

JOSÉ AUGUSTO RIBAS FORTES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO HÁBITO DE FUMAR EM
CURITIBA**

**MESTRADO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ**

CURITIBA

2017

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

Fortes, José Augusto Ribas

F738p Prevalência e fatores associados ao hábito de fumar em Curitiba / José
2016 Augusto Ribas Fortes ; orientador, Dalton Bertolim Précoma ; co-orientador,
 Roberto Flávio Silva Pecoits-Filho. -- 2016

81 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2016.

Bibliografia: p. 37-40

1. Fumo - Vício. 2. Epidemiologia. 3. Prevalência. 4. Sistema cardiovascular
- Doenças - Fatores de risco. 4. Pulmões – Doenças – Fatores de risco.
I. Précoma, Dalton Bertolim. II. Pecoits-Filho, Roberto Flávio Silva. III. Pontifícia
Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde. IV. Título

CDD 20. ed. – 616.865

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DISSERTAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE EM NÍVEL DE MESTRADO DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ.

Aos quatorze dias do mês de dezembro de 2016 às 08h e 30min., realizou-se a sessão pública de defesa de dissertação, "Prevalência e Fatores Associados ao Hábito de Fumar em Curitiba" apresentado por José Augusto Ribas Fortes para obtenção do título de mestre; Área de Concentração: Medicina e áreas afins.

A Banca Examinadora foi composta pelos seguintes membros:

MEMBROS DA BANCA	ASSINATURA
Prof. Dr. Dalton Bertolin Prêcoma - Presidente (PUCPR)	
Prof. Dr. Emilton Lima Junior (UFPR)	
Prof. Dr. Roberto Flávio Silva Pecoits-Filho (PUCPR)	

De acordo com as normas regimentais a Banca Examinadora deliberou sobre os conceitos a serem distribuídos e que foram os seguintes:

Prof. Dr. Dalton Bertolin Prêcoma

Conceito: Aprovado

Prof. Dr. Emilton Lima Junior

Conceito: 4,0 a 2,0

Prof. Dr. Roberto Flávio Silva Pecoits-Filho

Conceito: Aprovado

Parecer Final: Aprovado

Observações da Banca Examinadora:

Prof. Dr. Dalton Bertolin Prêcoma
Presidente da Banca Examinadora

Prof. Dr. Roberto Flávio Silva Pecoits-Filho
Coordenador do PPGCS - PUCPR

DEDICATÓRIA

Dedico este passo importante de minha vida a quem representa tudo que sou e para quem vivo. Meus pais Ana e André, minha esposa Fernanda e meus filhos Gustavo e Luiza. Vocês são tudo para mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço da forma mais genuína e sincera possível:

Primeiramente ao meu orientador Prof. Dr. Dalton Bertolim Précoma, que além de todas virtudes, conhecimentos e experiência, me fez ter muito maior consciência do quanto devemos ser humanos, pacientes e generosos. Em todos momentos de dificuldades, sempre foi uma voz de apoio e incentivo, nunca deixando esmorecer a vontade de realizar essa parte do meu projeto de vida.

Ao senhor, professor Dalton, toda gratidão de um eterno amigo.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Roberto Flávio Silva Pecoits-Filho, outro grande exemplo de generosidade e humanismo. Exemplo de como a ciência e coleguismo devem sempre andar juntas, os quais demonstram resultados muito melhores e eficientes do que o individualismo competitivo.

À decana da escola de Medicina Prof.^a Dr.^a Lídia Zytynski de Moura, a qual foi e sempre será para mim, a irmã que nunca tive. No momento mais difícil de minha vida foi confidente paciente e exemplo de que não existem dificuldades que não possam ser enfrentadas.

À colega Ana Maria Cavalcanti pela oportunidade e generosidade de poder fazer parte do projeto de sua vida, e compartilhar seus conhecimentos e aflições.

Ao colega e amigo Prof. Dr. José Knopholz por todo apoio e paciência nas diversas dificuldades enfrentadas, sempre entendendo de forma humana e generosa.

Àqueles professores que moldaram e transformaram meu modo de ser e viver a Medicina em sua plenitude, como Professor Doutor Paulo Roberto Ferreira Rossi e os professores João Manuel Cardoso Martins e Carlos Castelo Branco Neto.

Ao professor Emilton Lima Júnior, que foi inspiração e esteve presente em vários momentos da minha vida profissional, desde seu início no Vestibular de Medicina, ao realizar o convite para se tornar professor de Medicina e entrar na vida acadêmica.

Aos colegas Jean Rodrigo Taffarel, Gibran Avelino Frandoloso, Gustavo Lenci Marques e Jerusa Miqueloto, que por todas as vezes que precisei, me deram apoio e me auxiliaram nos momentos difíceis, de forma a continuar minha jornada.

A Prof.^a Márcia Olandoski pela ajuda e presteza no auxílio a estatística, demonstrando genuína vontade de ajudar.

A secretária Jane Domênica, que sempre foi paciente diante das aflições e preocupações do aluno.

Meu agradecimento especial a meu pai André Fortes, meu exemplo de homem, o qual minhas memórias dos tempos em que passava semanas, meses, estudando e trabalhando na busca de conhecimento e profissionalismo, moldaram o meu jeito de ser e foram de total importância no meu caráter e amor pela ciência.

A minha mãe Ana, que me fez tudo o que sou hoje. Que apesar dos meus defeitos e virtudes, sem ela não seria “eu”, seria outrem. Tudo que julgo, vejo, procuro, sinto, sofro e me alegro, é sentido como você. Não haveria José Fortes sem você mãe.

E finalmente , e especialmente, a minha esposa Fernanda, a força que me empurra, mesmo sem querer ou até saber. Mãe das melhores coisas que fiz na vida, Luiza e Gustavo.

EPÍGRAFE

“Em qualquer tempo, em qualquer lugar no vosso trabalho de dia ou de noite, possam ser pacientes, equilibrados e meticolosos; leais à ciência e à humanidade, abnegados no trabalho e sensíveis na vida”.

(João Manuel Cardoso Martins, 1975)

RESUMO

Introdução: O hábito de fumar é um dos principais fatores de risco para diversas patologias, entre elas as doenças cardiovasculares, doenças degenerativas pulmonares e neoplasias malignas. Cerca de um sexto da população mundial tem esse hábito e Curitiba, capital do estado Paraná da região Sul do Brasil, tem uma das maiores prevalências de tabagismo do país. Entender suas particularidades e conhecer seus determinantes torna-se peça chave no conhecimento desta patologia.

Metodologia: Foram utilizadas informações presentes no banco de dados EPICUREAN, projeto de estudo populacional transversal, o qual foram aplicados questionários a 1.103 pessoas em seus domicílios, de uma amostra complexa em 4 dos 10 distritos sanitários da cidade de Curitiba entre agosto de 2013 a agosto 2014. Foram empregados métodos de rolagem da amostragem através da abordagem em esgotamento e os dados relativos ao tabagismo separados para análise.

Resultados: O hábito de fumar foi comum a 16,06% da população da cidade, sendo desta, 25,44% ex-fumantes. O gênero masculino (OR: 1,84; IC=1,18-2,56; p = 0,007), inatividade física (OR: 2,04; IC=1,23-3,39; p=0,006), abuso do álcool (OR: 2,93; IC=1,94-4,42; p<0,001) e risco de depressão maior que 3 pelo escore PHQ9 (OR: 1,64; IC=1,15-2,64; p=0,007) estiveram associados a um maior risco de ser fumante. A presença de diabetes (OR: 0,34; IC=0,16-0,85; p=0,019) e escore FINDRISC maior que 12, diminuíram o risco (OR: 1,58; IC=1,04-2,41; p=0,032).

Conclusão: A cidade de Curitiba apresenta alta prevalência do hábito de fumar e os fatores associados como gênero masculino, inatividade física, abuso do álcool e os escores PHQ9 e FINDRISC são conhecidos e acessíveis ao seu combate.

Palavras-chave: Hábito de fumar; epidemiologia, prevalência, fatores de risco.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is an important risk factor for various diseases, including cardiovascular disease, lung degenerative diseases and malignancies. About a sixth of the world population has this habit and Curitiba, capital from state Paraná in the southern region of Brazil, has one of the highest smoking prevalence in this country. Understand their characteristics and know its reasons turns the key in this issue.

Methods: Data were obtained from the database EPICUREAN, a cross population study project, which questionnaires were applied to 1,103 people in their homes, from a complex sample in 4 of the 10 health districts of the city of Curitiba, from August 2013 to August 2014. We used sampling methods scroll through depletion approach and the data smoking-related was selected for analysis.

Results: Smoking identified in 16.06% of the city's population, where 25.44% were former smokers. Male gender (OR: 1.84; CI=1,18-2,56; p=0.007), physical inactivity (OR: 2.04, CI=1.23-3.39; p=0.006), alcohol abuse (OR: 2.93, CI=1.94-4.42; p<0.001) and risk of major depression greater than 3 by PHQ9 score (OR: 1.64, CI=1.15-2.64; p=0.007) were associated with an increased risk of smoking. The presence of diabetes (OR: 0.34; CI=0.16-0.85; p=0.019) and the FINDRISC score greater than 12 (OR: 1.58, CI=1.04-2.41; p=0.032) were associated with a lower risk.

Conclusion: The city of Curitiba has a high prevalence of smoking and associated factors such as male gender, physical inactivity, alcohol abuse, PHQ9 and FINDRISC scores are known and accessible to its combat.

Key words: Smoking; epidemiology, prevalence; risk factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1. Figura 1- Fórmula do n amostral
2. Figura 2 - Esquema do processo de composição e acesso a amostra em Curitiba
3. Figura 3 - Curvas ROC do FINDRISC e PHQ9

LISTA DE TABELAS

1. Tabela 1 - Distribuição da população por grupo etário dos 4 Distritos Sanitários selecionados.
2. Tabela 2 - *Finnish Diabetes Risk Score* (FINDRISC)
3. Tabela 3 - Cálculo e valores da ponderação
4. Tabela 4 - Prevalência do Tabagismo na cidade de Curitiba.
5. Tabela 5 - Análise univariada dos fatores associados ao hábito de fumar.
6. Tabela 6 - Análise multivariada dos fatores de risco para tabagismo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de variância
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EPICUREAN	<i>Epidemiology of Curitiba: Evaluation of non-communicable diseases</i>
FINDRISC	<i>Finnish Diabetes Risk Score</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
OR	<i>Odds ratio</i>
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire - 9</i>
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UPAs	Unidades Primárias de Amostragem
USAs	Unidades Secundárias de Amostragem
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA.....	13
1.2.1 Contexto Histórico	15
1.2.2 Contexto Regional	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVO GERAL	17
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4 MÉTODOS	18
4.1 AMOSTRA	18
4.2 PARAMETRIZAÇÕES	20
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	23
5 RESULTADOS (artigo)	25
RESUMO	26
ABSTRACT.....	27
INTRODUÇÃO.....	28
MÉTODOS.....	29
RESULTADOS	30
DISCUSSÃO.....	35
CONCLUSÃO	36
6 REFERÊNCIAS	37
7. ANEXOS	40
8. FIGURAS	70
9. TABELAS	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Estima-se que ao redor de 1 bilhão de pessoas no mundo são fumantes(1, 2). Quando esta estimativa é separada por gênero, cerca de 31,1% dos homens e 6,2% das mulheres do mundo são fumantes(3), sendo que a grande maioria se encontra em países em desenvolvimento ou com baixa renda per capita(1).

O hábito de fumar ou tabagismo, é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares(4, 5) e câncer(6). Entre elas, as principais causas de morte naturais do mundo atual como o IAM(4) e o AVE(5).

O risco de desenvolver um IAM quando se fuma eleva-se em 2,85 vezes em relação a indivíduos não fumantes. Mesmo quando são incluídos aqueles que já fumaram, ou seja, pararam de fumar – ex-fumantes, o risco de se desenvolver um IAM aumenta 35,7% comparado aos que nunca fumaram em toda vida(4). O hábito de fumar também aumenta o risco de desenvolver AVE - tanto do tipo isquêmico quanto do tipo hemorrágico - em cerca de 2,09 vezes(5).

Quando se avalia o risco de se desenvolver câncer, mesmo quando os dados são ajustados para gênero, idade e consumo de álcool, o risco atribuível é maior que 50% para o surgimento de tumores de laringe, faringe, cavidade bucal e nasal, e cânceres de brônquios e pulmões(6).

Em 2015, foram divulgados dados da Sociedade Americana de Câncer e da Federação Mundial do Pulmão na Conferência Mundial de Tabaco e Saúde realizada em Abu Dhabi – Emirados Árabes Unidos. Neste encontro foi estimado que cerca de 5 milhões de pessoas morrem todo ano em consequência do hábito de fumar(2).

Indivíduos que fumam tem 2 a 3 vezes maior chance de morrer do que não fumantes, e não só pelas doenças previamente citadas. Existem cerca de 21 doenças em que a mortalidade está diretamente relacionada ao hábito de fumar(7). Entre elas, 12 tipos de cânceres, 6 categorias de doenças cardiovasculares, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e as pneumonias, incluindo influenza. Porém, nem todo excesso de morte observado em fumantes pode ser atribuível a essas condições(8). Se formos considerar apenas estas patologias, 17% do

excesso de mortes em fumantes em relação a não fumantes, ficariam sem explicação. Alguns estudos demonstram que muito mais patologias estariam associadas a um pior prognóstico em indivíduos fumantes, dentre elas a insuficiência renal, isquemia intestinal, cânceres de próstata e mama(9).

Quando o tema é a DPOC, o risco de desenvolvê-la é 2,9 vezes maior em fumantes do que em não fumantes, independente de quantos cigarros o indivíduo fuma por dia. Quando se considera o número de cigarros fumados/dia, nas categorias onde se fumam mais cigarros, ou seja, mais de 20 cigarros/dia, este aumento do risco pode chegar a 5,23 vezes(10). Estima-se que a prevalência de DPOC no Reino Unido está próxima de 3,3% da população, sendo que a maioria somente foi diagnosticada em estágios já avançados(11).

Os mecanismos pelos quais o hábito de fumar pode provocar todas estas patologias são complexos e parcialmente explicados. Os produtos de combustão do carbono encontrados na fumaça inalada e outras substâncias encontradas no tabaco, explicam a maior parte do problema(12). A principal substância que explicaria parte dos mecanismos fisiopatológicos é a nicotina(13).

Além de ser o produto químico responsável pela dependência biológica e pelas alterações comportamentais determinadas pelo fumo(14), seu efeito sobre o sistema cardiovascular através da disfunção da camada endotelial dos vasos sanguíneos(15) é um dos fatores determinantes da alta incidência de eventos cardiovasculares associados ao seu uso(16). Por disfunção endotelial, de forma simplista, consideramos aquelas alterações fenotípicas da camada endotelial vascular que resultam em decréscimo da bioatividade do óxido nítrico e que promovem vasoconstrição arterial, inflamação e trombose(17).

Os efeitos diretos dos produtos de combustão do carbono e a temperatura da fumaça explicariam os efeitos cancerígenos e degenerativos que causam a maioria dos tumores de vias aéreas e gastrointestinais conhecidos, além da DPOC(18, 19). Mas não explicam sobretudo aquelas patologias que não tem contato direto com a fumaça como tumores de bexiga(20) e pâncreas(21).

1.2 ESTADO DA ARTE

1.2.1 Contexto Histórico

Há cerca de 65 anos são conhecidos na comunidade científica os riscos associados ao hábito do tabagismo quando foi comprovada a associação do tabagismo e câncer de pulmão(22). O hábito de fumar se tornou um costume popular e globalizado a partir do descobrimento do tabaco, logo após a colonização das Américas pelas populações europeias, por volta do século XVI(23-25). O apelo cultural ao hábito de fumar chegou ao seu máximo nas décadas de 60 e 70 do século XX, quando cerca de 58-72% da população adulta masculina de alguns países europeus fumava diariamente(26, 27).

