %)	50 (52,6 %)
	Ensino fundamental completo	6 (5,0 %)	0 (0,0 %)	6 (6,3 %)
	Ensino médio incompleto	15 (12,5 %)	4 (16,0 %)	11 (11,6 %)
	Ensino médio completo	12 (10,0 %)	4 (16,0 %)	8 (8,4 %)
	Ensino superior incompleto	3 (2,5 %)	0 (0,0 %)	3 (3,2 %)
	Ensino superior completo	6 (5,0 %)	1 (4,0 %)	5 (5,3 %)
Tempo desde o diagnóstico de hipertensão	< 1 ano	12 (10,0 %)	5 (20,0 %)	7 (7,4 %)
	1–3 anos	19 (15,8 %)	2 (8,0 %)	17 (17,9 %)
	3–5 anos	17 (14,2 %)	2 (8,0 %)	15 (15,8 %)

Artigo Original

Brandão YF, Costa LB, Bernardes ACS, Gonçalves TTSA, Chaves BS, Assis LFP

Prevalência de Tabagismo e Fatores Associados em Pacientes Hipertensos Acompanhados na Atenção Primária em Fortaleza, Ceará

Tempo desde o diagnóstico de hipertensão	5–10 anos	26 (21,7 %)	5 (20,0 %)	21 (22,1 %)
	10–20 anos	46 (38,3 %)	11 (44,0 %)	35 (36,8 %)
Comorbidade(s) prévia(s)	Não	22 (18,3 %)	3 (12,0 %)	19 (20,0 %)
	Sim	98 (81,7 %)	22 (88,0 %)	76 (80,0 %)
Histórico familiar de hipertensão	Não	11 (9,2 %)	3 (12,0 %)	8 (8,4 %)
	Sim	109 (90,8 %)	22 (88,0 %)	87 (91,6 %)
Conhece que o fumo é fator de risco para hipertensão	Não	41 (34,2 %)	2 (8,0 %)	39 (41,1 %)
	Sim	79 (65,8 %)	23 (92,0 %)	56 (58,9 %)
Conhece complicações da hipertensão	Não	47 (39,2 %)	5 (20,0 %)	42 (44,2 %)
	Sim	73 (60,8 %)	20 (80,0 %)	53 (55,8 %)
Conhece complicações do cigarro	Não	42 (35,0 %)	3 (12,0 %)	39 (41,1 %)
	Sim	78 (65,0 %)	22 (88,0 %)	56 (58,9 %)
Sabe que parar de fumar melhora a hipertensão	Não	55 (45,8 %)	4 (16,0 %)	51 (53,7 %)
	Sim	65 (54,2 %)	21 (84,0 %)	44 (46,3 %)
Presença de sintomas cardiorrespiratórios (dor torácica ou palpitação)	Nenhum	60 (50,0 %)	7 (28,0 %)	53 (55,8 %)
	Apenas dor torácica	7 (5,8 %)	1 (4,0 %)	6 (6,3 %)
	Apenas palpitação	23 (19,2 %)	5 (20,0 %)	18 (18,9 %)
	Ambos os sintomas	30 (25,0 %)	12 (48,0 %)	18 (18,9 %)
Presença de sintomas respiratórios	Nenhum	58 (48,3 %)	6 (24,0 %)	52 (54,7 %)
	Apenas cansaço	14 (11,7 %)	6 (24,0 %)	8 (8,4 %)
	Apenas falta de ar	13 (10,8 %)	3 (12,0 %)	10 (10,5 %)
	Apenas tosse	7 (5,8 %)	1 (4,0 %)	6 (6,3 %)
	Cansaço e falta de ar	5 (4,2 %)	1 (4,0 %)	4 (4,2 %)
	Cansaço e tosse	5 (4,2 %)	1 (4,0 %)	4 (4,2 %)
	Falta de ar e tosse	3 (2,5 %)	2 (8,0 %)	1 (1,1 %)
	Todos os sintomas	15 (12,5 %)	5 (20,0 %)	10 (10,5 %)
Prática de atividade física	Não	77 (64,2 %)	17 (68,0 %)	60 (63,2 %)
	Sim	43 (35,8 %)	8 (32,0 %)	35 (36,8 %)
Etilismo	Não (nunca bebeu)	37 (30,8 %)	1 (4,0 %)	36 (37,9 %)
	Sim (alguma categoria)	83 (69,2 %)	24 (96,0 %)	59 (62,1 %)
	Etilismo prévio ocasional	23 (19,2 %)	4 (16,0 %)	19 (20,0 %)
	Etilismo prévio frequente	35 (29,2 %)	10 (40,0 %)	25 (26,3 %)
	Etilismo atual ocasional	20 (16,7 %)	7 (28,0 %)	13 (13,7 %)
	Etilismo atual 1 vez/semana	3 (2,5 %)	2 (8,0 %)	1 (1,1 %)
	Etilismo atual 2–5 dias/semana	1 (0,8 %)	1 (4,0 %)	0 (0,0 %)
	Etilismo atual ≥ 6 dias/semana	1 (0,8 %)	0 (0,0 %)	1 (1,1 %)
Histórico do tabagismo	Nunca fumou	78 (65,0 %)	0 (0,0 %)	78 (82,1 %)
	Ex-fumante	17 (14,2 %)	0 (0,0 %)	17 (17,9 %)
	Fuma e nunca tentou parar	2 (1,7 %)	2 (8,0 %)	0 (0,0 %)
	Fuma e já tentou parar	23 (19,2 %)	23 (92,0 %)	0 (0,0 %)

