Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Qualidade de vida de tabagistas na atenção primária à saúde

Quality of life of smokers in primary health care

Calidad de vida de los fumadores en atención primaria de salud

Jéssica Cunha Alves[1], Ana Alexandrina Silva Pinheiro[1] , Kátia Fernanda Alves Moreira[1], Mariana Arinana Canuto Pereira[1], Luís Felipe Silio[1], Leila Matos da Silva Jacob[1] , Fernanda Ramires de Arruda[1], Edson dos Santos Farias[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em fumantes atendidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família em Porto Velho, RO, utilizando o SF-36. **Métodos:** Estudo transversal com 70 participantes. Foram realizadas análises de correlação bisserial pontual e regressão linear múltipla para verificar associações entre os domínios da QVRS e problemas de saúde. **Resultados:** A média de idade foi de 48,7 anos (±14,8), com predominância do sexo masculino (52,9%). As pontuações do SF-36 apresentaram média geral de 60,7 (±19,3). Observou-se correlação negativa entre problemas de saúde e os domínios saúde geral, funcionamento físico, dor, vitalidade, saúde mental e funcionamento social. Na regressão linear múltipla, saúde geral e funcionamento físico explicaram 34,5% da variabilidade dos problemas de saúde (R^2 = 0,345; $p < 0,001$). **Conclusão:** Pior percepção de saúde geral e menor funcionamento físico associaram-se ao maior comprometimento da saúde, indicando a necessidade de intervenções na atenção primária.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Tabagismo, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze health-related quality of life (HRQoL) in smokers attended by Family Health Strategy teams in Porto Velho, RO, using the SF-36. **Methods:** Cross-sectional study with 70 participants. Point-by-point biserial correlation analyses and multiple linear regression were performed to verify associations between HRQoL domains and health problems. **Results:** The mean age was 48.7 years (±14.8), with a predominance of males (52.9%). The SF-36 scores had a mean overall score of 60.7 (±19.3). A negative correlation was observed between health problems and the domains of general health, physical functioning, pain, vitality, mental health, and social functioning. In the multiple linear regression, general health and physical functioning explained 34.5% of the variability in health problems (R^2 = 0.345; $p < 0.001$). **Conclusion:** Poorer perception of overall health and reduced physical functioning were associated with greater health impairment, indicating the need for interventions in primary care.

Keywords: Quality of life, Smoking, Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en fumadores atendidos por equipos de Estrategia de Salud Familiar en Porto Velho, RO, utilizando el SF-36. **Métodos:** Estudio transversal con

[1] Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho – RO.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 6/2026**

70 participantes. Se realizaron análisis de correlación biserial punto por punto y regresión lineal múltiple para verificar asociaciones entre dominios de CVRS y problemas de salud. **Resultados:** La edad media fue de 48,7 años (±14,8), con predominio de hombres (52,9%). Las puntuaciones del SF-36 tuvieron una puntuación global media de 60,7 (±19,3). Se observó una correlación negativa entre problemas de salud y los dominios de salud general, funcionamiento físico, dolor, vitalidad, salud mental y funcionamiento social. En la regresión lineal múltiple, la salud general y el funcionamiento físico explicaron el 34,5% de la variabilidad en problemas de salud ($R^2 = 0,345$; $p < 0,001$). **Conclusión:** Una peor percepción de la salud general y una menor capacidad funcional física se asociaron con un mayor deterioro de la salud, lo que indica la necesidad de intervenciones en la atención primaria.

Palabras clave: Calidad de vida, Tabaquismo, Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um conceito multidimensional que reflete a percepção individual do próprio bem-estar físico, mental, emocional e social, em relação a seus objetivos, expectativas, valores e contexto cultural (SINGH R, et al., 2023). Ela vai além da simples ausência de doença, incluindo capacidades funcionais, satisfação pessoal e equilíbrio entre os diversos domínios da vida, sendo amplamente utilizada como indicador do estado geral de saúde (ZONG X, et al., 2017).

Nas últimas décadas, os avanços científicos e tecnológicos contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população, mas também trouxeram mudanças no estilo de vida, como sedentarismo, alimentação inadequada e aumento do consumo de álcool e tabaco, fatores que elevam o risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (VIANA RC e SAMPAIO MA, 2020). Nesse contexto, a qualidade de vida tem sido utilizada como importante indicador de saúde pública, permitindo avaliar o impacto dos hábitos e das condições de saúde na vida das pessoas (OLIVEIRA JP e FONSECA LB, 2020).

O tabagismo é reconhecido como um dos principais problemas de saúde pública, sendo responsável por elevada morbimortalidade e considerado uma das maiores causas de mortes evitáveis no mundo (LIMA RS, et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025). A dependência da nicotina está associada a pior qualidade de vida e maior predisposição a doenças cardiorrespiratórias, câncer e distúrbios mentais (OLIVEIRA MM, et al., 2015; CASTRO LS, et al., 2022). Durante a pandemia da COVID-19, observou-se aumento do consumo de tabaco, influenciado por alterações no convívio social e pelo aumento do estresse e da ansiedade (MALTA DC, et al., 2022; ARAÚJO AGP, et al., 2024).