Durante as décadas de 1970 e 1980, após a conscientização popular de que o hábito de fumar cigarros aumentava o risco de desenvolver doenças, iniciou-se um movimento de combate ao uso do tabaco(28, 29). Estima-se que cerca de 700 milhões de pessoas da população adulta do mundo fumavam em 1980(3). Apesar da porcentagem de pessoas fumantes em relação à população total ter diminuído cerca de 1,7% ao ano, o número absoluto de fumantes aumentou, principalmente por causa do aumento da população mundial. Atualmente são cerca de 944-986 milhões de fumantes no mundo(3).

A expectativa é que somente por volta de 2025, caso a população mundial pare de crescer e se mantenha o ritmo de queda das taxas de tabagismo, poderemos chegar ao número de tabagistas de 1980(30).

Entretanto, o impacto do hábito de fumar vai além do aumento de risco de patologias graves no indivíduo que fuma – tabagismo primário. Seu custo para o sistema de saúde e as consequências do tabagismo secundário e terciário são tão ou mais importantes porque impactam de forma difusa e indireta na sociedade(31, 32). Como tabagismo primário, consideramos aqueles indivíduos que usam ativamente produtos diretos do tabaco, em sua forma inalatória. Tabagismo secundário é aquele estado onde o indivíduo inala produtos diretos do tabaco, utilizados pelo tabagista primário. O conceito de tabagismo terciário é novo, e corresponde aqueles indivíduos que tem contato com depósitos de produtos

inalados do cigarro, em superfícies de ambientes onde existe um alto consumo destes(31).

Há 12 anos, a Organização Mundial de Saúde lançou o programa “*WHO Framework Convention on Tobacco Control*” (33, 34), ratificado por cerca de 177 países e que tem como objetivo principal diminuir as taxas de tabagismo através de políticas de saúde pública de taxaço de produtos associados ao tabaco, açõs de marketing e transferência de informação científica à população-alvo, assim como mudanças na regras do comércio internacional. Parte do objetivo foi atingido no curto prazo em muitos países europeus e américas(35). Porém, em países considerados em desenvolvimento na África e Ásia, o resultado foi inverso. Por exemplo, cerca de 60,2% da população masculina da Rússia é considerada fumante, número semelhante ao encontrado nos anos de 1980 na Europa ocidental(36).

Medidas de combate ao tabagismo incluem desde o tratamento direto ao indivíduo fumante até políticas públicas implementadas através de governos(35) e outras organizações com fins não lucrativos(37). Existem evidências claras de que o abandono do tabagismo repercute em melhorias na saúde da pessoa fumante, mesmo naquela com doença pulmonar já estabelecida(38-40). Contudo, a indústria do tabaco atua de forma bastante competente em países com menor renda devido à falta de políticas públicas de controle de sua expansão(41-43). Nunca na história desta indústria o lucro foi tão alto, graças à expansão econômica da China e leste asiático(10, 44).

1.2.2 Contexto Regional

No Brasil, estima-se que cerca de 20 milhões de pessoas são fumantes, sendo a região Sul com maior prevalência(45) e taxas semelhantes a de alguns países europeus(46). Apesar deste número, esta prevalência vem diminuindo ao longo dos anos. De 2006 a 2012, o número de fumantes no Brasil diminuiu de 20,8% da população adulta para cerca de 16,9%. Na região Sul, esse número diminuiu de 25,9% para 20,2% no mesmo período. Dentre as regiões do Brasil, foi a com maior diminuição relativa (23%), ainda que aponte como a região que ainda mais fuma(47).

Estes números poderiam explicar parcialmente a diminuição das taxas de incidência de IAM no mesmo período(48). Dados específicos sobre a cidade de Curitiba são escassos e limitados a sua prevalência.

Quando se avalia a diminuição do tabagismo no território nacional em relação ao gênero, essa queda é relativamente menor em mulheres do que em homens. O número de mulheres que fumavam em 2006 era de 15% e diminuiu para 13% em 2012. Nos homens a queda foi de 27% para 21%(47).

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares e neoplasias são ainda consideradas as principais causas de morbimortalidade, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.

Conhecer os fatores associados ao hábito de fumar em uma determinada população faz-se necessário em contextos regionais – cidade de Curitiba – devido a diferentes características culturais, étnicas e de políticas de saúde.

O hábito de fumar é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, e conhecer sua prevalência e fatores que a influenciam aumentam a importância e responsabilidade das políticas de saúde.

3 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência do hábito de fumar da população da cidade de Curitiba e quais fatores estão associados a sua prevalência.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar quais fatores epidemiológicos ou determinantes sociais poderiam ser abordados por políticas públicas de saúde.

4 MÉTODOS

Este projeto foi submetido ao CEP da PUCPR e aprovado pelo parecer número 1.093.026 sem ressalvas ou pendências. Os dados que foram utilizados nesta dissertação foram coletados do banco de dados do projeto EPICUREAN (*EPI*demiology of *CUR*itiba: *Evalu*Ation of *Non*-comunicable diseases), relativo ao projeto intitulado “Pesquisa de base populacional sobre doenças crônicas não transmissíveis em Curitiba”, aprovado por parecer prévio do CEP número 362.266.

4.1 AMOSTRA

A amostra do EPICUREAN foi calculada para representar a população de referência do principal problema a ser investigado, a HAS. Estabeleceu-se uma margem de erro aceitável de 5% e taxa de não resposta de 20%. Foi estabelecido o número de 1.161 participantes através da fórmula da Figura 1.

Figura 1 Fórmula do n amostral

$$n = \frac{\frac{K^2 \cdot p \cdot q}{E^2}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{K^2 \cdot p \cdot q}{E^2} - 1 \right]}$$

p = proporção de casos favoráveis na população (30%)

q = 1 – p

n = número de elementos na amostra

N = número de elementos na população

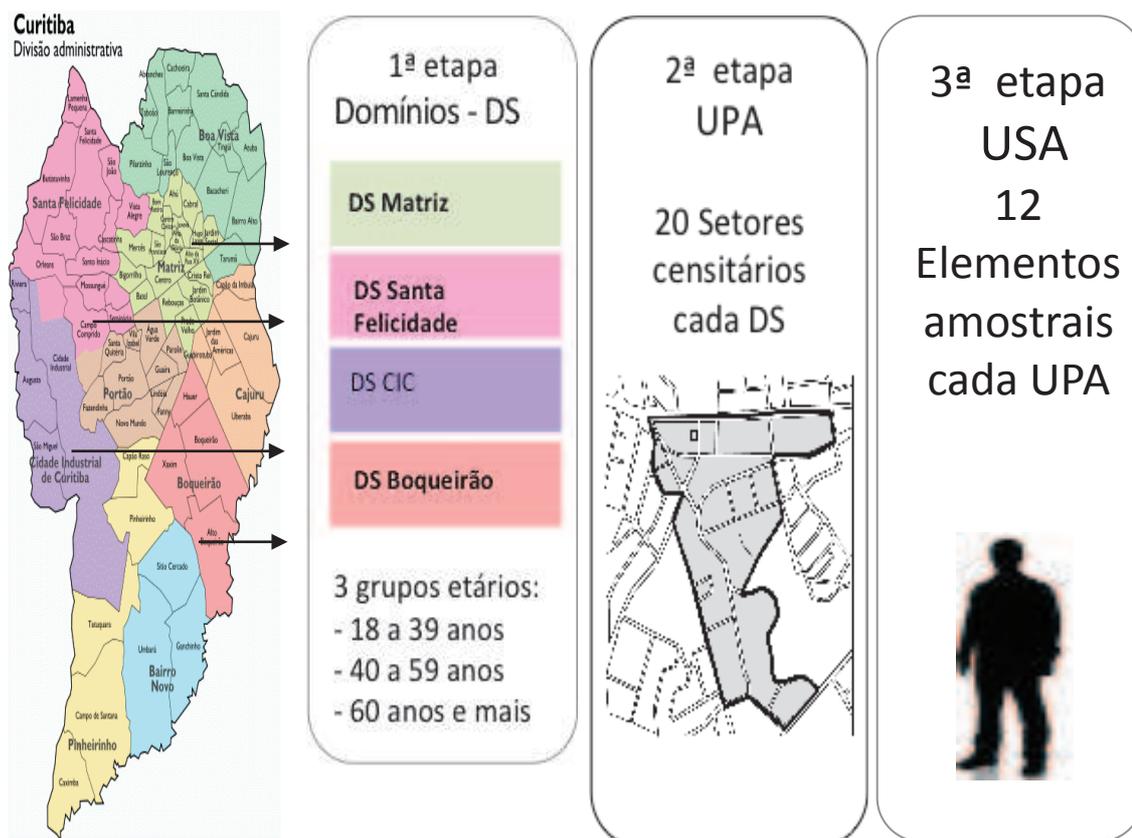
E = erro amostral relativo permissível (5%)

K = valor da tabela correspondente à área sob a curva normal padronizada, para um determinado nível de confiança (1 - alfa)

Taxa de Não-Resposta = 20%.

Foi utilizado como referência o Plano Amostral empregado no levantamento epidemiológico nacional das condições de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2010(49), adaptado para este plano da pesquisa. A Figura 2 apresenta o esquema do processo de composição e acesso a amostra em Curitiba.

Figura 2 Esquema do processo de composição e acesso a amostra em Curitiba.



Neste plano amostral também foi determinada a seleção de domínios relativos aos Distritos Sanitários da cidade de Curitiba. Foram selecionados 4 Distritos Sanitários representativos da cidade considerando sua distribuição geográfica (pelo menos um representante de cada macrorregião de saúde – leste, oeste e sul), o perfil da população (condições socioeconômicas, percentual de idosos, uso dos serviços públicos e privados de saúde) e as características das Unidades Municipais de Saúde do território (unidades básicas e unidades Estratégia Saúde da Família).

Foi empregada uma abordagem caracterizada como amostragem proporcional estratificada por grupos etários de interesse. Em cada um destes Distritos Sanitários, 3 grupos etários foram analisados, compreendendo os intervalos de 18 a 39, 40 a 59 e 60 anos ou mais, de forma que grupos menos – idosos – pudessem ter uma

expressão maior na amostra. A distribuição da população por grupo etário dos 4 Distritos Sanitários selecionados é apresentada na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Distribuição da população por grupo etário dos 4 Distritos Sanitários selecionados.

	18 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos e +
DS Santa Felicidade	65.497	47.359	21.321
DS Boqueirão	77.242	51.288	21.036
DS Matriz	77.581	52.952	36.912
DS CIC	68.312	39.986	12.492

Em cada domínio foram escolhidas 20 UPAs compostas por setores censitários sorteados a partir da base de informações do IBGE(50), exceto os especiais (presídios, cadeias, quartéis, bases militares, alojamentos, instituições de longa permanência, orfanatos, hospitais e conventos).

Uma vez definido o número de setores censitários em cada Distrito Sanitário, os quais foram sorteados pela técnica de amostragem casual sistemática (20 em cada Distrito Sanitário), era definido um ponto inicial de percurso (quadra e esquina), o qual era sorteado e percorrido pelas equipes de campo em sentido horário para localização dos domicílios particulares (USAs) e dos elementos amostrais (um único morador por domicílio), até que a amostra requerida para cada grupo etário estivesse completa.

4.2 PARAMETRIZAÇÕES

Após a definição das unidades domiciliares, os moradores eram abordados e era inicialmente aplicado o TCLE de acordo com as regras de boas práticas clínicas, seguido de um questionário presencial pré-determinado (anexo 1).

Os questionários foram compostos por perguntas baseadas em inquéritos nacionais já realizados(51, 52), e foram aplicados apenas em indivíduos maiores de 18 anos e com autonomia, não gestantes e sem doença aguda no dia da entrevista. As entrevistas e as aferições foram realizadas em domicílio, no período de agosto de 2013 a agosto de 2014. Os dados foram registrados em dispositivo eletrônico (*tablet*)

com *software* específico e rotinas de programação para correção de eventuais erros de digitação.

As condições de saúde atuais foram avaliadas através da percepção do estado de saúde, autorrelato de HAS, DM, dislipidemia, risco para TDM através de perguntas do *Patient Health Questionnaire – PHQ-9*(53) que se encontra no questionário do estudo nas páginas 52 a 53 do Anexo, e o escore de risco para diabetes mellitus tipo 2 *Finnish Diabetes Risk Score – FINDRISC*(54) na Tabela 2.

Tabela 2 – *Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC)*

	Pontos
Idade (anos)	
< 45	0
45 – 54	2
55 – 64	3
≥ 65	4
IMC (kg/m²)	
< 25	0
25 – 29,9	1
≥ 30	3
Circunferência abdominal (cm)	
Mulheres < 80; homens < 94	0
Mulheres ≥ 80 ≤ 88; homens ≥ 94 ≤ 102	3
Mulheres > 88; homens > 102	4
Utilização regular de anti-hipertensivos	
Não	0
Sim	2
Hiperglicemia prévia (gravidez, doença aguda ou avaliação de saúde)	
Não	0
Sim	5
Frequência com que ingere frutas, legumes ou verduras	
Diariamente	0
Não todo dia	1
Atividade física (trabalho, lazer ou atividade diária)	
≥ 30 minutos/dia	0
< 30 minutos/dia	2
História familiar de diabetes mellitus (tipo 1 ou 2)	
Não	0
Sim (avô, tio, tia ou primo de primeiro grau)	3
Sim (pais, irmãos ou filhos)	5

Fonte: Adaptado da *Finnish Diabetes Association*

Foram considerados fumantes aqueles indivíduos que atualmente fumam cigarros – industrializados ou não – ou outros produtos de tabaco, somente inalados. Como ex-fumantes aqueles participantes que pararam de fumar há mais de 6 meses. Também foram avaliados fatores comportamentais comuns de risco como consumo de álcool. Aqueles que consumiam 4 doses de álcool para mulheres ou 5 para homens, de uma só vez nos últimos 30 dias, eram considerados como consumo abusivo eventual do álcool. Aqueles que consumiam mais de 210 gramas/semana (g) caso homens ou 140g/semana caso mulheres, eram considerados como consumo excessivo habitual do álcool(55).

Os entrevistados foram questionados sobre atividade física atual nos diferentes domínios - ocupacional, em casa e no lazer e deslocamento. Foram considerados ativos, aqueles indivíduos com somatória semanal de atividade física leve a moderada maior ou igual a 150 min ou atividade física vigorosa maior ou igual a 75 minutos ou a combinação de ambas no trabalho/lazer/deslocamento ou realização de esforço físico intenso em domicílio/trabalho. Foram considerados insuficientes aqueles que realizavam menos de 150 min de atividade física leve a moderada na semana ou 75 minutos de atividade física vigorosa ou combinação de ambas no trabalho/tempo livre/deslocamento ou realização de esforço físico intenso em domicílio/trabalho. Inativos foram considerados aqueles não fazem limpeza pesada no seu domicílio; não desenvolvem esforço físico intenso na sua atividade profissional; não se deslocam caminhando ou de bicicleta, por mais de 10 minutos, no trajeto diário até o trabalho e/ou a escola; e que nos últimos três meses, não praticaram qualquer atividade física no tempo livre(55).

Todos os parâmetros físicos e laboratoriais (glicemia capilar) foram aferidos em domicílio, seguindo orientações técnicas e condições padronizadas. A classificação nutricional baseou-se no IMC, calculado pela razão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros) (56). A medida da circunferência abdominal foi realizada com fita métrica em centímetros (cm) sempre na altura das cristas ilíacas, conforme técnica correta(57).