Dependência de Nicotina (Teste de Fagerström)

Entre os 25 fumantes, o escore de Fagerström variou de 0 a 9 pontos (média

≈ 4,5; mediana = 4). Conforme a classificação tradicional (0–2 = muito baixa; 3–4 = baixa; 5–6 = moderada; 7–8 = alta; 9–10 = muito alta), 32% apresen-

taram dependência muito baixa, 20% baixa, 12% moderada, 24% alta e 12% muito alta. Considerando-se dependência elevada a partir de 6 pontos, 40% dos

fumantes exibiram níveis alto ou muito alto de dependência; quando incluídas as pontuações 5–6, 48% apresentaram

dependência moderada ou mais severa. Cerca de 44% tinham hábito tabágico de ≥ 10 anos e 28 % fumavam mais de

20 cigarros por dia. Esses achados estão representados na Tabela 3.

Tabela 3: Acervo Pessoal dos Autores.

Categoria de Dependência	Intervalo de Pontos	N (%)
Muito baixa	0–2	8 (32%)
Baixa	3–4	5 (20%)
Moderada	5–6	3 (12%)
Alta	7–8	6 (24%)
Muito alta	9–10	3 (12%)

Tempo de Diagnóstico de Hipertensão

O tempo desde o diagnóstico foi estimado a partir de categorias: “menor de 1 ano”, “1–3 anos”, “3–5 anos”, “5–10 anos” e “10–20 anos”. Os fumantes tinham tempo médio aproximado de 8,3 anos e mediana de 8 anos; os não fumantes tinham média de 7,9 anos e mediana de 8 anos. Teste t aplicado a esses valores aproximados não indicou diferença significativa entre os grupos ($p \approx 0,72$), sugerindo que a duração da

hipertensão não influenciou o hábito de fumar.

Análise Bivariada

Na análise bivariada, descrita na Tabela 4, o consumo de álcool e a presença de sintomas respiratórios (tosse, falta de ar ou cansaço) foram os fatores mais fortemente associados ao tabagismo. Pacientes que referiram consumo atual ou pregresso de álcool apresentaram prevalência de tabagismo mais de dez vezes superior àqueles que nunca

havia ingerido álcool (RP = 10,7; IC95% = 1,5–76,1). A presença de sintomas respiratórios esteve associada a uma prevalência quase três vezes maior de tabagismo (RP = 3,0; IC95% = 1,27–6,90). Sintomas cardiorrespiratórios (dor torácica ou palpitação), conhecimento sobre riscos do fumo, conhecimento sobre benefícios da cessação, escolaridade, comorbidades, história familiar de hipertensão, sedentarismo e sexo não mostraram associações significativas na análise bruta.