No estado de Rondônia, dados do VIGITEL (2022) mostram que o percentual de fumantes adultos (11,1%) em Porto Velho é semelhante à média nacional (12,6%) (INCA, 2022). Essa situação reforça a necessidade de fortalecer as ações de promoção à saúde e cessação do tabagismo nas Unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF), visando melhorar a qualidade de vida dessa população, especialmente em um contexto socioeconômico de Índice de Desenvolvimento Humano municipal considerado intermediário (0,736) (IBGE, 2023).

Compreende-se, portanto, que o tabagismo, aliado a outros hábitos prejudiciais, impacta negativamente a qualidade de vida, interferindo no bem-estar físico, psicológico e social (JUNIOR JS e LIMA FM, 2021; OLIVEIRA JP e FONSECA LB, 2020).

O objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida de pessoas tabagistas atendidas por quatro equipes de uma Unidade de Estratégia da Saúde da Família (ESF), utilizando como instrumento de avaliação o SF-36. Essa análise busca compreender de que forma o tabagismo influencia os diferentes domínios da qualidade de vida, permitindo identificar possíveis impactos físicos, emocionais e sociais relacionados ao hábito de fumar, além de subsidiar estratégias de intervenção voltadas à promoção da saúde e ao apoio na cessação do tabagismo (ARAÚJO AGP, et al., 2024).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, correlacional, que teve como objetiva analisar a qualidade de vida pelo SF-36 de pessoas tabagistas atendidas por quatro equipes de Saúde da Família (eSF), no município de Porto Velho- RO.

O cenário do estudo foi uma Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no município de Porto Velho, estado de Rondônia. A UBSF apresenta uma estrutura pequena, com a oferta de vários serviços de saúde: sala de vacina, sala de procedimentos, farmácia, atendimentos por agendamentos e demanda espontânea (médico, de enfermagem e odontológico), grupo de hiperdia, de tabagismo, de gestante, de criança e grupo de mulheres, visitas domiciliares, acompanhamento do bolsa família, dispensação de preservativos e medicações, serviço de regulação, entre outros.

De acordo com o último censo demográfico de 2023, possui uma população de 460.434 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDH-M) é de 0,736, significando razoável desenvolvimento (IBGE, 2023). A amostra foi a não probabilística por conveniência foi composto por 265 cidadãos ativos cadastrados, sendo 70 participantes elegíveis para o estudo.

Foram incluídos no estudo pessoas que faziam uso de cigarros (tabaco, nicotina, eletrônicos, narguilé), com idade maior ou igual a 18 anos, com cadastro ativo nas equipes do período matutino, com disponibilidade para a entrevista. Os critérios de exclusão foram: usuários incapazes de responder ao instrumento de pesquisa (necessidade de intérprete, dificuldade de comunicação e leitura), usuários com distúrbio psicótico ou em período de surtos, usuários com comorbidade grave, como câncer em estágio terminal.

O período de coleta de dados foi de setembro a novembro de 2023 e se deu por meio de aplicação de questionário “SF-36 (Medical Outcomes Short-Form Health Survey) ”. Este instrumento avalia a qualidade de vida multidimensional de indivíduos. Foi desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli e colaboradores, em 1997. É composto por 36 itens, sendo oito domínios: capacidade funcional (1 questão), aspectos físicos (1 questão), dor (2 questões), estado geral de saúde (2 questões), vitalidade (1 questão), aspectos sociais (2 questões), aspectos emocionais (1 questão) e saúde mental (1 questão) (ADORNO MLG e BRASIL-NETO JP, 2013).

Os domínios do questionário de qualidade de vida Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) foram analisados separadamente e receberam uma pontuação de 0 a 100, conforme indicado no questionário, do pior para o melhor status de saúde. Essa pontuação indica que quanto mais perto de zero, pior a qualidade de vida da pessoa naquele domínio e quanto mais próximo de 100, melhor qualidade de vida (ADORNO MLG e BRASIL-NETO JP, 2013).

Para chegar ao escore de 0 a 100, o primeiro passo foi identificar qual o valor de referência atribuído para cada questão do questionário (**Quadro 1**). Na segunda etapa do cálculo, para cada um dos 8 domínios do questionário, foi necessário transformar os valores das questões anteriores em notas (de 0 a 100), por meio da fórmula (**Figura 2**), indicando o status de saúde.

Quadro 1 - Estrutura dos Domínios e Composição dos Itens do SF-36.

Domínio	Itens Correspondentes	Limite Inferior	Amplitude de Variação
Capacidade funcional	3 a 12	10	20
Limitação por aspectos físicos	13 a 16	4	4
Dor	21 e 22	2	10
Estado geral de saúde	1 e 33 a 36	5	20
Vitalidade	23, 27, 29 e 31	4	20
Aspectos sociais	20 e 32	2	8
Limitação por aspectos emocionais	17 a 19	3	3
Saúde mental	24, 25, 26, 28 e 30	5	25

Nota explicativa: Cálculo dos escores (0–100): Os escores de cada domínio do SF-36 são calculados em três etapas: 1. Recodificação dos itens: algumas questões possuem pontuação invertida, sendo necessário padronizar os valores para que todos os itens sigam a mesma direção interpretativa (maiores valores indicando melhor estado de saúde). 2. Cálculo do escore bruto: soma-se a pontuação dos itens pertencentes a cada domínio. 3. Transformação linear para escala de 0 a 100: utiliza-se a fórmula: Escore Transformado = ((Escore Bruto Obtido – Limite Inferior) / Amplitude de Variação) × 100. O resultado varia de 0 a 100, sendo 0 correspondente ao pior estado de saúde e 100 ao melhor estado de saúde. Cada domínio deve ser analisado separadamente.
Fonte: Alves JC, et al., 2026. Fundamentado em: Adorno MLG e Brasil-Neto JP, 2013.