A medida de PA foi realizada em domicílio com monitor automático oscilométrico de braço (Omron HEM 7113; Omron, Kyoto, Japão) validado(58), com braçadeira correspondente à circunferência de braço (Omron adulto pequeno, médio ou grande). O participante estava em posição sentada após 5 minutos de repouso e todas as medidas para uma correta aferição foram realizadas conforme diretrizes

(59). A PA foi aferida três vezes após intervalos de 2 minutos no mínimo, sempre no braço direito, sendo considerada PA casual a média das duas últimas medidas. Como hipertensão arterial sistêmica se definiu aqueles indivíduos com PAS maior ou igual a 140 mmHg e/ou PAD de 90 mmHg, ou aqueles indivíduos que faziam tratamento para HAS, a despeito de seus atuais níveis pressóricos (51).

Para assegurar um grau aceitável de uniformidade nos procedimentos, as equipes de entrevistadores (graduandos de medicina e pós-graduandos de ciências da saúde) foram treinadas em oficinas presenciais que abordaram: objetivos da pesquisa, sorteio da quadra e determinação do percurso nos setores censitários, localização dos domicílios e seleção dos elementos amostrais, realização das entrevistas, aferições em domicílio, registro e envio de dados. Supervisores do projeto monitoraram o trabalho desenvolvido em campo.

Um estudo piloto foi realizado em agosto de 2013 em uma amostra de respondentes de dois setores censitários que possibilitou o ajuste de todos os procedimentos e instrumentos, além do planejamento do tempo de execução por entrevista (média de 60 minutos na primeira e 20 minutos na segunda).

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados obtidos no estudo foram descritos por médias, medianas e desvios padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis categóricas).

Para inferir a prevalência de fumantes na população de Curitiba, foi determinado um peso relativo a real prevalência dos gêneros masculino e feminino, assim como a de pessoas na faixas etárias de interesse determinadas, de acordo com a estimativa demográfica determinada pelo IBGE nos diferentes domínios da cidade de Curitiba no ano de 2012 (60). Portanto, foi dividido o número de habitantes estimado (N) pelo número de participantes da pesquisa de mesmo estrato de gênero e idade (n) conforme Tabela 3. Cada participante da pesquisa apresentava um peso e a partir daí, calculadas as prevalências de fumantes e não fumantes. FÓRMULA???

Tabela 3 Cálculo e valores da ponderação

Mulheres	N população	n da amostra	ponderação N/n
18-39	350015	230	1521,80
40-59	245415	254	966,20
> 60	118842	243	489,06
Homens			
18-39	334822	133	2517,46
40-59	207733	122	1702,73
> 60	82057	121	678,16

Para as análises uni e multivariadas, onde o objetivo era avaliar os fatores que influenciavam o tabagismo, não foi usada a ponderação a fim de se evitar erros estatísticos por amostras inconsistentes. Para cada uma das variáveis qualitativas, testou-se a hipótese nula de que as probabilidades do indivíduo ser fumante são iguais para todas as classificações da variável, versus a hipótese alternativa de probabilidades diferentes. Para cada uma das variáveis quantitativas, testou-se a hipótese nula de que as médias são iguais nos dois grupos definidos pelas classificações de fumo, versus a hipótese alternativa de que as médias são diferentes. Para variáveis qualitativas com mais de 2 classificações, uma delas foi considerada como referência e as demais classificações foram comparadas com esta.

Na análise multivariada, para as variáveis PHQ9 e FINDRISC foram considerados os pontos de corte indicados pelo ajuste da curva ROC. Para o ajuste do modelo de Regressão Logística foi usada a abordagem *stepwise backward*. Para avaliação da associação de variáveis quantitativas com o fumo (fumante e não fumante) foi usado o modelo de análise da variância (ANOVA) com um fator. Variáveis qualitativas foram analisadas usando-se o teste de Qui-quadrado. Para a análise de fatores associados ao fumo (sim ou não), foram ajustados modelos de Regressão Logística para análise uni variada e multivariada. O teste de Wald foi considerado para avaliar a significância de cada variável na associação com o fumo. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.20.0

5 RESULTADOS (ARTIGO)

Prevalência e fatores associados ao hábito de fumar em Curitiba, Brasil

Prevalence and associated factors of smoking in Curitiba, Brazil

Autores: Fortes, Jose A.R¹.; Cavalcanti, Ana M².; De Souza, Thiago M³.; Oliveira, Gabriela A⁴.; Moyses, Simone T⁵.; Pecoits-Filho, Roberto⁶ e Precoma, Dalton B⁷.

1. Mestrando em Ciências da Saúde– PUCPR; 2. Doutoranda em Ciências da Saúde pela PUCPR; 3. Graduando escola de Medicina PUCPR; 4. Graduanda escola de Medicina PUCPR 5. Professora Doutora PUCPR; 6. Professor Doutor PUCPR; 7. Professor Doutor PUCPR.

Correspondência: José Augusto Ribas Fortes, Rua Imaculada Conceição, 1155 Bairro Prado Velho, CEP: 80215-901, Curitiba, Paraná Brasil; augusto.fortes@pucpr.br

O Epicurean foi financiado por recurso proveniente da Carta Acordo BR/LOA/1200096.001, firmada entre a Associação Paranaense de Cultura - APC e a OPAS/OMS. O Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde da PUCPR financiou parte da pesquisa, a SMS Curitiba emprestou estadiômetros e balanças portáteis e o Laboratório Roche emprestou os medidores de glicose e cedeu as tiras reagentes e lancetas.

Artigo submetido a Revista de Saúde Pública da USP em novembro 2016.

Os autores declaram ausência de conflito de interesse.

RESUMO

Introdução: O hábito de fumar é um dos principais fatores de risco para diversas patologias, entre elas as doenças cardiovasculares, doenças degenerativas pulmonares e neoplasias malignas. Cerca de um sexto da população mundial tem esse hábito e Curitiba, capital do estado Paraná da região Sul do Brasil, tem uma das maiores prevalências de tabagismo do país. Entender suas particularidades e conhecer seus determinantes torna-se peça chave no conhecimento desta patologia.

Metodologia: Foram utilizadas informações presentes no banco de dados EPICUREAN, projeto de estudo populacional transversal, o qual foram aplicados questionários a 1.103 pessoas em seus domicílios, de uma amostra complexa em 4 dos 10 distritos sanitários da cidade de Curitiba entre agosto de 2013 a agosto 2014. Foram empregados métodos de rolagem da amostragem através da abordagem em esgotamento e os dados relativos ao tabagismo separados para análise.

Resultados: O hábito de fumar foi comum a 16,06% da população da cidade, sendo desta, 25,44% ex-fumantes. O gênero masculino (OR: 1,84; IC=1,18-2,56; p = 0,007), inatividade física (OR: 2,04; IC=1,23-3,39; p=0,006), abuso do álcool (OR: 2,93; IC=1,94-4,42; p<0,001) e risco de depressão maior que 3 pelo escore PHQ9 (OR: 1,64; IC=1,15-2,64; p=0,007) estiveram associados a um maior risco de ser fumante. A presença de diabetes (OR: 0,34; IC=0,16-0,85; p=0,019) e escore FINDRISC maior que 12, diminuíram o risco (OR: 1,58; IC=1,04-2,41; p=0,032).

Conclusão: A cidade de Curitiba apresenta alta prevalência do hábito de fumar e os fatores associados como gênero masculino, inatividade física, abuso do álcool e os escores PHQ9 e FINDRISC são conhecidos e acessíveis ao seu combate.

Palavras-chave: Hábito de fumar; epidemiologia, prevalência, fatores de risco.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is one of the main risk factors for various diseases, including cardiovascular disease, lung degenerative diseases and malignancies. About a sixth of the world population has this habit and Curitiba, capital from state Paraná in the southern region of Brazil, has one of the highest smoking prevalence in this country. Understand their characteristics and know its reasons turns the key in this issue.

Methods: Data were obtained from the database EPICUREAN, a cross population study project, which questionnaires were applied to 1,103 people in their homes, from a complex sample in 4 of the 10 health districts of the city of Curitiba, from August 2013 to August 2014. We used sampling methods scroll through depletion approach and the data smoking-related was selected for analysis. **Results:** Smoking identified in 16.06% of the city's population, where 25.44% were former smokers. Male gender (OR: 1.84; CI=1,18-2,56; p=0.007), physical inactivity (OR: 2.04, CI=1.23-3.39; p=0.006), alcohol abuse (OR: 2.93, CI=1.94-4.42; p<0.001) and risk of major depression greater than 3 by PHQ9 score (OR: 1.64, CI=1.15-2.64; p=0.007) were associated with an increased risk of smoking. The presence of diabetes (OR: 0.34; CI=0.16-0.85; p=0.019) and the FINDRISC score greater than 12 (OR: 1.58, CI=1.04-2.41; p=0.032) were associated with a lower risk. **Conclusion:** The city of Curitiba has a high prevalence of smoking and associated factors such as male gender, physical inactivity, alcohol abuse, PHQ9 and FINDRISC scores are known and accessible to its combat.

Key words: Smoking; epidemiology, prevalence; risk factors.

INTRODUÇÃO

Estima-se que ao redor de 1 bilhão de pessoas no mundo são fumantes(1, 2). Quando esta estimativa é dividida por gênero, cerca de 31,1% dos homens e 6,2% das mulheres do mundo são fumantes(3), sendo que a grande maioria se encontra em países em desenvolvimento ou com baixa renda per capita(1).

O hábito de fumar ou tabagismo, é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares(4, 5) e câncer(6). Entre elas, as principais causas de morte naturais do mundo atual como o infarto agudo do miocárdio (IAM)(4) e o acidente vascular encefálico (AVE)(5).

Indivíduos que fumam tem 2 a 3 vezes maior chance de morrer do que não fumantes, e não só pelas doenças previamente citadas. Existem cerca de 21 doenças em que a mortalidade está diretamente relacionada ao hábito de fumar(7). Entre elas, 12 tipos de cânceres, 6 categorias de doenças cardiovasculares, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e as pneumonias, incluindo influenza. Porém, nem todo excesso de morte observado em fumantes pode ser atribuível a essas condições(8). Se formos considerar apenas estas patologias, 17% do excesso de mortes em fumantes em relação a não fumantes, ficaria sem explicação. Alguns estudos demonstram que muito mais patologias estariam associadas a um pior prognóstico em indivíduos fumantes, dentre elas a insuficiência renal, isquemia intestinal, cânceres de próstata e mama(9).

Quando o tema é a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), o risco de desenvolvê-la é 2,9 vezes maior em fumantes do que em não fumantes, independente de quantos cigarros o indivíduo fuma por dia.

Apesar da porcentagem de pessoas fumantes em relação à população total ter diminuído cerca de 1,7% ao ano, o número absoluto de fumantes aumentou, principalmente por causa do aumento da população mundial. Atualmente são cerca de 960 milhões de fumantes no mundo(3). A expectativa é que somente por volta de 2025, caso a população mundial pare de crescer e se mantenha o ritmo de queda das taxas de tabagismo, poderemos chegar ao número de tabagistas de 1980(30).

No Brasil, estima-se que cerca de 20 milhões de pessoas são fumantes, sendo a região Sul com maior prevalência(45) e taxas semelhantes a de alguns países europeus(46).

O objetivo principal deste projeto é determinar a prevalência do hábito de fumar da população da cidade de Curitiba e quais fatores estão associados a sua prevalência.

MÉTODOS

Este projeto foi submetido pelo órgãos regulatórios sem ressalvas ou pendências. Os dados que foram utilizados foram coletados do banco de dados do projeto EPICUREAN (*EPI*demiology of *CUR*itiba: *Evalu*Ation of *Non-comunicable diseases*), relativo ao projeto intitulado “Pesquisa de base populacional sobre doenças crônicas não transmissíveis em Curitiba”.

O n amostral foi estabelecido com uma margem de erro aceitável de 5% e taxa de não resposta de 20%, e determinado o número de 1.161 participantes para seu o desenvolvimento. Foi utilizado como referência o Plano Amostral empregado no levantamento epidemiológico nacional das condições de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2010. Neste cenário foi determinada a seleção de 4 domínios relativos aos Distritos Sanitários da cidade de Curitiba, estratificada por grupos etários de interesse. Após definido o número de 20 setores censitários em cada Distrito Sanitário por amostragem casual sistemática, os participantes foram abordados através da técnica de esgotamento.

Foram aplicados questionários compostos por perguntas baseadas em inquéritos nacionais já realizados(51, 52), os quais incluíam questionamentos sobre seu perfil epidemiológico, presença ou não de doenças crônicas não transmissíveis, hábitos de vida e escores de risco. As entrevistas e as aferições foram realizadas em domicílio, no período de agosto de 2013 a agosto de 2014.

Para assegurar um grau aceitável de uniformidade nos procedimentos, as equipes de entrevistadores foram treinadas em oficinas presenciais que abordaram: objetivos da pesquisa, sorteio da quadra e determinação do percurso nos setores censitários, localização dos domicílios e seleção dos elementos amostrais, realização das entrevistas, aferições em domicílio, registro e envio de dados. Um estudo piloto foi realizado em agosto de 2013 em uma amostra de respondentes de dois setores censitários que possibilitou o ajuste de todos os procedimentos e

instrumentos.

Para inferir a prevalência de fumantes na população de Curitiba, foi determinado um peso relativo a real prevalência dos gêneros masculino e feminino, assim como a de pessoas na faixas etárias de interesse determinadas, de acordo com a estimativa demográfica determinada pelo IBGE nos diferentes domínios da cidade de Curitiba no ano de 2012. Para as análises uni e multivariadas, onde o objetivo era avaliar os fatores que influenciavam o tabagismo, não foi usada a ponderação a fim de se evitar erros estatísticos por amostras inconsistentes. Para cada uma das variáveis qualitativas, testou-se a hipótese nula de que as probabilidades do indivíduo ser fumante são iguais para todas as classificações da variável, versus a hipótese alternativa de probabilidades diferentes. Para cada uma das variáveis quantitativas, testou-se a hipótese nula de que as médias são iguais nos dois grupos definidos pelas classificações de fumo, versus a hipótese alternativa de que as médias são diferentes

RESULTADOS

Um total de 1.103 participantes completaram as duas fases da aplicação do questionário. A prevalência de fumantes na população cidade de Curitiba, após ponderação, foi de 16,06%. Entre os não fumantes, ou seja, 83,94% da população, 50,54% nunca fumaram e 25,44% são ex-tabagistas.

Tabela 4 Prevalência do Tabagismo na cidade de Curitiba.

Fumantes	Não fumantes	
16,06	83,94	
	Nunca fumantes	Ex-fumantes
	50,54	25,44

Dados descritos em porcentagem %, sem n amostral

Entre os tabagistas (n=153), 37,25% (n=57) fumavam até 10 cigarros/dia, 30,06% (n=46) fumavam até 20 cigarros/dia e 32,69% (n=50) fumavam mais de 20 cigarros/dia. A maioria, ou seja, 63,13% (n=101). referia que tinha interesse de parar de fumar na época da entrevista. Nesta mesma linha, 52,5% deles (n=84) tentaram

parar nos últimos 12 meses, porém 20,24% destes (n=17) procuraram ajuda. Entre estes últimos 64,7% (n=11) receberam algum auxílio ou tratamento para parar de fumar. Em relação aos ex-tabagistas (n=220), a maioria parou de fumar há mais de 2 anos (80,45%, n=177). Destes, uma pequena minoria refere que parou o hábito com auxílio do uso de medicamentos (6,36%, n=14).