Tabela 4: Acervo Pessoal dos Autores.

Variável/comparação	Fumantes (n = 25)	Não fumantes (n = 95)	RP (IC95 %)	p valor
Consumo de álcool (Sim vs. Nunca)	24/25 (96,0 %)	59/95 (62,1 %)	10,70 (1,50–76,15)	0,0025
Prática de atividade física (Sedentário vs. Ativo)	16/25 (64,0 %)	61/95 (64,2 %)	0,99 (0,48–2,05)	1,0000
Dor torácica/palpitação (≥ 1 sintoma vs. Nenhum)	18/25 (72,0 %)	42/95 (44,2 %)	2,57 (1,16–5,70)	0,0192
Sintomas respiratórios (≥ 1 sintoma vs. Nenhum)	19/25 (76,0 %)	43/95 (45,3 %)	2,96 (1,27–6,90)	0,0618
Conhece que fumar é fator de risco para HAS (Sim vs. Não)	23/25 (92,0 %)	56/95 (58,9 %)	5,97 (1,48–24,08)	0,0017
Conhece complicações da hipertensão (Sim vs. Não)	20/25 (80,0 %)	53/95 (55,8 %)	2,58 (1,04–6,39)	0,0374
Conhece complicações do tabagismo (Sim vs. Não)	22/25 (88,0 %)	56/95 (58,9 %)	3,95 (1,25–12,43)	0,0086
Sabe que cessar o tabagismo melhora a HAS (Sim vs. Não)	21/25 (84,0 %)	44/95 (46,3 %)	4,44 (1,62–12,16)	0,0007
Escolaridade média/superior (Médio/Superior vs. Fundamental/Nenhum)	9/25 (36,0 %)	27/95 (28,4 %)	1,31 (0,64–2,69)	0,4706
Comorbidades além da HAS (Sim vs. Não)	22/25 (88,0 %)	76/95 (80,0 %)	1,65 (0,54–5,02)	0,5615
Histórico familiar de hipertensão (Sim vs. Não)	22/25 (88,0 %)	87/95 (91,6 %)	0,74 (0,26–2,08)	0,6963
Sexo (Masculino vs. Feminino)	11/25 (44,0 %)	29/95 (30,5 %)	1,57 (0,79–3,14)	0,2366

Legenda: RP – razão de prevalência (fumantes na categoria de interesse ÷ fumantes na categoria de referência); IC95% – intervalo de confiança de 95%; p-valor obtido pelos testes de associação (qui-quadrado ou exato de Fisher).

Na análise bivariada, o consumo de álcool despontou como a variável mais fortemente associada ao tabagismo: fumantes apresentaram prevalência dez vezes maior de etilismo em compara-

ção com não fumantes (RP = 10,70; IC95 % 1,50–76,15; $p = 0,0025$). Observou-se ainda que a ocorrência de sintomas cardiorrespiratórios (RP = 2,57; IC95 % 1,16–5,70; $p = 0,019$), sin-

tomas respiratórios (RP = 2,96; IC95 % 1,27–6,90; p = 0,0618), o conhecimento de que o fumo é fator de risco para hipertensão (RP = 5,97; IC95 % 1,48–24,08; p = 0,0017), a consciência das complicações da hipertensão (RP = 2,58; IC95 % 1,04–6,39; p = 0,0374) e do tabagismo (RP = 3,95; IC95 % 1,25–12,43; p = 0,0086), bem como a percepção de que a cessação do tabaco melhora a pressão arterial (RP = 4,44; IC95 % 1,62–12,16; p = 0,0007) estiveram associados ao hábito de fumar. Por outro lado, sedentarismo, nível educacional, presença de comorbidades, história familiar de hipertensão e sexo não apresentaram associação significativa.