Quadro 2 - Fórmula para o cálculo dos domínios dos questionários de Qualidade de Vida SF-36.

Fórmula para o cálculo do domínio
Domínio = valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100 / vairação (Score Range

Fonte: Alves JC, et al., 2026. Fundamentado em: Adorno MLG e Brasil-Neto JP, 2013.

Os usuários convidados para o estudo foram identificados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), durante visitas domiciliares e busca ativa no território. O convite e explicação prévia do estudo também se estenderam durante os grupos de tabagismo ou atendimentos em consultório, realizados por qualquer profissional da equipe (ACS, médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem).

Após identificação dos, foram programados datas e horários, na unidade de saúde, domicílio ou no grupo de tabagismo, para esclarecimento detalhado do estudo e aplicação do questionário, após concordância na participação, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), sendo este realizado somente pela pesquisadora. Além disso, foi utilizado um questionário autoaplicavel sociodemográfico.

Após o cálculo dos domínios, realizou-se a análise estatística com o programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20, para Windows®. Foram realizadas as medidas de tendência central e dispersão, representadas pelas médias, desvio padrão e intervalos de confiança 95% (IC95%) em relação às médias. Para as variáveis qualitativas categorizadas, foram realizadas as frequências absolutas e relativas (%) e seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC95%).

O coeficiente de correlação ponto bisserial (rpb) foi utilizado para correlacionar os domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 com as variáveis sociodemográficas e problema de saúde (p<0,05). Para verificar a tendência foi utilizado o modelo de regressão linear simples, cuja variável resposta (Y) foi problema de saúde, e a variável explicativa (X), os oito domínios do questionário de qualidade de vida SF-36. Foram utilizados o coeficiente não padronizado (β) e Erro do desvio padrão (SE), o coeficiente padronizado de Beta, teste T e o nível de significância 5%.

A técnica utilizada para estimar a tendência foi o modelo de regressão linear multipla, cuja variável resposta (Yi) foi a proporção do indicador e a variável explicativa (Xi) foi o tempo (ano do levantamento). O sinal negativo do coeficiente angular (β) da reta ajustada pelo modelo indica que a relação entre o indicador e o tempo é decrescente, enquanto o valor do coeficiente angular positivo representa o aumento médio anual. Como medida de adequação do modelo foi utilizada a análise de resíduo. O nível de significância estabelecido foi de 5%.

Este projeto foi vinculado ao projeto matriz denominado “Atenção à saúde em Rondônia: perspectiva assistencial, do trabalho e da Educação na Saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), sob o parecer de número 5.890.371, CAAE: 66833023.1.0000.5300, conforme diretrizes da Resolução 466/CNS/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa também foi autorizada pela Divisão Gestora de Educação Permanente-DGEP/SEMUSA, através da assinatura do termo de anuência institucional e liberação do Parecer Técnico-Científico (PTC).

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 70 pessoas tabagistas atendidas em uma unidade básica de saúde (UBS) na cidade de Porto Velho, RO. Na **Tabela 1** está apresentada caracterização do perfil dos domínios do questionário SF-36 e variáveis sociodemográficas por meio de médias, desvio padrão e intervalo de confiança 95% (IC95%), a idade foi 48,75 ± 14,83; IC95% (45,19 – 52,31) anos, e de cada domínio do questionário SF-36 foram: Estado geral de saúde 52,26 ± 20,65; IC95% (47,29 – 57,22), Capacidade funcional 68,84 ± 23,42; IC95% (63,21 – 74,46), Limitação por aspectos físicos 51,10 ± 41,65; IC95% (41,09 – 61,10), Limitação por aspectos emocionais 52,18 ± 44,48; IC95% (41,50 – 62,87), Aspectos sociais 74,79 ± 24,73; IC95% (68,85 – 80,73), Dor 56,04 ± 30,21; IC95% (48,78 – 63,30), Vitalidade 57,89 ± 19,14; IC95% (53,29 – 62,49) e Saúde mental 71,28 ± 21,94; IC95% (66,01 – 76,56), a

pontuação total foi 60,73 ± 19,35; IC95% (56,11 – 65,34). As variáveis sociodemográficas com maiores frequências foram à meia idade 42,9%, sexo masculino 52,9%, raça/cor parda 61,4%, estado civil solteiro 50,0%, escolaridade ensino fundamental 52,9%, não ser aposentado 84,3%, renda menor ou igual a um salário-mínimo 45,7% e autorrelatou mais de um problema de saúde 54,3% respectivamente.