O gênero masculino esteve mais associado ao tabagismo que o feminino, na razão de 18,9% versus 12,2% (p= 0,003). Em relação à faixa etária, existe um risco maior de ser fumante entre 40-59 anos (OR: 1,84; IC=1,18-2,56; p = 0,007). Quando avaliado o estado conjugal, não estar casado no momento da entrevista aumentava o risco de ser fumante (OR: 1,84; IC=1,28-2,65; p = 0,001).

Tabela 5 Análise univariada dos fatores associados ao hábito de fumar.

Variável	Classif	Fumo		Valor de p*
		Não	Sim	
Sexo	Feminino	638 (87,8)	89 (12,2)	0,003
	Masculino	305 (81,1)	71 (18,9)	
Raça	Não branca	182 (82,4)	39 (17,7)	0,140
	Branca	760 (86,3)	121 (13,7)	
Estudo	0 a 4	197 (85,3)	34 (14,7)	0,295
	5 a 8	121 (80,7)	29 (19,3)	
	9 a 11	274 (85,9)	45 (14,1)	
	12 ou mais	351 (87,1)	52 (12,9)	
Situação de Trabalho	Não trabalha	466 (86,8)	71 (13,2)	0,238
	Trabalha	477 (84,3)	89 (15,7)	
Renda mensal	Sim	730 (84,6)	133 (15,4)	
	Não	197 (88,3)	26 (11,7)	
Renda Domiciliar Mensal (SM)	Até 1	269 (81,5)	61 (18,5)	0,034
	Mais de 1 a 3	408 (88,9)	51 (11,1)	
	Mais de 3 a 5	124 (84,9)	22 (15,1)	
	Maior de 5 (ref)	142 (84,5)	26 (15,5)	
Pobreza absoluta	Não	852 (86,2)	136 (13,8)	0,037
	Sim	63 (77,8)	18 (22,2)	

Resultados descritos por frequências (percentuais) ou por média ± desvio padrão

*Teste de Qui-quadrado (variáveis categóricas) ou ANOVA com um fator (variáveis quantitativas), p<0,05

Continuação Tabela 5 Análise univariada dos fatores associados ao hábito de fumar.

Variável	Classif	Fumo		Valor de p*
		Não	Sim	
Excessivo habitual	Não	904 (86,5)	141 (13,5)	<0,001
	Sim	39 (67,2)	19 (32,8)	
Estado de saúde	Muito ruim/ruim	75 (81,5)	17 (18,5)	0,157
	Regular	236 (83,1)	48 (16,9)	
	Bom/muito bom	632 (86,9)	95 (13,1)	
Relato Dislipidemia	Não	661 (84,5)	121 (15,5)	0,104
	Sim	260 (88,4)	34 (11,6)	
Classificação simplificada HAS	Não	539 (84,8)	97 (15,3)	0,403
	Sim	399 (86,6)	62 (13,5)	
SUS principal serviço	SUS não é o principal	508 (87,3)	74 (12,7)	0,078
	SUS é o principal	426 (83,5)	84 (16,5)	
Possui plano de saúde	Não	456 (82,9)	94 (17,1)	0,014
	Sim	477 (88,2)	64 (11,8)	
Escore PHQ	Escore	3,6±4,3	5,2±5,8	0,001
PAS	mm/Hg	129,5±19,3	130,7±19,4	0,466
PAD	mm/Hg	78,5±11,1	80,1±12	0,091
Circunferência abdominal	cm	94,7±13,4	90,9±13,1	0,001
FINDRISC	Escore	12,2±6,1	10,3±5,8	<0,001
IMC calculado	Kg/m ²	27,4±5,3	25,4±4,8	<0,001
Glicemia (mg/dL)	mg/dL	98±28,6	94,8±21,5	0,107

Resultados descritos por frequências (percentuais) ou por média ± desvio padrão

*Teste de Qui-quadrado (variáveis categóricas) ou ANOVA com um fator (variáveis quantitativas), p<0,05

Não ocorreu diferença significativa quando eram avaliadas a raça dos participantes (p=0,14), o status em relação ao trabalho atual (p=0,218) e o grau de escolaridade (p=0,295). Quando se avaliava a renda familiar mensal maior que 5 salários mínimos, as pessoas que moravam em famílias com esse nível de renda tinham menor associação com tabagismo que pessoas com menos de 5 salários mínimos (p=0,034). Além disso, pessoas com nível de renda menor que metade de um salário mínimo, ou seja, em estado de pobreza absoluta, tinham maior prevalência do tabagismo (22,2% versus 13,8%; p=0,037). Aqueles que referiram utilizar o SUS como seu principal serviço de saúde apresentaram maior associação com tabagismo (16,5% versus 12,7%; p=0,078).

Em relação a atividade física, inativos apresentavam risco maior do que aquelas insuficientes ou ativos (OR: 2,04; IC=1,23-3,39; p=0,006). Tanto o uso

abusivo do álcool (29,4% versus 11,5%; $p < 0,001$) quanto o uso excessivo habitual (32,8% versus 13,5%; $p < 0,001$) aumentaram o risco de ser tabagista, sendo o abuso do álcool 2,93 vezes mais predisponente ao uso de tabaco (OR: 2,93; IC=1,94-4,42; $p < 0,001$).

Os níveis de PA não tiveram diferença entre fumantes e não fumantes, tanto para PA sistólica (130,7±19,4 mmHg versus 129,5±19,3 mmHg; $p = 0,466$) quanto para PA diastólica (80,1±12 mmHg versus 78,5±11,1 mmHg; $p = 0,081$). Assim como não houve diferença da glicemia capilar (94,8±21,5 mg/dl versus 98±28,6 mg/dl; $p = 0,107$).

Ocorreu relevante diferença nos parâmetros antropométricos. Nesse caso, o IMC foi menor nos indivíduos fumantes (25,4±4,8), em relação aos não fumantes (27,4±5,3; $p < 0,001$). Resultado semelhante foi encontrado na medida da circunferência abdominal, onde fumantes tinham menor valor (90,9±13,1 cm) em relação a não-fumantes (94,7±13,4 cm; $p = 0,001$).

Tabela 6 Análise multivariada dos fatores de risco para tabagismo.

Variável	Classif	Fumo		Valor de p*	OR	IC 95%	Obs
		Não	Sim				
Faixa etária	18-39 (ref)	308 (84,9)	55 (15,2)				
	40-59	311 (82,7)	65 (17,3)	0,007	1,84	1,18 – 2,86	40-59 pior que 18-39
	> 60	324 (89)	40 (11,0)	0,281	1,34	0,79 – 2,95	>60 não difere de 18-39
Estado Conjugal	Casado (ref)	552 (89)	68 (11,0)				
	Não casado	391 (81)	92 (19,1)	0,001	1,84	1,28 – 2,65	Não casado pior q casado
Atividade Física	Ativo (ref)	551 (85,3)	95 (14,7)				
	Insuficiente	280 (88,6)	36 (11,4)	0,607	0,89	0,57 – 1,39	Insuf não difere de ativo
	Inativo	112 (79,4)	29 (20,6)	0,006	2,04	1,23 – 3,39	Pior do que ativo
Abusivo álcool	Não	813 (88,5)	106 (11,5)				
	Sim	130 (70,7)	54 (29,4)	<0,001	2,93	1,94 – 4,42	Sim é pior que não
Relato DM	Não	813 (84,5)	149 (15,5)				
	Sim	119 (94,4)	7 (5,6)	0,019	0,34	0,16 – 0,85	DM protege
Escore PHQ	≤ 3	590 (87,8)	82 (12,2)				
	> 3	353 (81,9)	78 (18,1)	0,007	1,64	1,15 – 2,34	PHQ > 3 é pior
FINDRISC	≥12	500 (89,1)	61 (10,9)				
	<12	443 (81,7)	99 (18,3)	0,032	1,58	1,04 – 2,41	FINDRISC <12 é pior

Notas: Resultados descritos por frequência (percentual)

*Modelo de Regressão Logística (stepwise backward) e teste de Wald, $p < 0,05$

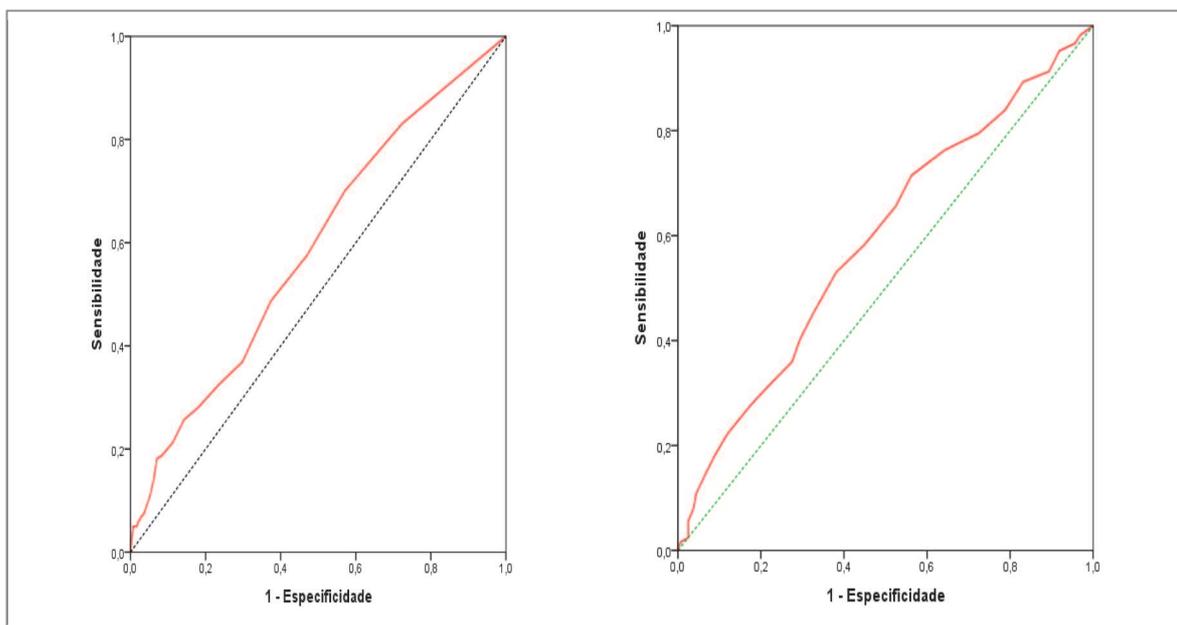
Ao definir seu estado de saúde em muito ruim, ruim, regular, bom e muito bom, não houve diferença entre tabagistas e não-tabagistas ($p = 0,157$). Entre as

morbidades, não existiu relação entre a presença de hipertensão e tabagismo ($p=0,403$) e auto-relato de dislipidemia ($p=0,104$). Porém, quando se trata do DM, os números são diferentes.

Entre diabéticos, o número de fumantes é menor (5,5%) versus fumantes não diabéticos (15,5%; $p=0,003$). Na análise multivariada, o risco de ser fumante sendo diabético é 66% menor que sendo não-diabético (OR: 0,34; IC=0,16-0,85; $p=0,019$). Ao se avaliar o risco de se tornar diabético pelo FINDRISC, na média fumantes tinham menor escore - $10,3\pm 5,8$ que não fumantes - $12,2\pm 6,1$ ($p<0,001$). Ao tentar estabelecer um ponto de corte onde o risco de desenvolver diabetes através do FINDRISC é maior, os dados dos pacientes foram ajustados através da curva ROC. A área abaixo da curva foi 0,59 com valor de $p<0,001$ e o ponto de corte definido foi 12, com sensibilidade estimada de 61,9% e especificidade de 53%. Isso significa que o risco de ser fumante foi maior nos pacientes com $\text{FINDRISC}<12$ (OR: 1,58; IC=1,04-2,41; $p=0,032$).

No caso do risco de TDM estabelecido pelo escore PHQ9, fumantes tinham escore maior - $5,2\pm 5,8$ que não fumantes - $3,6\pm 4,3$ ($p=0,007$). O risco de desenvolver TDM pelo PHQ9 foi também avaliado através da curva ROC, com 0,59 da área acima da curva e $p<0,001$. Estabeleceu-se o ponto de corte ideal de 3, com sensibilidade de 48,8% e especificidade de 62,6%. Nestes participantes, o risco de ser fumante com $\text{PHQ9}>3$ foi maior (OR: 1,64; IC=1,15-2,64; $p=0,007$).

Figura 3 – Curva ROC do PHQ9 e FINDRISC



DISCUSSÃO

A prevalência do tabagismo em Curitiba em 16,06% está de acordo com os dados da PNAD 2013 que demonstraram que é uma das capitais do Brasil com maior prevalência de adultos fumantes, variando de 14 a 18% da população, de acordo com o bimestre em que a pesquisa foi realizada(55).

Com relação à classe social e nível de renda, os dados são conflitantes. Como a nossa análise utilizou como parâmetros socioeconômicos estado conjugal, escolaridade, situação de trabalho e renda mensal familiar, a relação entre classes sociais e o tabagismo não pode ser estabelecida. Entretanto, a prevalência de fumantes naqueles em estado de pobreza absoluta foi maior. No LENAD, as classes sociais E e D, apesar da queda no seu número absoluto, estão cerca de 47% dos fumantes e em relação à classe A, houve um aumento do número de fumantes de 5,2 para 10,9% (47).

Alguns fatores de risco para o tabagismo bem estabelecidos na literatura médica foram confirmados neste projeto como gênero masculino, faixa etária e inatividade física(36), mas não foi possível confirmar a relação com nível educacional (45, 61). Dados da LENAD, demonstraram que quanto pior nível educacional, maior o risco de tabagismo.

A prevalência de tabagismo foi maior entre pessoas de raça/cor branca, diferente do observado em outros estudos onde há mais fumantes entre pessoas pardas. Comparada ao Brasil, Curitiba tem menor percentual de pessoas de raça negra ou parda e este fato pode ter influenciado os resultados.

Como esperado na literatura médica, não ocorreu relação da HAS e tabagismo, de forma a admitir relações causais entre ambos. Apesar desse fato, indivíduos com ambas patologias apresentam aumentos sinérgicos de seus riscos de eventos cardiovasculares(59).

Em relação às comorbidades, estudos mais recentes demonstraram que o desenvolvimento do diabetes em fumantes pode ser mais controverso do que se pensava(62). Estudos de coorte demonstram um risco maior de desenvolver diabetes em fumantes, porém, análises multivariáveis ou de fatores psicológicos não foram realizadas(63). O comportamento do indivíduo em relação ao tabaco em nossa amostra demonstrou uma menor associação em indivíduos com maior risco

de diabetes. A associação do IMC e circunferência abdominal poderia explicar o resultado encontrado, por se tratarem de componentes significativos do FINDRISC.

A associação do tabagismo e sintomas depressivos são conhecidos na literatura(64), porém a associação com maiores escores do PHQ9 e risco de tabagismo ainda não foi adequadamente estudada. Essa associação pode estar sujeita a sintomas comuns às duas doenças e uma avaliação prospectiva seria necessária para sua confirmação. Nossos resultados demonstraram escores médios maiores entre os fumantes e associação entre rastreamento positivo para TDM (PHQ9>3) e tabagismo.

Por utilizar o banco de dados do EPICUREAN, este estudo apresenta algumas limitações. Por se tratar de um estudo transversal, as prevalências encontradas retratam um momento pontual e não possibilitam estabelecer relações de causa e efeito. A ponderação nas análises de prevalência permitiu a correção das informações para extrapolação dos resultados para o município como um todo

Apesar dos fatores para determinar causalidade do tabagismo em outras populações do país estarem presentes na amostra, não se explica o paradoxo da maior prevalência desta doença em uma sociedade com maior desenvolvimento educacional e econômico versus outras regiões do país. Fatores culturais, religiosos, climáticos ou até étnicos poderiam estar envolvidos. Dados regionalizados são difíceis de encontrar na literatura médica e estudos nesse sentido sempre são relevantes em delinear quais subpopulações seriam beneficiadas por intervenções do poder público e iniciativas de outros setores.