Fatores Associados ao Tabagismo
Para avaliar simultaneamente o efeito das variáveis estudadas sobre o tabagismo, ajustou-se um modelo de regressão de Poisson com variância robusta, ilustrado na Tabela 5. Na análise bruta, consumo de álcool, sintomas cardiorrespiratórios, sintomas respiratórios e conhecimento prévio sobre os riscos e complicações do fumo mostraram associação com o desfecho. Após o ajuste multivariado, apenas o consumo de álcool e a presença de sintomas respiratórios mantiveram significância estatística. Pacientes que relataram consumo atual ou pregresso de álcool apresentaram prevalência de tabagismo quase nove vezes maior que aqueles que

nunca beberam (RP ajustada = 9,19; IC95 % 1,40–60,28; p = 0,034). A presença de sintomas respiratórios (tosse, falta de ar ou cansaço) associou-se a uma prevalência de tabagismo aproximadamente duas vezes e meia maior (RP ajustada = 2,52; IC95 % 1,07–5,94; p = 0,032). As demais variáveis (sedentarismo, sintomas cardiorrespiratórios, conhecimento do risco e da cessação, escolaridade, comorbidade, histórico familiar e sexo) não permaneceram significativas, indicando que seu impacto é menor ou inexistente na população analisada.

Tabela 5: Acervo Pessoal dos Autores.			
Variável	RP bruta (IC95 %)	RP ajustada (IC95 %)	p-valor
Consumo de álcool	10,70 (1,50–76,15)	9,19 (1,40–60,28)	0,034
Sedentarismo	0,99 (0,48–2,05)	0,94 (0,47–1,88)	0,80
Sintomas respiratórios	2,96 (1,27–6,90)	2,52 (1,07–5,94)	0,032
Sintomas cardiorrespiratórios	2,57 (1,16–5,70)	1,80 (0,73–4,44)	0,25
Conhece fumo como fator de risco	5,97 (1,48–24,08)	4,08 (1,14–14,58)	0,07
Conhece que cessação melhora a HAS	4,44 (1,62–12,16)	1,98 (0,59–6,72)	0,28
Escolaridade (médio/superior)	1,31 (0,64–2,69)	1,26 (0,69–2,29)	0,30
Comorbidade além da HAS	1,65 (0,54–5,02)	1,31 (0,44–3,93)	0,41
Histórico familiar de hipertensão	0,74 (0,26–2,08)	0,92 (0,29–3,00)	0,80
Sexo masculino	1,57 (0,79–3,14)	1,75 (1,02–2,98)	0,08

Regressão Logística (análise de sensibilidade)

Na análise de sensibilidade com regressão logística, o consumo de álcool manteve associação expressiva com tabagismo (OR ajustado ≈ 18,0; IC 95 % = 1,97–165,8; p = 0,011) e a presença de sintomas respiratórios exibiu OR ≈ 4,4 (IC 95 % = 1,18–16,59; p = 0,027); as demais covariáveis não foram significativas. Essas estimativas mostram que os fumantes que consomem álcool têm probabilidade muito maior de fumar do que os abstêmios,

e que sintomas respiratórios também estão associados a maior chance de tabagismo. Esses valores, bem mais altos que as razões de prevalência obtidas na regressão de Poisson, ilustram a tendência da regressão logística a superestimar associações quando o desfecho é relativamente frequente.

DISCUSSÃO

Este estudo identificou prevalência de tabagismo de 20,8% entre hipertensos atendidos na Atenção Primária

à Saúde (APS), proporção superior à média nacional reportada pelo Vigilante 2023, que aponta queda sustentada do tabagismo nas capitais brasileiras, com prevalência em torno de 9,3% entre adultos⁽⁴⁾. Os achados confirmam que, apesar do declínio do consumo no Brasil, o cigarro permanece como fator de risco relevante em grupos específicos, como os portadores de hipertensão.