Na **Tabela 2** estão expressos os valores de coeficiente de correlação ponto bisserial (r_{pb}) entre os oito domínios do Questionário da Qualidade de Vida SF-36 e as variáveis sociodemográficas. É possível observar correlação negativa (r= -0,56, p <0,001) entre Estado Geral de saúde com problemas de saúde, assim, menor os problemas de saúde, maior o domínio do Estado Geral de Saúde. No domínio da capacidade funcional as correlações foram negativas com classificação da idade (r= -0,35, p=0,003), indicando quanto maior a idade, menor capacidade funcional, na escolaridade a correlação positiva (r = 0,33, p=0,005) , ou seja, quanto maior a escolaridade, melhor a capacidade funcional, o aposentado a correlação foi positiva (r= 0,27, p=0,023), ser aposentado é um aspecto negativo para capacidade funcional, os problemas de saúde a correlação foi negativa (r=-0,43, p<0,001), quanto maior a capacidade funcional, menor os problemas de saúde.

No domínio por aspectos físicos com a classificação da idade a correlação foi negativa (r=-0,29, p=0,014), quanto menor a idade, maior os aspectos físicos, a escolaridade a correlação foi positiva (r= 0,44, p<0,001), quanto maior escolaridade, melhor os aspecto físico, a renda a correlação foi positiva (r= 0,26, p=0,033), quanto maior a renda, melhor o aspecto físico, problemas de saúde a correlação foi positiva (r= -0,45, p<0,001), quanto maior os problemas de saúde, pior os aspectos físicos. No domínio por aspectos emocionais com os problemas de saúde a correlação foi negativa (r= -0,29, p=0,016), quanto maior os problemas de saúde, pior são os aspectos emocionais. Nos aspectos sociais com os problemas de saúde a correlação foi negativa (r= -0,32, p=0,008), quanto menor os problemas de saúde, melhor os aspectos sociais. É possível observar uma correlação negativa (r= -0,42, p<0,001) entre a dor e os problemas de saúde, ou seja, quanto maior os problemas de saúde pior são a dor - menor a pontuação do questionário. É possível observar correlação negativa (r = -0,33, p=0,005) entre a vitalidade e os problemas de saúde, ou seja, quanto maior os problemas de saúde, menor vitalidade. Também é possível observar uma correlação negativa (r= -0,23, p=0,046) entre saúde mental e os problemas de saúde, ou seja, quanto maior os problemas de saúde, pior é a saúde mental do indivíduo – menor a pontuação do questionário.

A **Tabela 3** apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla, realizada com o objetivo de analisar a associação entre os problemas de saúde e os diferentes domínios de qualidade de vida mensurados pelo SF-36. O modelo inicial (Modelo 1) incluiu apenas o domínio estado geral de saúde, que apresentou associação negativa e estatisticamente significativa com os problemas de saúde (β = -0,022; p < 0,001), explicando 29,9% da variância do desfecho (R^2 = 0,299).

No Modelo 2, com a inclusão da variável capacidade funcional, observou-se melhora do ajuste do modelo (R^2 = 0,345). Tanto o estado geral de saúde (β = -0,016; p < 0,001) quanto a capacidade funcional (β = -0,010; p < 0,001) mostraram-se preditores significativos dos problemas de saúde, indicando que piores percepções de saúde geral e menor capacidade funcional estão associadas a maiores níveis de comprometimento da saúde.

Ao incluir o domínio limitação por aspectos físicos (Modelo 3), o coeficiente de determinação aumentou marginalmente (R^2 = 0,354). Nesse modelo, o estado geral de saúde (β = -0,015; p < 0,001) e a capacidade funcional (β = -0,007; p = 0,001) mantiveram-se significativamente associados ao desfecho, enquanto limitação por aspectos físicos não apresentou significância estatística (p = 0,117).

Nos Modelos 4 a 8, foram adicionados progressivamente os demais domínios do SF-36 (limitação por aspectos emocionais, aspectos sociais, dor, vitalidade e saúde mental). Entretanto, a inclusão dessas variáveis não contribuiu para o aumento da variância explicada, com valores de R^2 variando entre 0,316 e 0,346, nem resultou em novos preditores significativos. Em todos esses modelos, apenas o domínio estado geral de saúde manteve-se estatisticamente significativo (β variando de -0,014 a -0,015; p < 0,01).

Dessa forma, o modelo que melhor explicou a variação nos problemas de saúde foi o Modelo 2, composto pelos domínios estado geral de saúde e capacidade funcional, ambos com associação negativa significativa, indicando que quanto pior a percepção da saúde e menor a capacidade funcional, maior a probabilidade de ocorrência de problemas de saúde entre os participantes.

Tabela 1 - Caracterização do perfil dos domínios do questionário SF-36 e variáveis sociodemograficas de pessoas tabagistas atendidas em uma unidade de estratégia da saúde da família, Porto Velho, RO, n=70. 2023.