CONCLUSÃO

O hábito de fumar apresenta prevalência elevada na cidade de Curitiba. Os fatores que estão associados à sua presença estão bem claros e são acessíveis, porém os fatores causais são desconhecidos.

Este estudo gerou evidências sobre o tabagismo e sua relação com doenças crônicas e outros fatores associados neste município. Este conhecimento poderá apoiar a gestão do município na adoção de políticas públicas para redução e controle do tabagismo uma vez que os fatores associados são passíveis de intervenção.

6 REFERÊNCIAS

1. Saleheen D, Zhao W, Rasheed A. Epidemiology and public health policy of tobacco use and cardiovascular disorders in low- and middle-income countries. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2014;34(9):1811-9.
2. The Lancet Respiratory M. How do you solve a problem like tobacco? *Lancet Respir Med.* 2015;3(4):257.
3. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *JAMA.* 2014;311(2):183-92.
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):937-52.
5. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet.* 2010;376(9735):112-23.
6. Moura MA, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LC. The magnitude of the association between smoking and the risk of developing cancer in Brazil: a multicenter study. *BMJ Open.* 2014;4(2):e003736.
7. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice R, Lopez AD, et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368(4):351-64.
8. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V, Million Women Study C. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet.* 2013;381(9861):133-41.
9. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and mortality--beyond established causes. *N Engl J Med.* 2015;372(7):631-40.
10. Wang B, Xiao D, Wang C. Smoking and chronic obstructive pulmonary disease in Chinese population: a meta-analysis. *Clin Respir J.* 2015;9(2):165-75.
11. Raluy-Callado M, Lambrelli D, MacLachlan S, Khalid JM. Epidemiology, severity, and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in the United Kingdom by GOLD 2013. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015;10:925-37.
12. Bascom R. Differential susceptibility to tobacco smoke: possible mechanisms. *Pharmacogenetics.* 1991;1(2):102-6.
13. Pritchard W, Sokhadze E, Houlihan M. Effects of nicotine and smoking on event-related potentials: a review. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(6):961-84.
14. DiFranza JR. A 2015 Update on the Natural History and Diagnosis of Nicotine Addiction. *Curr Pediatr Rev.* 2015.
15. Hamburg NM, Keyes MJ, Larson MG, Vasan RS, Schnabel R, Pryde MM, et al. Cross-sectional relations of digital vascular function to cardiovascular risk factors in the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2008;117(19):2467-74.
16. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43(10):1731-7.
17. Libby P. Inflammation in atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2012;32(9):2045-51.
18. Pfeifer GP, Denissenko MF, Olivier M, Tretyakova N, Hecht SS, Hainaut P. Tobacco smoke carcinogens, DNA damage and p53 mutations in smoking-associated cancers. *Oncogene.* 2002;21(48):7435-51.

19. Jensen K, Afroze S, Munshi MK, Guerrier M, Glaser SS. Mechanisms for nicotine in the development and progression of gastrointestinal cancers. *Transl Gastrointest Cancer*. 2012;1(1):81-7.
20. Furberg H, Schoenberg M. The effect of smoking and timing of smoking cessation on clinical outcome in non-muscle-invasive bladder cancer. *Urol Oncol*. 2015;33(1):49.
21. Matsuo K, Ito H, Wakai K, Nagata C, Mizoue T, Tanaka K, et al. Cigarette smoking and pancreas cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence in the Japanese population. *Jpn J Clin Oncol*. 2011;41(11):1292-302.
22. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *Br Med J*. 1950;2(4682):739-48.
23. de Micheli A. [The tobacco in the light of history and medicine]. *Arch Cardiol Mex*. 2015.
24. Zalewska M, Jagielska I, Kazdepka-Zieminska A, Ludwikowski G, Szymanski W. [History of cigarette smoking. The effect of tobacco smoking on women's health]. *Przegl Lek*. 2009;66(10):885-7.
25. Grzybowski A. [The history of tobacco consumption and nicotine addiction in Europe until the middle of the XXth century]. *Przegl Lek*. 2005;62(10):1211-4.
26. Osler M, Prescott E, Gottschau A, Bjerg A, Hein HO, Sjol A, et al. Trends in smoking prevalence in Danish adults, 1964-1994. The influence of gender, age, and education. *Scand J Soc Med*. 1998;26(4):293-8.
27. Wijga A, Smit HA, Kromhout D. Trends in smoking prevalence from 1974 to 1986 in young adults in The Netherlands. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1994;42(6):542-7.
28. Fetisov NN, Musikhin MV. [The framework WHO Convention on measures against smoking]. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii Istor Med*. 2004(2):3-9.
29. Smoking and its effects on health. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1975(568):1-100.
30. Bilano V, Gilmour S, Moffiet T, d'Espaignet ET, Stevens GA, Commar A, et al. Global trends and projections for tobacco use, 1990-2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control. *Lancet*. 2015;385(9972):966-76.
31. Maritz GS, Mutemwa M. Tobacco smoking: patterns, health consequences for adults, and the long-term health of the offspring. *Glob J Health Sci*. 2012;4(4):62-75.
32. Prugger C, Wellmann J, Heidrich J, De Bacquer D, Perier MC, Empana JP, et al. Passive smoking and smoking cessation among patients with coronary heart disease across Europe: results from the EUROASPIRE III survey. *Eur Heart J*. 2014;35(9):590-8.
33. Shibuya K, Ciecierski C, Guindon E, Bettcher DW, Evans DB, Murray CJ, et al. WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty. *BMJ*. 2003;327(7407):154-7.
34. Yach D. The origins, development, effects, and future of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: a personal perspective. *Lancet*. 2014;383(9930):1771-9.
35. Silva ST, Martins MC, Faria FR, Cotta RM. [Combating smoking in Brazil: the strategic importance of government actions]. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):539-52.
36. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhala N, et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet*. 2012;380(9842):668-79.

37. Beaglehole R, Bonita R, Yach D, Mackay J, Reddy KS. A tobacco-free world: a call to action to phase out the sale of tobacco products by 2040. *Lancet*. 2015;385(9972):1011-8.
38. Ebert RV. Cessation of cigarette smoking and pulmonary disease. *JAMA*. 1978;240(20):2159-61.
39. Bronnum-Hansen H. [Predicted effect of smoking cessation of tobacco-related mortality]. *Ugeskr Laeger*. 2000;162(43):5772-7.
40. Critchley JA, Unal B. Health effects associated with smokeless tobacco: a systematic review. *Thorax*. 2003;58(5):435-43.
41. Gilmore AB, Fooks G, Drope J, Bialous SA, Jackson RR. Exposing and addressing tobacco industry conduct in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2015;385(9972):1029-43.
42. Brandt AM. Inventing conflicts of interest: a history of tobacco industry tactics. *Am J Public Health*. 2012;102(1):63-71.
43. White C, Oliffe JL, Bottorff JL. Tobacco and the invention of quitting: a history of gender, excess and will-power. *Sociol Health Illn*. 2013;35(5):778-92.
44. Hopkinson NS, McKee M, Reddy KS. Tobacco industry lobbying undermines public health in Asia. *BMJ*. 2015;350:h2451.
45. Barros AJ, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martinez-Mesa J, Menezes AM. [Tobacco smoking in Brazil: regional inequalities and prevalence according to occupational characteristics]. *Cien Saude Colet*. 2011;16(9):3707-16.
46. Aubin HJ, Peiffer G, Stoeberl-Delbarre A, Vicaute E, Jeanpetit Y, Solesse A, et al. The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC Public Health*. 2010;10:100.
47. INPAD. II LENAD. Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - O Consumo de Tabaco no Brasil <http://inpad.org.br/lenad/resultados/tabaco/press-release/2012> [Available from: <http://inpad.org.br/lenad/resultados/tabaco/press-release/>].
48. Baena CP, Olandoski M, Luhm KR, Costantini CO, Guarita-Souza LC, Faria-Neto JR. Tendency of mortality in acute myocardial infarction in Curitiba (PR) in the period of 1998 to 2009. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(3):211-7.
49. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE SD. **COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. SBBRASIL 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Projeto técnico**. In: Saúde Mrd, editor. Brasília2009.
50. BRASIL. IBGE. Censo Demográfico 2010 2010 [Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>].
51. Estatística IBdGe. Pesquisa nacional por amostra de domicílio: um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde Rio de Janeiro2008 [Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/pnad_2008_saude.pdf].
52. Brasil MdSd. VIGITEL Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2012 [Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf].
53. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
54. Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*. 2003;26(3):725-31.
55. BRASIL.IBGE. PNAD 2013. Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio. Pesquisa Nacional de Saúde 2013

2013 [updated 2013. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013>.

56. Brasil, Saúde Md, Saúde SdAà, Básica DdA. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

57. Verweij LM, Terwee CB, Proper KI, Hulshof CT, van Mechelen W. Measurement error of waist circumference: gaps in knowledge. *Public Health Nutr*. 2013;16(2):281-8.

58. O'Brien E, Waeber B, Parati G, Staessen J, Myers MG. Blood pressure measuring devices: recommendations of the European Society of Hypertension. *BMJ*. 2001;322(7285):531-6.

59. Sociedade Brasileira de C, Sociedade Brasileira de H, Sociedade Brasileira de N. [VI Brazilian Guidelines on Hypertension]. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 Suppl):1-51.

60. IBGE. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2012 Brasil: IBGE; 2012 [Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa_dou.sh tm.

61. Azevedo e Silva G, Valente JG, Almeida LM, Moura EC, Malta DC. Tobacco smoking and level of education in Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009;43 Suppl 2:48-56.

62. Keith RJ, Al Rifai M, Carruba C, De Jarnett N, McEvoy JW, Bhatnagar A, et al. Tobacco Use, Insulin Resistance, and Risk of Type 2 Diabetes: Results from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *PLoS One*. 2016;11(6):e0157592.

63. Henkin L, Zaccaro D, Haffner S, Karter A, Rewers M, Sholinsky P, et al. Cigarette smoking, environmental tobacco smoke exposure and insulin sensitivity: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. *Ann Epidemiol*. 1999;9(5):290-6.

64. Carroll AJ, Carnethon MR, Liu K, Jacobs DR, Colangelo LA, Stewart JC, et al. Interaction Between Smoking and Depressive Symptoms With Subclinical Heart Disease in the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Health Psychol*. 2016.

7. ANEXOS

MÓDULO 1 – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS													
Entrevistador													
Data							Horário						
Número de controle													
Distrito							Bairro						
Endereço							CEP						
Telefones para contato							Não tem telefone de contato						
Nome do entrevistado													
Sexo				feminino			masculino						
Autoriza novo contato para complementar as respostas, se preciso										SIM		NÃO	
Data nascimento							Idade						
Tipo de entrevista													
não residencial			domicílio não encontrado			fora do setor			outra				
realizada			Recusa			fechada			exclusão				
Se excluído marque													
< 18 anos			Doença aguda vigente grave			Sem autonomia			Gestante				
Número de pessoas que moram no domicílio:													
Número de adultos que moram no domicílio:													
Qual o seu estado conjugal?													
Nunca casou			Casado ou vive com companheiro			Separado ou divorciado			viúvo				
Quantos anos de estudo o Sr(a) tem?													
Até que série o Sr(a) estudou e completou com aprovação?													
Nunca estudou ou menos de 1 ano		Fundamental			(antigo primário)				(antigo ginásio)				
		1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	
Médio		1	2	3	Superior incompleto			Superior completo ou mais					
O Sr trabalha ou trabalhava?													
Nunca trabalhou			Trabalha e está em atividade atualmente			Trabalha mas sem atividade atualmente			Já trabalhou e não trabalha mais				
Qual é ou era a sua principal ocupação no trabalho (anotar)?													
1. Servidor público 2. Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada 3. Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada 4. Empregado familiar não remunerado 5. Por conta própria ou autônomo com estabelecimento 6. Por conta própria ou autônomo sem estabelecimento 7. Empregador com até 5 funcionários fixos 8. Empregador com mais de 5 funcionários fixos													

Qual é ou era a sua principal ocupação no trabalho (anotar)?			
<p>Entrevistador: Com a ajuda do entrevistado, classifique a ocupação no grupo ocupacional mais adequado marcando a opção escolhida com "X"</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Altos funcionários do governo, dirigentes, gerentes ou altos funcionários de empresa 2. Profissionais do nível superior 3. Profissionais das artes 4. Profissionais ou técnicos de nível médio 5. Trabalhadores de serviços administrativos 6. Trabalhadores da prestação de serviços e comerciários 7. Trabalhadores de serviços domésticos 8. Trabalhadores agropecuários, florestais de caça e pesca 9. Trabalhadores manuais (produção de bens e serviços industriais) 10. Trabalhadores manuais da construção civil 11. Trabalhadores manuais de reparação e manutenção 12. Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares 13. Ocupações mal especificadas do trabalho informal (ambulante, manobrista, guardador de carro, etc) 			
Qual a principal razão do Sr(a) não estar em atividade atualmente?			
<p>Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho Estudos / treinamento Aposentado por tempo de trabalho/idade Aposentado por doença/invalidez Afastado por doença Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc) Outra (especifique):</p>			
Tem renda mensal pessoal?			
Sim		Não	
Valor em R\$		Não quis responder	
		soma de todos os rendimentos como salário, seguro desemprego, mesada, doação, aluguel de imóveis, venda de produtos ou serviços, pensão, aposentadoria, rendimento de aplicações, outros	
Qual é a renda mensal domiciliar			
Valor em R\$		soma dos rendimentos mensais dos moradores da unidade domiciliar, excluindo a renda de pessoas de menos de 10 anos de idade e os daquelas cuja condição na unidade domiciliar fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico	
Rendimento mensal domiciliar per capita			
Valor em R\$		divisão do rendimento total pelo número total de pessoas que moram no domicílio, excluindo a renda de pessoas de menos de 10 anos de idade e os daquelas cuja condição na unidade domiciliar fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico	
Qual a sua etnia (cor ou raça)			
branca		preta	
		amarela	
		parda	
Não sabe		indígena	
		Não quis informar	
<p>Amarela - pessoa que se declarou de origem japonesa, chinesa, coreana etc. Parda - pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça. Indígena - pessoa que se declarou indígena ou índia.</p>			

MÓDULO 2 – COMPORTAMENTOS HABITUAIS E MORBIDADE PESSOAL E FAMILIAR

Vamos conversar sobre alguns comportamentos habituais

O sr(a). fuma atualmente?

Não

Sim, diariamente

Sim, menos que diariamente

Para os fumantes atuais:

O que o sr(a) costuma fumar?

Cigarro narguilé charuto

cachimbo

Cigarrilha cigarro de cravo

cigarro indiano

Quanto o Sr(a) fuma por dia?

Cigarros

Charutos

Cachimbo

Outro _____ quantos _____

Nos últimos 12 meses, o Sr(a) tentou parar de fumar?

Sim

Não

Quando tentou parar de fumar, procurou um profissional de saúde?

Sim

Não

Conseguiu o tratamento para parar de fumar com o profissional de saúde?

Sim, no SUS

Sim, fora do SUS

Não

Deseja parar de fumar neste momento?

Sim

Não

Não sabe/não quis informar

Para os que não fumam atualmente:

Já foi fumante?

Não

Sim e fumava diariamente

Sim e não fumava todos os dias

Para os fumavam diariamente e não fumam atualmente:

O Sr parou de fumar:

Com uso de medicamento

Sem uso de medicamento

Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

Nunca

Menos de uma vez por mês

Uma vez ou mais por mês

Não quis informar

Quantos dias por semana o sr(a). costuma tomar alguma bebida alcoólica?