Observou-se associação independente do tabagismo com consumo de álcool e com sintomas respiratórios, enquanto variáveis sociodemográficas e clínicas

não se mantiveram significativas. Esses resultados sugerem que comportamentos de risco desempenham papel mais determinante do que características individuais nesta população. A relação entre etilismo e tabagismo já foi amplamente descrita em estudos brasileiros, com destaque para investigações em Jequié, Bahia, que observaram, no programa Hiperdia, que 93% dos hipertensos não fumavam no momento da entrevista, mas 38,4% referiram hábito pregresso, e 50,4% já consumiram álcool, havendo associação significativa entre consumo de álcool e tabaco⁽⁶⁾. Além disso, em uma pesquisa em Iguatu, Ceará, a cessação conjunta do álcool e do fumo foi relatada como prática incentivada por profissionais de saúde⁽¹¹⁾. Dados de São Benedito, no Ceará, também demonstraram hábitos de vida pouco saudáveis entre hipertensos, incluindo alta frequência de consumo de álcool e baixa prática de atividade física⁽¹²⁾. Além disso, estudo em Baturité destacou o tabagismo e o etilismo como problemas centrais entre hipertensos, associados ao excesso de peso e à baixa adesão ao autocuidado⁽¹³⁾.

A presença de sintomas respiratórios entre fumantes é consistente com evidências que apontam o impacto imediato do tabaco sobre o aparelho cardiorrespiratório, contribuindo para aumento da morbidade. Revisão em Sobral, Ceará, identificou o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo e a hipertensão como fatores de risco modificáveis para doenças cerebrovasculares, reforçando a necessidade de abordagem integrada na APS⁽¹⁴⁾. A coexistência de fatores de risco comportamentais, como álcool e tabaco, é reconhecida por potencializar danos à saúde, indicando que intervenções isoladas podem ser insuficientes.

Do ponto de vista clínico, os resultados reforçam a necessidade de estratégias integradas na APS. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo recomenda abordagem sistemática, com uso do protocolo PAAPA e oferta de aconselhamento individual ou

em grupo, associado à farmacoterapia para casos de dependência moderada ou alta⁽¹⁵⁾. Em nossa amostra, quase metade dos fumantes apresentou esse perfil, o que justifica a prescrição de adesivos de nicotina ou bupropiona em associação ao suporte comportamental. As diretrizes brasileiras de hipertensão também destacam que, embora a cessação não promova redução imediata da pressão arterial, o abandono do tabaco reduz substancialmente eventos cardiovasculares e mortalidade⁽³⁾.

Na APS, profissionais devem abordar de forma integrada tabagismo, etilismo e outros fatores de risco cardiovascular. O Caderno de Atenção Primária nº 29 recomenda rastreamento rotineiro do uso nocivo de álcool na APS, utilizando instrumentos como CAGE ou AUDIT, seguidos de aconselhamento breve para casos positivos⁽¹⁶⁾. Pacientes com dependência devem ser encaminhados a serviços especializados, como Centros de Atenção Psicossocial, conforme diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial⁽¹⁷⁾. A integração entre rastreamento do tabaco e do álcool pode otimizar recursos e favorecer intervenções mais eficazes.

O fato de fumantes apresentarem maior conhecimento sobre os riscos do tabaco e sobre benefícios da cessação sugere que ações educativas têm sido direcionadas a esse grupo. Entretanto, a dependência nicotínica observada, cerca de metade com moderada ou alta dependência, reforça a necessidade de suporte intensivo. As diretrizes brasileiras de hipertensão recomendam a cessação do tabagismo, ainda que a redução direta da pressão arterial após parar de fumar seja modesta, pois o abandono do cigarro reduz eventos cardiovasculares e mortalidade⁽³⁾. Programas de cessação baseados em aconselhamento breve, farmacoterapia (adesivos de nicotina, bupropiona, vareniclina) e acompanhamento regular devem ser incorporados à rotina da APS⁽³⁾.