Variáveis	Média	Desvio padrão	IC95%
Idade	48,75	14,83	45,19 -52,31
Estado geral de saúde	52,26	20,65	47,29 – 57,22
Capacidade funcional	68,84	23,42	63,21 – 74,46
Limitação por aspectos físicos	51,10	41,65	41,09 – 61,10
Limitação por aspectos emocionais	52,18	44,48	41,50 – 62,87
Aspectos sociais	74,79	24,73	68,85 – 80,73
Dor	56,04	30,21	48,78 – 63,30
Vitalidade	57,89	19,14	53,29 – 62,49
Saúde mental	71,28	21,94	66,01 – 76,56
Pontuação total SF-36	60,73	19,35	56,11 – 65,34
	n	**%**	**IC95%**
Idade			
Adulto jovem	22	31,4	21,76-43,02
Meia idade	30	42,9	31,93-54,22
Idoso	18	25,7	16,92-37,02
Sexo			
Feminino	33	47,1	35,90-58,67
Masculino	37	52,9	41,32-64,09
Raça/cor			
Branca	10	14,3	7,94-24,33
Preta	17	24,3	15,75-35,49
Parda	43	61,4	49,71-71,95
Estado civil			
Solteiro	35	50,0	38,59-61,40
Casado/união estável	27	38,6	28,04-50,28
Viúvo	8	11,4	5,90-20,96
Escolaridade			
Ensino fundamental	37	52,9	41,32-64,09
Ensino médio	23	32,9	22,99-44,49
Ensino superior	10	14,3	7,94-24,33
Aposentado			
Sim	11	15,7	9,00-25,98
Não	59	84,3	74,01-90,99
Renda			
≤ 1 SM	32	45,7	34,57-57,30
2 SM	27	38,6	28,04-50,28
≥ 3 SM	11	15,7	9,00-25,98
Problemas de saúde			
Nenhum	32	45,7	34,57-57,30
Um problema de saúde	20	28,6	19,32-40,05
Mais de um problema de saúde	18	25,7	16,92-37,02

Fonte: Alves JC, et al., 2026.

Tabela 2 - Coeficiente de correlação ponto bisserial (r_{pb}) dos domínios de qualidade de vida SF-36 com as variáveis sociodemográficas de pessoas tabagistas atendidas em uma unidade de estratégia da saúde da família, Porto Velho, RO, n=70.

Domínios		Idade	Sexo	Class/idade	Raça	Estado civil	Escolaridade	Aposentado	Renda	Problemas de saúde
Estado geral de saúde	r_{pb}	0,10	0,00	0,04	-0,08	0,18	0,12	-0,11	0,14	**-0,56**
	p	0,404	0,736	0,736	0,465	0,130	0,330	0,369	0,258	**<0,001****
	IC95%	-0,14; 0,33	-0,23; 0,24	-0,21; 0,28	-0,32; 0,16	-0,08; 42	-0,15; 0,39	-0,31; 0,09	-0,12; 0,36	**-0,70; -0,41**
Capacidade funcional	r_{pb}	-0,26	0,12	**-0,35**	-0,12	-0,00	**0,33**	**0,27**	0,23	**-0,43**
	p	0,031	0,329	**0,003***	0,326	0,981	**0,005***	**0,023***	0,054	**<0,001****
	IC95%	-0,48; -0,02	0,12; 0,35	**-0,54; -0,15**	-0,32; 0,08	-0,24; 0,21	**0,09; 0,55**	**0,09; 0,45**	-0,02; 0,43	**-0,67-; -0,27**
Limitação por aspectos físicos	r_{pb}	**-0,23**	0,14	**-0,29**	**-0,26**	-0,16	**0,44**	0,23	**0,26**	**-0,45**
	p	**0,05***	0,235	**0,014***	**0,028***	0,174	**<0,001****	0,054	**0,033***	**<0,001****
	IC95%	**-0,45; -0,02**	-0,09; 0,39	**-0,50; -0,07**	**-0,48; -0,01**	-0,40; 0,07	**0,23; 0,63**	-0,03; 0,44	**0,03; 0,45**	**-0,65; -0,22**
Limitação por aspectos emocionais	r_{pb}	-0,10	**0,04***	-0,06	-0,05	0,03	0,23	0,03	0,19	**-0,29**
	p	0,407	**0,763**	0,619	0,687	0,809	0,058	0,769	0,115	**0,016***
	IC95%	-0,32; 0,12	**-0,18; 0,27**	-0,29; 0,16	-0,28; 0,19	-0,22; 0,25	-0,02; 0,45	-0,18; 0,25	-0,05; 0,41	**-0,01; 0,11**
Aspectos sociais	r_{pb}	-0,12	0,13	-0,16	-0,02	0,02	0,06	0,01	0,16	**-0,32**
	p	0,304	0,263	0,171	0,826	0,901	0,624	0,928	0,172	**0,008***
	IC95%	-0,34; 0,07	-0,11; 0,36	-0,37; 0,04	-0,30; 0,26	-0,26; 0,24	-0,19; 0,30	-0,21; 0,27	-0,07; 0,40	**-0,53; -0,08**
Dor	r_{pb}	-0,16	-0,02	-0,22	-0,14	-0,01	0,18	0,14	0,19	**-0,42**
	p	0,184	0,881	0,068	0,243	0,992	0,129	0,254	0,120	**<0,001****
	IC95%	-0,42; 0,08	-0,21; 0,08	-0,43; 0,01	-0,36; 0,10	-0,22; 0,21	-0,08; 0,41	-0,01; 0,30	-0,03; 0,38	**-0,60; -0,23**
Vitalidade	r_{pb}	0,16	0,21	0,12	0,09	0,07	-0,05	-0,13	0,21	**-0,33**
	p	0,173	0,082	0,333	0,439	0,587	0,699	0,264	0,32	**0,005***
	IC95%	-0,04; 0,36	0,01; 0,43	-0,11; 0,31	-0,15; 0,33	-0,01; 0,11	-0,01; 0,11	-0,35; 0,09	-0,10; 0,33	**-0,53 -0,11**
Saúde mental	r_{pb}	0,07	0,16	0,032	0,02	-0,08	-0,04	-0,12	0,09	**-0,23**
	p	0,529	0,193	0,794	0,870	0,494	0,747	0,311	0,420	**0,046***
	IC95%	-0,16; 0,33	-0,07; 0,41	-0,20; 0,27	-0,20; 0,27	-0,30; 0,11	-0,27; 0,19	-0,28; 0,04	-0,09; 0,30	**-0,46; 0,02**