Nenhum dia

_____ dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, no dia que o Sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o sr(a) consome? (uma dose significa uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

Nos últimos 30 dias, o senhor chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (uma dose significa uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

Sim
Não

Nos últimos 30 dias, a senhora chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

Sim
Não

Em quantos dias do mês isto ocorreu?

1 a 3
4 a 6 dias
7 dias ou mais

Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer feijão?

Nenhum dia
_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, quantas vezes por dia costuma comer feijão?

1 vez ao dia (almoço ou janta)
2 vezes ao dia (almoço e janta)
3 ou mais vezes ao dia

Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?

Nenhum dia
_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, quantas vezes por dia costuma comer este tipo de salada?

1 vez ao dia (almoço ou janta)
2 vezes ao dia (almoço e janta)
3 ou mais vezes ao dia

Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume cozido como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (exceto batata, mandioca ou inhame)?

Nenhum dia
_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, quantas vezes por dia costuma comer verdura ou legume cozido?

1 vez ao dia (almoço ou janta)
2 vezes ao dia (almoço e janta)
3 ou mais vezes ao dia

Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer frutas?

Nenhum dia
_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, quantas vezes por dia costuma comer frutas?

1 vez ao dia (almoço ou janta)
2 vezes ao dia (almoço e janta)
3 ou mais vezes ao dia

Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar suco de frutas natural?

Nenhum dia
_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, quantos copos por dia toma de suco de frutas natural?

1 vez ao dia (almoço ou janta)
2 vezes ao dia (almoço e janta)
3 ou mais vezes ao dia

Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar refrigerante e/ou suco artificial?

Nenhum dia
_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, quantos copos por dia toma de refrigerante e/ou suco artificial?

1 vez ao dia (almoço ou janta)
2 vezes ao dia (almoço e janta)

3 ou mais vezes ao dia

Em quantos dias da semana o Sr(a). costuma tomar leite?

Nenhum dia

_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Quando o senhor(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? (indivíduos que referiram consumir ambos os tipos de leite ou que desconheciam o tipo consumido foram também incluídos)

Desnatado ou Semidesnatado

Integral

Os dois tipos

Não sabe

Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco ou cabrito)?

Nenhum dia

_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Quando o(a) senhor(a) come carne vermelha com gordura, o(a) senhor(a) costuma comer também a gordura?

Sim

Não

Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frango ou galinha?

Nenhum dia

_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Quando o(a) senhor(a) come frango/galinha com pele, o(a) Sr(a) costuma comer também a pele?

Sim

Não

Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer peixe?

Nenhum dia

_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (exceto fisioterapia)

Sim

Não

Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) senhor(a) pratica com mais frequência? (apenas o primeiro citado)

Caminhada (não vale para o trabalho ou escola)

Caminhada em esteira

Corrida

Corrida em esteira

Musculação

Ginástica aeróbica (*spinning, step, jump*)

Hidroginástica

Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)

Natação

Artes marciais e luta (jiu-jitsu, caratê, judô)

Bicicleta

Futebol

Basquetebol

Voleibol

Tênis

Dança

Outros (especificar)_____

O Sr (a). pratica o exercício pelo menos 1 vez por semana?

Sim

Não

Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

Nenhum dia

_____dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, quando pratica exercício ou esporte ou faz caminhada, quanto tempo dura esta atividade?

_____ (horas) _____ (minutos)

Nos últimos três meses, o Sr(a) trabalhou?

Sim
Não

Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

Sim, todo o trajeto
Sim, parte do trajeto
Não

Quanto tempo o(a) senhor(a) gasta para completar este trajeto (a pé ou de bicicleta) considerando a ida e a volta?

_____ (horas) _____ (minutos)

No desempenho do seu trabalho, quantos dias da semana o(a) sr(a) anda a pé por pelo menos 10 minutos seguidos?

Nenhum dia
_____ dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, no dia que o Sr(a) anda a pé do desempenho de suas atividades de trabalho, quanto tempo dura esta atividade?

_____ (horas) _____ (minutos)

Em geral, no seu trabalho, quantos dias por semana o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que exige esforço físico intenso?

Nenhum dia
_____ dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, no dia que o Sr(a) faz esforço físico intenso no trabalho, quanto tempo dura esta atividade?

_____ (horas) _____ (minutos)

Nas suas atividades de rotina (como cursos, escolas, clubes ou acompanhando alguém nestas atividades), quantos dias por semana o Sr(a) faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou de bicicleta?

Nenhum dia
_____ dias por semana (anotar 1 a 7)

Quanto tempo o(a) senhor(a) gasta para completar este trajeto (a pé ou de bicicleta) considerando a ida e a volta?

_____ (horas) _____ (minutos)

No desempenho das suas atividades de rotina, em quantos dias da semana o Sr(a) faz faxina, carrega peso ou faz outra atividade pesada que exige esforço físico intenso?

Nenhum dia
_____ dias por semana (anotar 1 a 7)

Em geral, no dia que o Sr(a) faz esforço físico intenso no desempenho de suas atividades de rotina, quanto tempo dura esta atividade?

_____ (horas) _____ (minutos)

Quem costuma fazer a faxina de casa?

Eu sozinho
Eu com outra pessoa
Outra pessoa

A parte mais pesada da faxina em casa fica:

Comigo
Com outra pessoa
Ambos

Em geral, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão fora do trabalho?

Não assiste televisão fora do trabalho
_____ (horas) _____ (minutos)

Em geral, quantas horas por dia o Sr(a) costuma usar o computador fora do trabalho?

Não utiliza o computador fora do trabalho
_____ (horas) _____ (minutos)

Vamos falar sobre problemas de saúde seus e de seus familiares

O Sr(a) já teve um exame de glicemia elevada (açúcar no sangue)? (por ex. num exame de saúde, durante alguma doença ou na gravidez?)

Sim
Não
Não sabe informar

Algum médico já lhe deu diagnóstico de diabetes ou açúcar no sangue alto?

Sim
Sim, mas só durante a gravidez
Não
Não sabe informar

O Sr(a) toma medicamento para diabetes (baixar o açúcar no sangue) atualmente prescrito pelo médico?

Sim
Qual? Antidiabético oral insulina
Não
Não sabe informar

O Sr(a) faz consultas de acompanhamento de saúde regularmente por causa do diabetes? (explicação: consultas marcadas periodicamente)

Sim
Não, só quando tem algum problema
Não vai nunca

Com que frequência o Sr(a) participa das atividades propostas pela Unidade de Saúde/serviço de saúde para acompanhar o diabetes? (explicação: atividades programadas de grupo)

Sempre
Quase sempre
Quase nunca
Nunca

Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por causa do diabetes?

Há menos de 6 meses
De 6 meses há 1 ano
De 1 a 2 anos
Mais de 2 anos
Nunca recebeu
Não sabe informar

Na última vez que o sr(a) recebeu assistência por causa do diabetes o Sr(a) foi atendido aonde?

Unidade de saúde próxima da sua casa
Centro de especialidades médicas público
UPA/CMUM – Unidade de Pronto Atendimento/Centro Municipal de Urgências Médicas
Pronto-socorro ou emergência de hospital
Ambulatório de hospital
Consultório particular ou consultório de estabelecimento privado ou ambulatório de empresa ou sindicato

O Sr(a). tem ou teve algum parente com diabetes (tipo 1 ou 2)?

Sim irmãos, pai, mãe, filhos
Sim tios, avós, primos de 1º grau
Não
Não sabe informar

Algum médico já lhe deu diagnóstico de hipertensão (pressão alta)?

Sim
Não
Não sabe informar

O Sr(a) toma medicamento para hipertensão (pressão alta) prescrito pelo médico atualmente?

Sim
Não

Não sabe informar

O Sr(a) faz consultas de acompanhamento de saúde regularmente por causa da hipertensão? (explicação: consultas marcadas periodicamente)

Sim

Não, só quando tem algum problema

Não vai nunca

Com que frequência o Sr(a) participa das atividades propostas pela Unidade de Saúde/serviço de saúde para acompanhar a hipertensão? (explicação: atividades programadas de grupo)

Sempre

Quase sempre

Quase nunca

Nunca

Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por causa da hipertensão?

Há menos de 6 meses

De 6 meses há 1 ano

De 1 a 2 anos

Mais de 2 anos

Nunca recebeu

Não sabe informar

Na última vez que o sr(a) recebeu assistência por causa da hipertensão o Sr(a) foi atendido aonde?

Unidade de saúde próxima da sua casa

Centro de especialidades médicas público

UPA/CMUM – Unidade de Pronto Atendimento/Centro Municipal de Urgências Médicas

Pronto-socorro ou emergência de hospital

Ambulatório de hospital

Consultório particular ou consultório de estabelecimento privado ou ambulatório de empresa ou sindicato

O Sr(a) tem ou teve algum parente com pressão alta?

Sim irmãos, pai, mãe, filhos

Sim tios, avós, primos de 1º grau

Não

Não sabe informar

Algum médico já lhe disse que o sr(a) tem colesterol ou triglicérideo alto?

Sim

Não

Não sabe informar

O Sr(a) toma medicamento para colesterol ou triglicérideo prescrito pelo médico atualmente?

Sim

Não

Não sabe informar

O Sr(a) faz consultas de acompanhamento de saúde regularmente por causa do colesterol ou triglicérideo alto? (explicação: consultas marcadas periodicamente)

Sim

Não, só quando tem algum problema

Não vai nunca

Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por causa do colesterol ou triglicérideo alto?

Há menos de 6 meses

De 6 meses há 1 ano

De 1 a 2 anos

Mais de 2 anos

Nunca recebeu

O Sr(a) tem ou teve algum parente com colesterol ou triglicérideo alto?

Sim irmãos, pai, mãe, filhos

Sim tios, avós, primos de 1º grau

Não

Não sabe informar

Algum médico já lhe disse que o Sr(a) tem doença renal (nos rins) ou no aparelho urinário?

Sim
Não
Não sabe informar

Que tipo de doença renal (nos rins) ou no aparelho urinário o médico disse que o sr(a) tinha?

Cálculo (pedra)
Infecção nos rins
Infecção na bexiga (cistite)
Rins policísticos
Tumores
Outro
Não sabe informar

O Sr(a) tem ou teve algum parente com doença renal?

Sim irmãos, pai, mãe, filhos
Sim tios, avós, primos de 1º grau
Não
Não sabe informar

O Sr(a) tem ou teve algum parente que teve infarto ou AVC?

Sim irmãos, pai, mãe, filhos
(marque a idade de cada um deles)
Sim tios, avós, primos de 1º grau
Não
Não sabe informar

O Sr(a) tem ou teve algum parente que morreu subitamente (de repente)?

Sim irmãos, pai, mãe, filhos
(marque a idade de cada um deles)
Sim tios, avós, primos de 1º grau
Não
Não sabe informar

O Sr(a) tem ou teve alguma destas complicações devido à hipertensão, diabete ou doença renal?

Infarto
Angina
AVC (derrame)
Outro problema circulatório
Insuficiência cardíaca
Problemas de visão
Amputação
Úlceras nos pés
Diálise
Transplante renal

Algum médico já lhe deu diagnóstico de depressão?

Sim
Não
Não sabe informar

O Sr(a) toma medicamento para depressão prescrito pelo médico atualmente?

Sim
Não
Não sabe informar

O Sr(a) faz consultas de acompanhamento de saúde regularmente por causa da depressão? (explicação: consultas marcadas periodicamente)

Sim
Não, só quando tem algum problema
Não vai nunca

Com que frequência o Sr(a) participa das atividades propostas pela Unidade de Saúde/serviço de saúde para acompanhar a depressão? (explicação: atividades programadas de grupo)

Sempre
Quase sempre
Quase nunca
Nunca

Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por causa da depressão?

- Há menos de 6 meses
- De 6 meses há 1 ano
- De 1 a 2 anos
- Mais de 2 anos
- Nunca recebeu
- Não sabe informar

Na última vez que o sr(a) recebeu assistência por causa da depressão o Sr(a) foi atendido aonde?

- Unidade de saúde próxima da sua casa
- Centro de especialidade Matriz
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- UPA/CMUM – Unidade de Pronto Atendimento/Centro Municipal de Urgências Médicas
- Pronto-socorro ou emergência de hospital
- Ambulatório especializado
- Consultório particular ou consultório de estabelecimento privado ou ambulatório de empresa ou sindicato

O Sr(a) tem ou teve algum parente com depressão?

- Sim irmãos, pai, mãe, filhos
- Sim tios, avós, primos de 1º grau
- Não
- Não sabe informar

Algum médico já lhe disse que o Sr(a) tem ou teve alguma destas doenças?

- Esquizofrenia
- Transtorno bipolar
- Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)
- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)
- Síndrome do Pânico
- Psicose
- Problemas de tireóide (hipotireoidismo ou hipertireoidismo)

Como o sr(a) adquire os medicamentos de uso contínuo prescritos pelo médico? (explicação: medicação que precisa tomar todo dia para tratar diabetes, pressão alta, colesterol alto, depressão e outros)

	Todos	Alguns	Nenhum
No serviço público de saúde (UBS, ambulatório, centro de especialidade)			
Pega na farmácia popular			
Na farmácia do convênio (plano ou seguro de saúde)			
Compra na farmácia			
Ganha do médico			
Ganha de amigos, parentes ou vizinhos			
Ganha na igreja, ONG, entidades filantrópicas			

Como o Sr(a). classificaria seu estado de saúde atual?

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

O sr(a). tem apresentado algum destes sintomas ultimamente?

- Muita sede
- Urina frequente
- Perda de peso inexplicada

Nas últimas 8 horas, o senhor(a) comeu ou bebeu algo (exceto água)?

- Sim
- Não
- Não sabe informar

Quando foi a última vez que o Sr(a) teve a sua pressão arterial medida num serviço de saúde?

- Há menos de 6 meses

De 6 meses há 1 ano
De 1 a 2 anos
Mais de 2 anos
Nunca mediu
Não sabe informar

Quando foi a última vez que o Sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, ou seja, o açúcar no sangue num serviço de saúde?
Há menos de 6 meses
De 6 meses há 1 ano
De 1 a 2 anos
Mais de 2 anos
Nunca fez
Não sabe informar

O Sr(a) costuma fazer exame de glicemia capilar (auto monitoramento) em casa?
Sim
Não

Quando foi a última vez que o Sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e/ou o triglicerídeo?
Há menos de 6 meses
De 6 meses há 1 ano
De 1 a 2 anos
Mais de 2 anos
Nunca fez
Não sabe informar

Quando foi a última vez que o Sr(a) fez exame de urina?
Há menos de 6 meses
De 6 meses há 1 ano
De 1 a 2 anos
Mais de 2 anos
Nunca fez
Não sabe informar

Quando foi a última vez que o Sr(a) fez exame de sangue para medir a creatinina?
Há menos de 6 meses
De 6 meses há 1 ano
De 1 a 2 anos
Mais de 2 anos
Nunca fez
Não sabe informar

Agora vamos conversar sobre como o(a) Sr(a) vem se sentindo nestas duas últimas semanas:

Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por sentir-se pouco interessado ou pouco prazer em fazer as coisas?
Nenhum dia
Alguns dias (Menos da metade dos dias)
Mais da metade dos dias
Quase todos os dias

Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por se sentir para baixo, deprimido ou sem perspectiva?
Nenhum dia
Alguns dias (Menos da metade dos dias)
Mais da metade dos dias
Quase todos os dias

Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por ter dificuldade em pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume?
Nenhum dia
Alguns dias (Menos da metade dos dias)
Mais da metade dos dias
Quase todos os dias

Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por se sentir cansado ou com pouca energia?