O fortalecimento dos fluxos de referência e contrarreferência também se

faz necessário. Fumantes com comorbidades graves, dependência muito alta ou múltiplas tentativas prévias de cessação sem sucesso podem demandar encaminhamento a centros de referência em tabagismo ou serviços de pneumologia para abordagem multiprofissional. A Portaria n.º 2.436/2017, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, reafirma o papel da APS na coordenação do cuidado e na articulação com outros níveis de atenção⁽¹⁸⁾. Da mesma forma, pacientes com uso nocivo de álcool ou transtornos mentais concomitantes devem ser acompanhados em serviços especializados, conforme a linha de cuidado de álcool e outras drogas.

Os resultados devem ser interpretados à luz de limitações. A amostra foi de conveniência e pequena, reduzindo a precisão das estimativas e a generalização para outras populações. O desenho transversal impede inferir causalidade e não permitiu avaliar a temporalidade entre exposição e desfecho. Informações autorreferidas podem sofrer viés de memória ou de desejabilidade social. Por outro lado, o estudo utilizou instrumento padronizado, incluiu diversas variáveis comportamentais e empregou análise multivariada, fornecendo subsídios para o planejamento de ações na APS.

CONCLUSÃO

O tabagismo permanece prevalente entre hipertensos atendidos na APS e está associado de forma independente ao consumo de álcool e a sintomas respiratórios, indicando determinantes comportamentais predominantes. A elevada proporção de dependência nicotínica moderada ou alta reforça a necessidade de suporte intensivo. Esses achados sustentam a incorporação sistemática de grupos de cessação, rastreamento de etilismo e farmacoterapia no cotidiano da APS, articulados a linhas de cuidado já estabelecidas no SUS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Hypertension: key facts. Geneva: WHO; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde lança linha de cuidado para prevenção e controle do tabagismo. Brasília: INCA; 2021. Disponível em: <https://shorturl.at/2JLut>.
3. Brandão AA, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia; 2025; 122(9):e20250624.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Vigilatel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/vigitel>.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Tabagismo e dislipidemia: prevenção dos fatores de risco para pessoas com hipertensão e diabetes. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://l1nk.dev/5FSgM>.
6. Anunciação MJS, et al. Qualidade de vida de hipertensos atendidos na atenção primária à saúde. Saúde Debate; 2015;39:637-652.
7. Prefeitura de Fortaleza. Prefeitura de Fortaleza inaugura o 9º posto de saúde totalmente novo. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza; 2016. Disponível em: <https://l1nk.dev/EJW5m>.
8. MENESES-GAYA, C. et al. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Teste de Fagerström de dependência de nicotina. São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria; 2009; 31(1):43-7.
9. Jamovi Project. Jamovi (versão 2.3). Sydney: The Jamovi Project; 2024. Disponível em: <https://www.jamovi.org>.
10. Barros AJD et al. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Medical Research Methodology; 2003; 21(3):1471-2288.
11. Silva LA, Uchôa FSV. Prática do autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial. Cadernos ESP; 2016;10:8-21.
12. Ferreira AA, Vasconcelos BB, Oliveira MAS. Estudo sociodemográfico e epidemiológico de pacientes hipertensos do município de São Benedito, CE, Brasil. Essentia; 2017; 18(2):48-61.
13. Figueredo RL. Plano de Intervenção Educativa para pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica de Unidade Básica de Saúde de Baturité, Ceará [trabalho de conclusão de curso]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015.
14. Araújo MC, Silva MBF, Ponte KMA. Conhecimento e riscos para acidente vascular cerebral em mulheres. SANARE; 2018; 17(2):6-12.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Rastreamento. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
17. Mendes CRS, Miranda MDC, Lima FET, Brito EAWS, Freitas I, Matias EO. Self-care practice of patients with arterial hypertension in primary health care. Rev Rene. 2016; 17(1):52-9.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União; 2017.