Legenda: coeficiente de correlação ponto bisserial (r_{pb}) * p<0,05; **p <0,001;
Fonte : Alves JC, et al., 2026.

Tabela 3 - Análise de regressão linear múltipla dos problemas de saúde com dos domínios de qualidade de vida SF-36. 2023. n = 70

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T	p
Variáveis	**β**	**SE**	**Beta**		
	Modelo 1				
Constante	1,96	0,222		8,834	<0,001
Estado geral de saúde	-0,022	0,004	-0,564	-5,629	<0,001
	R^2 = 0,299				
	Modelo 2				
Constante	2,33	0,265			
Estado geral de saúde	-0,016	0,004	-0,422	8,813	<0,001
Capacidade funcional	-0,010	0,004	-0,273	-3,728	<0,001
	R^2 = 0,345			-2,413	0,019
	Modelo 3				
Constante	2,249	0,271			
Estado geral de saúde	-0,015	0,004	-0,387	8,304	
Capacidade funcional	-0,007	0,004	-0,198	-3.354	0,001
Limitação por aspectos físicos	-0,003	0,002	-0,164	-1,587	0,117
	R^2 =0,354			-1,371	0,175
	Modelo 4				
Constante	2,267	0,277		8,177	<0,001
Estado geral de saúde	-0,015	0,005	-0,379	-3,232	0,002
Capacidade funcional	-0,007	0,005	-0,190	-1,484	0,143
Limitação por aspectos físicos	-0,003	0,002	-0,153	-1,226	0,225
Limitação por aspectos emocionais	-0,001	0,002	-0,047	-0,428	0,670
	R^2 = 0,346				
	Modelo 5				
Constante	2,402	0,326		7,364	<0,001
Estado geral de saúde	-0,015	0,005	-0,371	-3,146	0,003
Capacidade funcional	-0,006	0,005	0,170	-1,303	0,197
Limitação por aspectos físicos	-0,003	0,002	-0,156	-1,246	0,217
Limitação por aspectos emocionais	0,000	0,002	-0,009	-0,076	0,940
Aspectos sociais	-0,003	0,004	-0,093	-0,791	0,432
	R^2 = 0,342				
	Modelo 6				
Constante	2,399	0,328		7,303	<0,001
Estado geral de saúde	-0,014	0,005	-0,361	-2,972	0,004
Capacidade funcional	-0,006	0,005	-0,161	-1,204	0,233
Limitação por aspectos físicos	-0,003	0,003	-0,143	-1,094	0,278
Limitação por aspectos emocionais	-0,005	0,002	-0,005	-0,039	0,969
Aspectos sociais	-0,003	0,004	-0,085	-0,708	0,482
Dor	-0,001	0,004	-0,051	-0,389	0,698
	R^2 = 0,333				
	Modelo 7				
Constante	2,456	0,358			
Estado geral de saúde	-0,014	0,005	-0,353	6,855	<0,001
Capacidade funcional	-0,006	0,005	-0,165	-2,847	0,006
Limitação por aspectos físicos	-0,003	0,003	-0,138	-1,221	0,227
Limitação por aspectos emocionais	-0,005	0,002	-0,001	-1,045	0,300
Aspectos sociais	-0,002	0,004	-0,070	-0,008	0,993
Dor	-0,001	0,004	-0,042	-0,558	0,579
Vitalidade	-0,002	0,005	-0,049	-0,319	0,715
	R^2 = 0,324			-0,411	0,682
	Modelo 8				
Constante	2,399	0,375		6,404	<0,001
Estado geral de saúde	-0,015	0,005	-0,368	-2,883	0,005
Capacidade funcional	-0,006	0,005	-0,175	-1,277	0,207
Limitação por aspectos físicos	-0,003	0,003	-0,131	-0,980	0,331
Limitação por aspectos emocionais	-0,005	0,002	-0,005	-0,042	0,967
Aspectos sociais	-0,003	0,004	-0,084	-0,651	0,518
Dor	-0,001	0,004	-0,034	-0,254	0,801
Vitalidade	-0,003	0,005	-0,069	-0,549	0,585
Saúde mental	0,003	0,005	0,067	0,550	0,584
	R^2 = 0,316				

Legenda: B = coeficiente não padronizado; β = coeficiente padronizado; T = valor do teste t; p = nível de significância estatística. Valores de p < 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. SF-36 = Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey.
Fonte: Alves JC, et al. (2026).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a qualidade de vida das pessoas tabagistas atendidas em uma Unidade de Estratégia da Saúde da Família (ESF) apresentou médias moderadas em todos os domínios do SF-36, com destaque para os aspectos sociais e saúde mental, que obtiveram melhores escores, enquanto os domínios de limitação por aspectos físicos, dor e estado geral de saúde foram os mais comprometidos. Esses achados reforçam que o tabagismo exerce impacto negativo sobre múltiplos aspectos da qualidade de vida, sobretudo nos componentes físicos e de percepção global de saúde, corroborando estudos prévios realizados com populações tabagistas em diferentes contextos (OLIVEIRA A, et al., 2015; CASTRO B, et al., 2022).