- Nenhum dia
- Alguns dias (Menos da metade dos dias)
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por ter falta de apetite ou comer demais?

- Nenhum dia
- Alguns dias (Menos da metade dos dias)
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por sentir-se mal consigo mesmo, achar que é um fracasso ou que decepcionou a si e à sua família?

- Nenhum dia
- Alguns dias (Menos da metade dos dias)
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por ter dificuldade em se concentrar nas coisas como ler o jornal ou ver televisão?

- Nenhum dia
- Alguns dias (Menos da metade dos dias)
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por apresentar lentidão para pensar e falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto, ficar tão agitado ou irrequieto que fica andando de um lado a outro mas do que de costume?

- Nenhum dia
- Alguns dias (Menos da metade dos dias)
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto?

- Nenhum dia
- Alguns dias (Menos da metade dos dias)
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

Se a resposta foi positiva para qualquer uma destas perguntas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas de casa ou para se relacionar com as pessoas.

- Nenhuma dificuldade
- Alguma dificuldade
- Muita dificuldade
- Extrema dificuldade

Quando foi a última vez que o Sr(a) respondeu um questionário sobre a presença destes sintomas nas duas últimas semanas?

- Há menos de 6 meses
- De 6 meses há 1 ano
- De 1 a 2 anos
- Mais de 2 anos
- Nunca respondeu
- Não sabe informar

MÓDULO 3 – SERVIÇOS DE SAÚDE

Tipo de serviço de saúde

O Sr(a) usa o SUS (unidade de saúde, postinho) como principal serviço para resolver seus problemas de saúde?

- SIM
 NÃO

O Sr(a) possui Plano ou seguro de Saúde?

- SIM
 NÃO
 Não sabe informar

Quem paga seu plano/seguro de saúde?

- Você ou a família
 Empresa/ Sindicato/Agremiação/Associação/Instituto
 Não sabe informar

Quando o Sr(a) procurou a Unidade de Saúde (postinho) pela última vez?

- Há menos de 1 mês
 De 1 a 6 meses
 De 6 a 12 meses
 De 1 a 2 anos
 Há mais de 2 anos
 Não sabe informar

Qual foi o motivo da procura pela Unidade de Saúde na última vez?

- Doença/ problema de saúde agudo
 Consulta agendada de programa (HAS, diabete, pré-natal, saúde mental, cessação do tabagismo ou outro)
 Atividades de grupo (atividade física, reeducação alimentar, escola de postura, FISIOQUALIT – fisioterapia, apoio em saúde mental, apoio à cessação do tabagismo ou outro)
 Curativo
 Buscar medicamento
 Exame laboratorial
 Consulta odontológica
 Vacina
 Aplicação de injeção
 Atestado de saúde, isenção tarifária
 Outro
 Não lembra, não sabe informar

Na sua avaliação, o serviço prestado foi:

- Ótimo
 Bom
 Regular
 Ruim
 Péssimo
 Não sei/não quis responder

O sr(a) já utilizou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA, CMUM) da Prefeitura de Curitiba?

- SIM
 NÃO

Na sua avaliação, o serviço prestado foi:

- Ótimo
 Bom
 Regular

- Ruim
- Péssimo
- Não sei/não quis responder

O Sr(a) aponta algum destes problemas na Unidade de Saúde do seu bairro?

- Mau atendimento
- Não tenho boas referências do serviço/profissionais
- Não quiseram me atender
- Não confio nos profissionais/atendimento
- Unidade (posto) muito cheia (super lotação)
- Faltam médicos
- Faltam outros profissionais
- Má estrutura (pequena, sem equipamento, falta de limpeza,)
- Distância (muito longe)
- Tempo de espera para ser atendido é muito grande
- Horário de funcionamento incompatível com atividades domésticas ou de trabalho
- Outros
- Não sabe, não quis informar

APENAS PARA OS USUÁRIOS DO SUS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto A – GRAU DE AFILIAÇÃO
<p>A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde:</p> <p>_____</p> <p>Endereço:</p> <p>_____</p>
<p>A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde:</p> <p>_____</p> <p>Endereço:</p> <p>_____</p>
<p>A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 & A2 acima.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A1 somente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A2 somente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).</p>

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO
 AGORA, o **entrevistador** identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/ enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4 e A5**).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____

Esclareça ao entrevistado que:
A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5 - _____
 (“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a **Seção B**)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO					
Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9
B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool – Brasil versão Adulto

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
C1 - O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	4	3	2	1	9
C2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4	3	2	1	9
C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4	3	2	1	9
C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4	3	2	1	9
C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4	3	2	1	9
C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4	3	2	1	9
C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4	3	2	1	9
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”?	4	3	2	1	9
C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4	3	2	1	9
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4	3	2	1	9
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” quando pensa que é necessário?	4	3	2	1	9
C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool – Brasil versão Adulto

D - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
D1 – Quando você vai ao seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4	3	2	1	9
D2 – Você acha que o seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” entende o que você diz ou pergunta?	4	3	2	1	9
D3 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4	3	2	1	9
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o <i>médico ou enfermeiro</i> que melhor conhece você?	4	3	2	1	9
D5 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4	3	2	1	9
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ”?	4	3	2	1	9
D7 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4	3	2	1	9
D8 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quem mora com você?	4	3	2	1	9
D9 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4	3	2	1	9
D10 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4	3	2	1	9
D11 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4	3	2	1	9
D12 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4	3	2	1	9
D13 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4	3	2	1	9
D14 – Você mudaria do “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4	3	2	1	9

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool – Brasil versão Adulto**

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”?

- Sim
 Não **(Passe para a questão F1)**
 Não sei / não lembro / não quis responder **(Passe para a questão F1)**

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
E2 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
E3 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
E4 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4	3	2	1	9
E5 - O seu “ <i>médico / enfermeiro</i> ” ou alguém que trabalha no / com “ <i>nome do serviço de saúde</i> ” ajudou-o /a a marcar esta consulta?	4	3	2	1	9
E6 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4	3	2	1	9
E7 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sabe quais foram os resultados desta consulta?	4	3	2	1	9
E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4	3	2	1	9
E9 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool – Brasil versão Adulto
F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
F1. Quando você vai no “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4	3	2	1	9
F2. Quando você vai ao “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4	3	2	1	9
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	4	3	2	1	9

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool – Brasil versão Adulto**

G –INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	4	3	2	1	9
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	4	3	2	1	9
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos)	4	3	2	1	9
G4 – Vacinas (imunizações)	4	3	2	1	9
G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário)	4	3	2	1	9
G6 – Tratamento dentário	4	3	2	1	9
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4	3	2	1	9
G8 – Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas e ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4	3	2	1	9
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental	4	3	2	1	9
G10 – Sutura de um corte que necessite pontos	4	3	2	1	9
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4	3	2	1	9
G12 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	4	3	2	1	9
G13 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	4	3	2	1	9
G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido)	4	3	2	1	9
G15 – Remoção de verrugas	4	3	2	1	9
G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau)	4	3	2	1	9
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar	4	3	2	1	9
G18 – Cuidados pré-natais	4	3	2	1	9
G19 – Remoção de unha encravada	4	3	2	1	9
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)	4	3	2	1	9
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4	3	2	1	9
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4	3	2	1	9

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool – Brasil versão Adulto**

H –INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde/ nome do médico / enfermeiro”.

Em consultas ao “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”, algum dos seguintes assuntos já foram discutidos (conversados) com você? Repetir esta frase a cada 3-4 itens.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	4	3	2	1	9
H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	4	3	2	1	9
H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	4	3	2	1	9
H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4	3	2	1	9
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4	3	2	1	9
H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4	3	2	1	9
H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4	3	2	1	9
H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no seu lar, no seu trabalho ou na sua vizinhança	4	3	2	1	9
H9 – Perguntar se você tem arma de fogo e orientar como guardá-la em segurança	4	3	2	1	9
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)	4	3	2	1	9
H11 – Como prevenir quedas	4	3	2	1	9
H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	4	3	2	1	9
H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto I –ORIENTAÇÃO FAMILIAR Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde/ nome do médico / enfermeiro” com sua família.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
I1 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4	3	2	1	9
I2 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4	3	2	1	9
I3 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto J –ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
J1 – Alguém no “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” faz visitas domiciliares?	4	3	2	1	9
J2 – O seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4	3	2	1	9
J3 – O seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4	3	2	1	9
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?					
J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4	3	2	1	9
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4	3	2	1	9
J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4	3	2	1	9

MÓDULO 3 – SERVIÇOS DE SAÚDE PARA NÃO USUÁRIOS DO SUS

Tipo de serviço de saúde

O Sr(a) usa o SUS (unidade de saúde, postinho) como principal serviço para resolver seus problemas de saúde?

- SIM
 NÃO

O Sr(a) possui Plano ou seguro de Saúde?

- SIM
 NÃO
 Não sabe informar

Quem paga seu plano/seguro de saúde?

- Você ou a família
 Empresa/ Sindicato/Agremiação/Associação/Instituto
 Não sabe informar

O Sr(a) conhece a Unidade (Posto) de Saúde do seu bairro (da vila)?

- SIM
 NÃO

O sr(a) já utilizou algum serviço da Unidade (Posto) de Saúde do bairro (da vila)?

- SIM
 NÃO

Quando o Sr(a) procurou a Unidade de Saúde (postinho) pela última vez?

- Há menos de 1 mês
 De 1 a 6 meses
 De 6 a 12 meses
 De 1 a 2 anos
 Há mais de 2 anos
 Não sabe informar

Qual foi o motivo da procura pela Unidade de Saúde na última vez?

- Doença/ problema de saúde agudo
 Consulta agendada de programa (HAS, diabetes, pré-natal, saúde mental, cessação do tabagismo ou outro)
 Atividades de grupo (atividade física, reeducação alimentar, escola de postura, FISIOQUALIT – fisioterapia, apoio em saúde mental, apoio à cessação do tabagismo ou outro)
 Curativo
 Buscar medicamento
 Exame laboratorial
 Consulta odontológica
 Vacina
 Aplicação de injeção
 Atestado de saúde, isenção tarifária
 Outro
 Não lembra, não sabe informar

Na sua avaliação, o serviço prestado foi:

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo
- Não sei/não quis responder

O sr(a) já utilizou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA, CMUM) da Prefeitura de Curitiba?

- SIM
- NÃO

Na sua avaliação, o serviço prestado foi:

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo
- Não sei/não quis responder

O Sr(a) acha que o principal motivo de não utilizar a Unidade de Saúde do bairro como principal serviço para atender seus problemas de saúde é?

- Mau atendimento
- Não tenho boas referências do serviço/profissionais
- Não quiseram me atender
- Não confio nos profissionais/atendimento
- Unidade (posto) muito cheia (super lotação)
- Faltam médicos
- Faltam outros profissionais
- Má estrutura (pequena, sem equipamento, falta de limpeza,)
- Distância (muito longe)
- Tempo de espera para ser atendido é muito grande
- Horário de funcionamento incompatível com atividades domésticas ou de trabalho
- Outros
- Não sabe, não quis informar

O Sr(a) utilizaria a Unidade de Saúde como principal serviço para atender seus problemas de saúde se melhorasse a qualidade do atendimento, o número de profissionais e a estrutura da unidade?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/não lembro/não quis responder

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool – Brasil versão Adulto resumida

GRAU DE AFILIAÇÃO

Há um médico ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

O médico com quem você geralmente consulta para resolver seus problemas de saúde é:

Generalista (clínico geral ou médico de família)
Outra especialidade (assinale qual)

- Ginecologista
 Cardiologista
 Endocrinologista
 Urologista
 Neurologista
 Pneumologista
 Dermatologista
 Ortopedista
 Outro _____

Este médico ou serviço se localiza:

- Consultório particular
 Emergência de um hospital
 Ambulatório de um hospital
 Ambulatório do plano de saúde
 Serviço de saúde no trabalho ou escola
 Outro serviço/consultório
 Não sabe/Não quis responder

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool – Brasil versão Adulto resumida**

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
Quando você tem um novo problema de saúde você vai ao seu médico ou serviço de saúde ou entra em contato com eles antes de procurar outro médico ou serviço?	4	3	2	1	9
Quando o seu médico ou serviço de saúde está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4	3	2	1	9
É difícil para você conseguir atendimento com seu médico ou serviço de saúde quando pensa que é necessário?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto resumida LONGITUDINALIDADE Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	4	3	2	1	9
Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	4	3	2	1	9
O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4	3	2	1	9
Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4	3	2	1	9
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto resumida COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4	3	2	1	9
O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	4	3	2	1	9
O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4	3	2	1	9
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4	3	2	1	9

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool – Brasil versão Adulto**

INTEGRALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas e ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4	3	2	1	9
Aconselhamento para problemas de saúde mental	4	3	2	1	9
Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)	4	3	2	1	9

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool – Brasil versão Adulto resumida**

INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde/ nome do médico

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
Conselhos sobre alimentação saudável	4	3	2	1	9
Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4	3	2	1	9
Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4	3	2	1	9
Como prevenir quedas	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool – Brasil versão Adulto resumida

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde/ nome do médico / enfermeiro” com sua família.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4	3	2	1	9
O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool – Brasil versão Adulto resumida

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4	3	2	1	9

8. FIGURAS

Figura 1 Fórmula do n amostral

$$n = \frac{\frac{K^2 \cdot p \cdot q}{E^2}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{K^2 \cdot p \cdot q}{E^2} - 1 \right]}$$

p = proporção de casos favoráveis na população (30%)

q = 1 - p

n = número de elementos na amostra

N = número de elementos na população

E = erro amostral relativo permissível (5%)

K = valor da tabela correspondente à área sob a curva normal padronizada, para um determinado nível de confiança (1 - alfa)

Taxa de Não-Reposta = 20%.

Figura 2 Esquema do processo de composição e acesso a amostra em Curitiba.