O domínio estado geral de saúde apresentou correlação negativa e significativa com a presença de problemas de saúde ($r = -0,56$; $p < 0,001$), sendo também o principal preditor do desfecho na análise de regressão múltipla ($\beta = -0,016$; $p < 0,001$). Esse achado indica que quanto pior a percepção do estado geral de saúde, maior a probabilidade de coexistirem doenças crônicas e agravos associados. Resultados semelhantes foram encontrados por Lima R, et al. (2017) e Malta DC, et al. (2022), que identificaram que o consumo contínuo de tabaco reduz a percepção positiva de saúde e aumenta o risco de doenças cardiovasculares e respiratórias, impactando diretamente o bem-estar físico e psicológico.

A capacidade funcional também apresentou correlação negativa significativa com a idade ($r = -0,35$; $p= 0,003$) e com a presença de problemas de saúde ($r = -0,43$; $p < 0,001$), além de correlação positiva com a escolaridade ($r = 0,33$; $p = 0,005$). Esses resultados sugerem que tabagistas mais velhos e com menor nível de escolaridade tendem a apresentar pior desempenho físico e menor autonomia para atividades cotidianas. Esse padrão é coerente com o processo cumulativo de exposição ao tabaco e com a associação entre menor escolaridade, hábitos de vida menos saudáveis e menor acesso a informações preventivas (MAHDAVIAZAD M, et al., 2022; ESPINOSA M, 2022).

Na análise de regressão, a capacidade funcional manteve associação significativa com os problemas de saúde, explicando conjuntamente com o estado geral de saúde cerca de 34,5% da variância do desfecho ($R^2 = 0,345$). Isso evidencia que esses dois domínios são determinantes importantes na percepção de saúde entre tabagistas, refletindo tanto os efeitos fisiológicos da dependência nicotínica quanto limitações funcionais decorrentes de doenças crônicas e do sedentarismo.

Os aspectos físicos e emocionais também mostraram correlações negativas com idade e problemas de saúde, demonstrando que o tabagismo impacta tanto a capacidade física quanto o equilíbrio emocional. Durante a pandemia da COVID-19, estudos apontaram agravamento de sintomas depressivos, ansiedade e aumento do consumo de tabaco, especialmente em grupos socialmente vulneráveis (MALTA DC, et al., 2022; ALPERS S, et al., 2024; CARRERAS G, et al., 2023), o que pode contribuir para a piora desses domínios.

No domínio vitalidade, observou-se correlação negativa com problemas de saúde ($r = -0,33$; $p = 0,005$), evidenciando que o tabagismo está associado à fadiga, cansaço e menor disposição para atividades diárias. Tais achados corroboram a literatura que aponta que o uso prolongado de nicotina interfere na oxigenação tecidual e na qualidade do sono, reduzindo a energia e a motivação para o autocuidado (CASTRO B, et al., 2022; MATTHEWS T, et al., 2024).

Os aspectos sociais e a saúde mental apresentaram médias relativamente elevadas (74,79 e 71,28, respectivamente), o que pode indicar que, apesar dos prejuízos físicos, os indivíduos mantêm algum nível de interação social e estabilidade emocional, possivelmente decorrentes do apoio das equipes da ESF e dos grupos de tabagismo. No entanto, a correlação negativa entre saúde mental e problemas de saúde ($r =-0,23$; $p = 0,046$) indica que o impacto psicossocial do tabagismo persiste, especialmente entre aqueles com comorbidades associadas.

De forma geral, os resultados deste estudo reforçam que o tabagismo compromete múltiplas dimensões da qualidade de vida, sobretudo o estado geral de saúde e a capacidade funcional, e que fatores como idade, escolaridade e presença de doenças crônicas modulam esse impacto. Esses achados são consistentes com estudos nacionais e internacionais que apontam o tabagismo como fator determinante para pior percepção de saúde e redução do bem-estar global (LIMA R, et al., 2017).

Além disso, ressalta-se o papel da Estratégia Saúde da Família como espaço fundamental para o desenvolvimento de ações voltadas à cessação do tabagismo e à melhoria da qualidade de vida, uma vez que a Atenção Primária à Saúde é responsável pela coordenação do cuidado e pelo acompanhamento longitudinal dos usuários, favorecendo intervenções educativas, acompanhamento clínico e suporte psicossocial contínuo. Estudos recentes demonstram que a atuação multiprofissional, associada a grupos de apoio, terapias comportamentais e acompanhamento sistemático, contribui significativamente para a redução do consumo de tabaco e para a melhora dos aspectos físicos, emocionais e sociais relacionados à qualidade de vida (LIMA R, et al., 2024; SILVA P, et al., 2025; BRASIL, 2023). Nesse contexto, a oferta de ações estruturadas no âmbito da atenção básica fortalece o vínculo entre equipe e usuário, amplia a adesão ao tratamento e favorece a reabilitação funcional e emocional, refletindo positivamente nos indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde.

Entre as limitações, ressalta-se o delineamento transversal, que impossibilita estabelecer relações de causalidade, e o uso de amostra por conveniência, restrita a uma única unidade de saúde, o que limita a generalização dos resultados. Contudo, o uso de instrumento validado e amplamente reconhecido (SF-36) e a análise estatística robusta fortalecem a validade dos achados.

Os resultados indicam a necessidade de fortalecer políticas públicas de controle do tabagismo na atenção primária, com foco em estratégias que considerem não apenas a cessação do uso, mas também a melhoria dos componentes físicos e mentais da qualidade de vida. Intervenções interdisciplinares e ações educativas contínuas podem contribuir para a promoção da saúde integral dessa população.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que o tabagismo impacta negativamente a qualidade de vida dos participantes, especialmente nos domínios estado geral de saúde e capacidade funcional do SF-36. Indivíduos com problemas de saúde, idade mais avançada e menor escolaridade apresentaram piores escores, evidenciando influência de fatores clínicos e sociodemográficos. A análise de regressão indicou que o estado geral de saúde foi o principal preditor da qualidade de vida, reforçando a necessidade de ações integradas na atenção primária voltadas à cessação do tabagismo e à promoção do bem-estar físico e mental. Esses resultados destacam o papel essencial da Estratégia Saúde da Família na melhoria da qualidade de vida de pessoas tabagistas, por meio de intervenções educativas, acompanhamento multiprofissional e incentivo a hábitos saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. ADORNO MLG, BRASIL-NETO JP. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 em lombalgia crônica. Acta Ortop Bras, 2013; 21(4): 202-207.
2. ALPERS SE, et al. The association of psychological distress and economic and health worries with tobacco smoking behavior during the COVID-19 pandemic: a two-year longitudinal cohort study. BMC Public Health, 2024.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo: diretrizes para o tratamento do tabagismo na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/inca. Acesso em: 9 out. 2025.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Dia Mundial sem Tabaco 2025: ações de prevenção e tratamento do tabagismo na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 11 mar. 2026.
5. CARRERAS G, et al. Smoking intensity changes during the COVID-19 pandemic waves in a cohort of smokers in Italy. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 2023.
6. CASTRO ACP, et al. Impacto do tabagismo na qualidade de vida relacionada à saúde: revisão sistemática e meta-análise. Rev Saúde Pública, 2022.
7. CASTRO LC, et al. Tabagismo e qualidade de vida: uma revisão integrativa. Rev Bras Promoç Saúde, 2022.

8. GOLDBERG SB, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 2021; 85: 102018.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Brasília: IBGE, 2023.
10. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 11 mar. 2026.
11. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Vigitel Brasil 2022: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
12. JUNIOR JRF, LIMA MAR. Qualidade de vida e hábitos de vida em adultos fumantes: revisão narrativa. Rev Saúde Desenvolv, 2021.
13. LIMA AS, et al. Tabagismo e doenças associadas: impacto na saúde e na qualidade de vida. Rev Bras Enferm, 2017.
14. LIMA FFS, et al. A relevância da ação multiprofissional da Atenção Primária à Saúde no combate ao tabagismo. Rev CROMG, 2024.
15. LIMA RT, et al. Qualidade de vida de fumantes e não fumantes atendidos na atenção básica de saúde. Rev Bras Enferm, 2017.
16. MAHDAVIAZAD H, et al. Prevalence of tobacco smoking and its socioeconomic determinants. Clin Respir J, 2022.
17. MALTA DC, et al. Comportamentos de risco e bem-estar durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: uso de tabaco, álcool e saúde mental. Cad Saúde Pública, 2022.
18. MALTA DC, et al. Mudanças no padrão de consumo de tabaco e fatores associados durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Cad Saúde Pública, 2022.
19. MATTHEWS JA, et al. Associations between self-reported sleep quality, fatigue severity and factors associated with smoking cessation among regular smokers. Nicotine Tob Res, 2024.
20. OLIVEIRA MF, et al. Avaliação da qualidade de vida em fumantes e ex-fumantes de um programa de cessação do tabagismo. Rev Assoc Med Bras, 2015.
21. OLIVEIRA RM, et al. Impacto do tabagismo na qualidade de vida de adultos. Rev Bras Epidemiol, 2015.
22. SILVA RS, et al. Acompanhamento de grupos de cessação do tabagismo na Atenção Primária à Saúde. SUMMA – Diálogos em Saúde, 2025.
23. SINGH A, et al. Health-related quality of life among smokers: a population-based study in India. BMC Public Health, 2023.
24. VIANA MP, SAMPAIO RF. Estilo de vida e doenças crônicas: uma análise contemporânea. Rev Bras Ciênc Saúde, 2019.
25. VIANA RC, SAMPAIO MA. Determinantes sociais e tabagismo: desigualdades na exposição e no acesso ao tratamento. Saúde Debate, 2019.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. Acesso em: 11 mar. 2026.