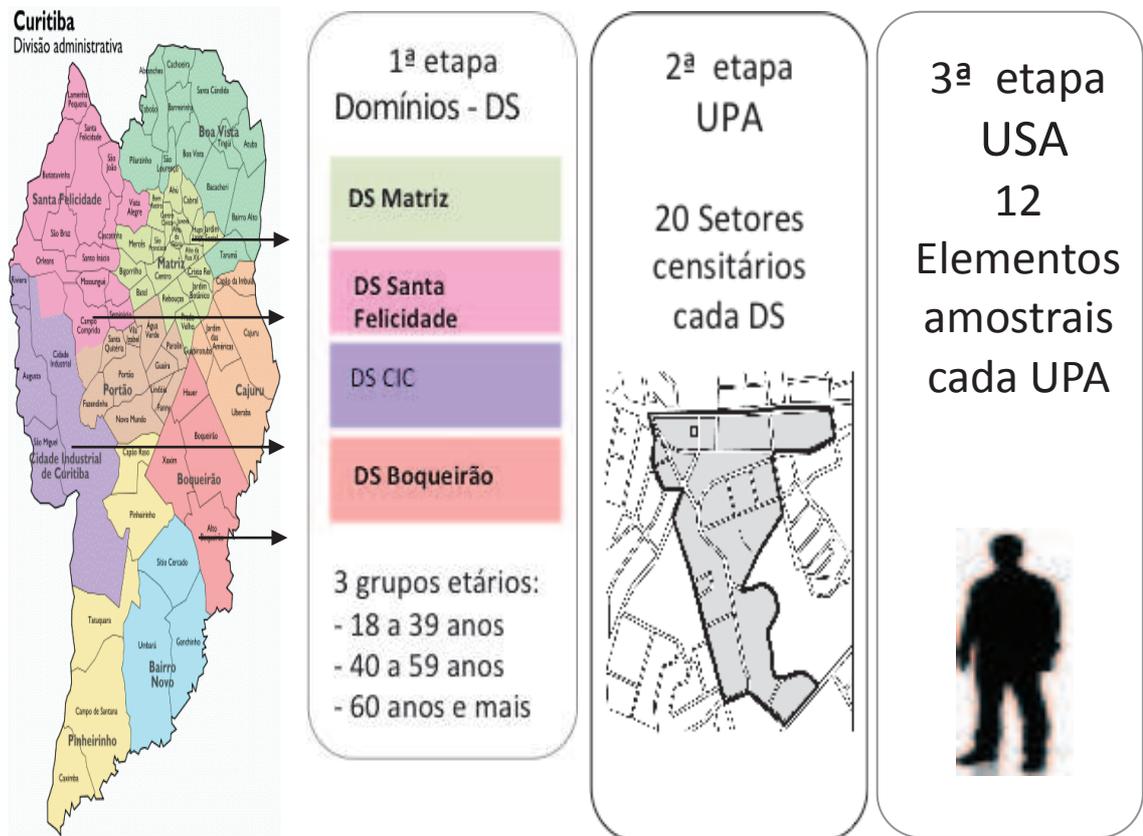
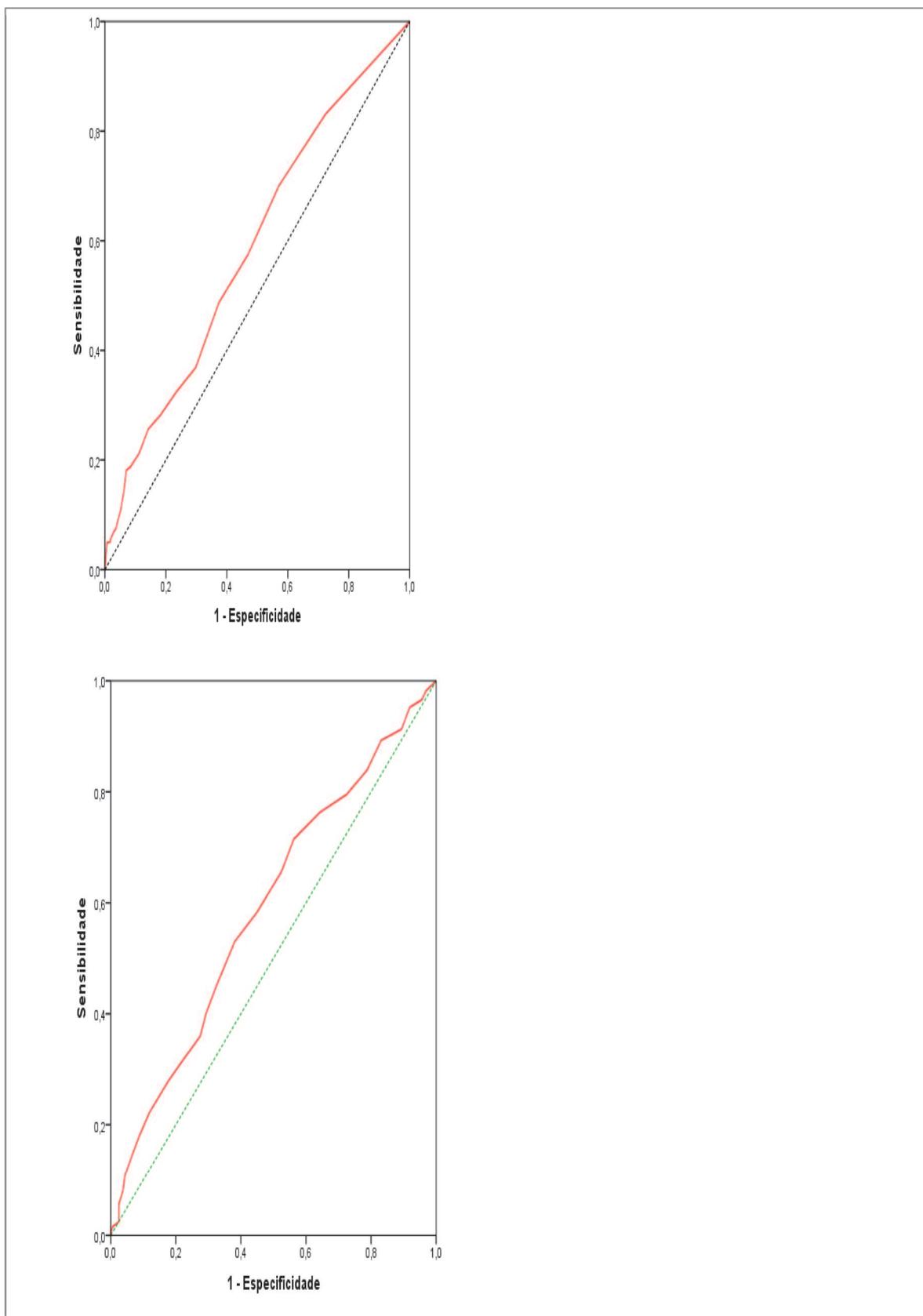


Figura 3 – Curva ROC do PHQ9 e FINDRISC



9. TABELAS

Tabela 1. Distribuição da população por grupo etário dos 4 Distritos Sanitários selecionados.

	18 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos e +
DS Santa Felicidade	65.497	47.359	21.321
DS Boqueirão	77.242	51.288	21.036
DS Matriz	77.581	52.952	36.912
DS CIC	68.312	39.986	12.492

Tabela 2 – *Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC)*

	Pontos
Idade (anos)	
< 45	0
45 – 54	2
55 – 64	3
≥ 65	4
IMC (kg/m²)	
< 25	0
25 – 29,9	1
≥ 30	3
Circunferência abdominal (cm)	
Mulheres < 80; homens < 94	0
Mulheres ≥ 80 ≤ 88; homens ≥ 94 ≤ 102	3
Mulheres > 88; homens > 102	4
Utilização regular de anti-hipertensivos	
Não	0
Sim	2
Hiperglicemia prévia (gravidez, doença aguda ou avaliação de saúde)	
Não	0
Sim	5
Frequência com que ingere frutas, legumes ou verduras	
Diariamente	0
Não todo dia	1
Atividade física (trabalho, lazer ou atividade diária)	
≥ 30 minutos/dia	0
< 30 minutos/dia	2
História familiar de diabetes mellitus (tipo 1 ou 2)	
Não	0
Sim (avô, tio, tia ou primo de primeiro grau)	3
Sim (pais, irmãos ou filhos)	5

Fonte: Adaptado da *Finnish Diabetes Association*

Tabela 3 Cálculo e valores da ponderação

Mulheres	N população	n da amostra	ponderação N/n
18-39	350015	230	1521,80
40-59	245415	254	966,20
> 60	118842	243	489,06
Homens			
18-39	334822	133	2517,46
40-59	207733	122	1702,73
> 60	82057	121	678,16

Tabela 4 Prevalência do Tabagismo na cidade de Curitiba.

Fumantes	Não fumantes	
16,06	83,94	
	Nunca fumantes	Ex-fumantes
	50,54	25,44

Dados descritos em porcentagem %, sem n amostral

Tabela 5 Análise univariada dos fatores associados ao hábito de fumar.

Variável	Classif	Fumo		Valor de p*
		Não	Sim	
Sexo	Feminino	638 (87,8)	89 (12,2)	0,003
	Masculino	305 (81,1)	71 (18,9)	
Raça	Não branca	182 (82,4)	39 (17,7)	0,140
	Branca	760 (86,3)	121 (13,7)	
Estudo	0 a 4	197 (85,3)	34 (14,7)	0,295
	5 a 8	121 (80,7)	29 (19,3)	
	9 a 11	274 (85,9)	45 (14,1)	
	12 ou mais	351 (87,1)	52 (12,9)	
Situação de Trabalho	Não trabalha	466 (86,8)	71 (13,2)	0,238
	Trabalha	477 (84,3)	89 (15,7)	
Renda mensal	1-sim	730 (84,6)	133 (15,4)	0,218
	2-não	197 (88,3)	26 (11,7)	
	3-não sabe/não quis informar	16 (94,1)	1 (5,9)	
Renda Domiciliar Mensal (SM)	Até 1	269 (81,5)	61 (18,5)	0,034
	Mais de 1 a 3	408 (88,9)	51 (11,1)	
	Mais de 3 a 5	124 (84,9)	22 (15,1)	
	Maior de 5 (ref)	142 (84,5)	26 (15,5)	
Pobreza absoluta	Não	852 (86,2)	136 (13,8)	0,037
	Sim	63 (77,8)	18 (22,2)	
Excessivo habitual	Não	904 (86,5)	141 (13,5)	<0,001
	Sim	39 (67,2)	19 (32,8)	
Estado de saúde	Muito ruim/ruim	75 (81,5)	17 (18,5)	0,157
	Regular	236 (83,1)	48 (16,9)	
	Bom/muito bom	632 (86,9)	95 (13,1)	
Relato Dislipidemia	Não	661 (84,5)	121 (15,5)	0,104
	Sim	260 (88,4)	34 (11,6)	
Classificação simplificada HAS	Não	539 (84,8)	97 (15,3)	0,403
	Sim	399 (86,6)	62 (13,5)	
SUS principal serviço	SUS não é o principal	508 (87,3)	74 (12,7)	0,078
	SUS é o principal	426 (83,5)	84 (16,5)	
Possui plano de saúde	Não	456 (82,9)	94 (17,1)	0,014
	Sim	477 (88,2)	64 (11,8)	
Escore PHQ	Escore	3,6±4,3	5,2±5,8	0,001
PAS	mm/Hg	129,5±19,3	130,7±19,4	0,466
PAD	mm/Hg	78,5±11,1	80,1±12	0,091
Circunferência abdominal	cm	94,7±13,4	90,9±13,1	0,001
FINDRISC	Escore	12,2±6,1	10,3±5,8	<0,001
IMC calculado	Kg/m ²	27,4±5,3	25,4±4,8	<0,001
Glicemia (mg/dL)	mg/dL	98±28,6	94,8±21,5	0,107

Resultados descritos por frequências (percentuais) ou por média ± desvio padrão

*Teste de Qui-quadrado (variáveis categóricas) ou ANOVA com um fator (variáveis quantitativas), p<0,05

Tabela 6 Análise multivariada dos fatores de risco para tabagismo.

Variável	Classif	Fumo		Valor de p*	OR	IC 95%	Obs
		Não	Sim				
Faixa etária	18-39 (ref)	308 (84,9)	55 (15,2)				
	40-59	311 (82,7)	65 (17,3)	0,007	1,84	1,18 – 2,86	40-59 pior que 18-39
	> 60	324 (89)	40 (11,0)	0,281	1,34	0,79 – 2,95	>60 não difere de 18-39
Estado Conjugal	Casado (ref)	552 (89)	68 (11,0)				
	Não casado	391 (81)	92 (19,1)	0,001	1,84	1,28 – 2,65	Não casado pior q casado
Atividade Física	Ativo (ref)	551 (85,3)	95 (14,7)				
	Insuficiente	280 (88,6)	36 (11,4)	0,607	0,89	0,57 – 1,39	Insuf não difere de ativo
	Inativo	112 (79,4)	29 (20,6)	0,006	2,04	1,23 – 3,39	Pior do que ativo
Abusivo álcool	Não	813 (88,5)	106 (11,5)				
	Sim	130 (70,7)	54 (29,4)	<0,001	2,93	1,94 – 4,42	Sim é pior que não
Relato DM	Não	813 (84,5)	149 (15,5)				
	Sim	119 (94,4)	7 (5,6)	0,019	0,34	0,16 – 0,85	DM protege
Escore PHQ	≤ 3	590 (87,8)	82 (12,2)				
	> 3	353 (81,9)	78 (18,1)	0,007	1,64	1,15 – 2,34	PHQ > 3 é pior
FINDRISC	≥12	500 (89,1)	61 (10,9)				
	<12	443 (81,7)	99 (18,3)	0,032	1,58	1,04 – 2,41	FINDRISC <12 é pior

Notas: Resultados descritos por frequência (percentual)

*Modelo de Regressão Logística (stepwise backward) e teste de Wald, p<0,05



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE CULTURA - PUCPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO HÁBITO DE FUMAR

Pesquisador: José Augusto Ribas Fortes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45463815.0.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.093.026

Data da Relatoria: 03/06/2015

Apresentação do Projeto:

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e conhecer sua prevalência e fatores que a influenciam, aumentam a importância e responsabilidade das políticas de saúde. Através da análise de um banco de dados já pré-existente, serão avaliados 1.160 questionários de 100 perguntas já aplicados em uma amostra da população de Curitiba. Esta amostra foi estabelecida através de uma estratificação por faixas etárias de interesse e dividida em 4 domínios sanitários representativos da cidade, considerando sua distribuição geográfica, perfil da população e da utilização do sistema de saúde. O objetivo principal deste projeto é determinar quais fatores estão associados a prevalência de tabagismo na amostra estudada e poder inferir os resultados na população da cidade de Curitiba.

Os dados que serão utilizados nesta avaliação serão exclusivamente coletados do banco de dados do projeto EPICUREAN (EPIde miology of CURitiba: EvaluAtion of Non-comunicable diseases), relativo ao projeto intitulado "Pesquisa de base populacional sobre doenças crônicas não transmissíveis em Curitiba", aprovado por parecer prévio do CEP número 362.266.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo principal deste projeto é determinar quais fatores estão associados a prevalência de

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br

Continuação do Parecer: 1.093.026

tabagismo na amostra estudada e poder inferir os resultados na população da cidade de Curitiba.

Objetivo Secundário:

Determinar quais fatores epidemiológicos ou sociais poderiam ser influenciados por políticas públicas de saúde. Traçar um perfil clínico, epidemiológico e social dos indivíduos fumantes da amostra estudada

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não existem riscos diretos para os indivíduos da pesquisa, dado fato que os dados já foram coletados não haverá contato para coleta de informações, sendo as informações do projeto retiradas de banco de dados previamente existente. A garantia de que as informações pessoais dos indivíduos da pesquisa não se tornarem públicas serão garantidas pelo termo de compromisso de utilização de dados.

Benefícios:

Não existem benefícios diretos a população pesquisada. Os benefícios serão indiretos se porventura estes dados forem utilizados para mudanças de políticas de saúde pública por órgãos governamentais ou não.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Análise de dados já coletados. Os dados que serão utilizados nesta avaliação serão exclusivamente coletados do banco de dados do projeto EPICUREAN (EPIDemiology of CURitiba: EvaluAtion of Non-communicable diseases), relativo ao projeto intitulado "Pesquisa de base populacional sobre doenças crônicas não transmissíveis em Curitiba", aprovado por parecer prévio do CEP número 362.266.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado projeto de pesquisa, folha de rosto, termo de autorização institucional e TCUD.

Recomendações:

Recomenda-se atualizar a resolução referida no modelo de termo de autorização para a resolução 466/12.

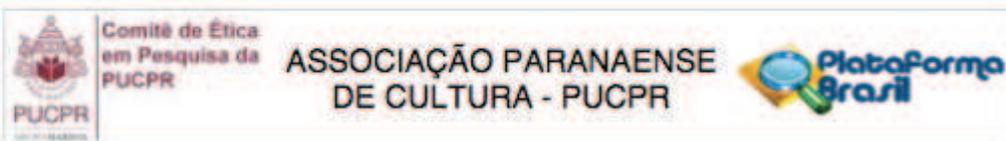
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155	CEP: 80.215-901
Bairro: Prado Velho	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103	Fax: (41)3271-2103
	E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 1.093.026

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CURITIBA, 03 de Junho de 2015

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@puopr.br

Página 03 de 03