

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Dissertação de Mestrado

Epidemiologia do tabagismo na zona rural de Pelotas

Mariana Otero Xavier

Pelotas, 2016

Mariana Otero Xavier

EPIDEMILOGIA DO TABAGISMO NA ZONA RURAL DE PELOTAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Orientadora: Iná da Silva dos Santos

Co-orientadora: Bianca Del Ponte da Silva

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

X3e Xavier, Mariana Otero

Epidemiologia do tabagismo na zona rural de Pelotas /
Mariana Otero Xavier ; Iná da Silva dos Santos, orientadora ;
Bianca Del Ponte da Silva, coorientadora. — Pelotas, 2016.

189 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação
em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade
Federal de Pelotas, 2016.

1. Epidemiologia. 2. Prevalência. 3. Tabagismo. 4.
População rural. 5. Estudos transversais. I. Santos, Iná da
Silva dos, orient. II. Silva, Bianca Del Ponte da, coorient. III.
Título.

CDD : 614.4

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Mariana Otero Xavier

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre em
Epidemiologia

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Ana Maria Baptista Menezes
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a Dr^a Samanta Winck Madruga
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a Dr^a Iná da Silva dos Santos (orientadora)
Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, RS
Dezembro de 2016

**Dedico esse trabalho aos meus pais:
minha base, meu porto seguro, meus
grandes incentivadores**

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Deus, por me dar tranquilidade para seguir em frente nos meus objetivos e força para enfrentar as dificuldades.

Um agradecimento especial à minha orientadora, Iná, pessoa pela qual tenho profunda admiração tanto pessoal, quanto profissionalmente. Agradeço por todos os ensinamentos, disponibilidade e organização, e pela forma atenciosa e gentil que sempre dedicou à mim! E à minha co-orientadora, Bianca, agradeço pela forma dedicada e delicada de ensinar, pelo constante apoio e por todas as excelentes contribuições.

À todos os excelentes professores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pelos grandes ensinamentos, competência, paciência e amizade.

Às minhas professoras da banca, “Sá” e “Aninha”, por aceitarem revisar este trabalho.

Não poderia deixar de agradecer, com muito carinho, à professora Alicia Matijasevich por todos os aprendizados, incentivo e confiança durante os três anos de bolsa de Iniciação Científica. Agradeço por ter me ensinado a dar os primeiros passos na pesquisa e por fazer eu me apaixonar mais ainda por esse mundo. Agradeço, também, a forma carinhosa que sempre dedicou à mim e pelo reconhecimento a cada trabalho!

À minha grande amiga Renata, pelo apoio incondicional, por todos os ensinamentos durante minha trajetória acadêmica, por todas as oportunidades na pesquisa e confiança no meu trabalho e pela parceria, tanto na vida acadêmica, quanto pessoal. Acho que nunca conseguirei agradecer o suficiente por tantas coisas boas!

Agradeço também à Déia, minha maior companheira de muitos finais de semana e madrugadas de estudo à base de muita cafeína e pausas para brincar com as cachorras. À Andreita, agradeço por todas as ajudas, pela parceria, pelos momentos de aprendizado e de alegria que compartilhamos nesses dois anos. Que essa amizade permaneça sempre, independentemente da distância Brasil-Colômbia!

Aos meus colegas do Mestrado, agradeço imensamente pela amizade que construímos. Compartilhamos muitos momentos e os mais diversos durante esses

dois anos. Momentos de muita felicidade, como na aprovação na seleção do Mestrado e a cada vez que recebíamos uma boa nota de uma prova ou nos nossos encontros e churrascos em comemoração ao final de alguma semana “tensa”; Mas também momentos de angústias e medos, como quando não sabíamos o que nos esperava em um “consórcio rural”, quando ficávamos horas hipotetizando o que poderia cair sobre os “modelos lineares generalizados” na prova de estatística e, até mesmo, quando nos vimos abraçados gritando de medo por causa de um cachorro furioso no meio da zona rural. Só nós sabemos o que sentimos e o que passamos juntos nessa jornada. Agradeço a cada um deles, Ana, Adri, Cacá, Gustavo, Jana, Luigi, Mayra, Pilar, Rafa, Robe e Thaís, pela amizade e por esse grupo leve, descontraído e comprometido que se formou!

Agradeço também à todos os funcionários do Programa, sempre muito atenciosos.

Serei eternamente grata aos meus pais, Cláudio e Regina, e à “mana”, Ana Carolina, pelo amor incondicional, por entenderem as minhas faltas em momentos importantes durante esses dois anos do Mestrado e por se dedicarem a minha formação pessoal e acadêmica constantemente. Agradeço especialmente à minha mãe, meu maior exemplo de pessoa e profissional e que desde sempre me estimulou a seguir os seus passos na carreira acadêmica. Que um dia eu possa ser uma professora tão admirada e respeitada quanto ela é, com tantos anos de homenagens e manifestações de carinho de seus alunos.

Ao meu esposo, João Otávio, por fazer parte da minha vida em todos os momentos, pela compreensão e paciência que tem comigo, especialmente nos momentos de tensão “pré-qualificação”, nos incontáveis dias desses dois anos nos quais o despertador tocou às 5 horas da madrugada para eu estudar, nos quase cinco meses da minha “rotina rural” e por entender minhas angústias. Também agradeço à ele pelos conselhos constantes sobre “não levar a vida tão à sério”.

Agradeço também aos meus sogros, Ana Lúcia e Badinha, pelo carinho que têm comigo, preocupação, apoio e comemoração a cada conquista.

Por fim, agradeço especialmente aos 1519 adultos da zona rural de Pelotas que gentilmente aceitaram colaborar com essa pesquisa!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana”

(Carl G. Jung)

Resumo

XAVIER, Mariana Otero. **Epidemiologia do tabagismo na zona rural de Pelotas.** 2016. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Este estudo está aninhado ao consórcio de Mestrado do biênio 2015/2016 do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Por meio de um inquérito transversal de base populacional, entre janeiro e junho de 2016 foram coletados dados de 1.519 indivíduos de 18 anos ou mais de idade, residentes na zona rural de Pelotas, com objetivo de estimar a prevalência de tabagismo e sua relação com fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de saúde. Foram selecionados aleatoriamente 24 dos 50 setores censitários que compõem os oito distritos rurais do município. Foram considerados tabagistas aqueles que fumavam um ou mais cigarros por dia há pelo menos um mês e os que declararam haver parado de fumar há menos de um mês. As variáveis independentes incluíram nível socioeconômico, escolaridade, trabalho atual, sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, rastreio para transtorno relacionado ao consumo de álcool, prática de atividade física, estado nutricional, presença de sintomas depressivos e autopercepção de saúde. Também foram investigadas algumas características dos fumantes atuais, como: idade de início do vício, duração, número de cigarros fumados/dia, carga tabágica e tipos de cigarros consumidos. Foi calculada a prevalência de tabagismo com intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}). Para análise foi realizada regressão de Poisson para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com IC_{95%}. Como principais resultados, ressaltam-se: a prevalência de tabagismo foi de 16,6% (IC_{95%} 13,6; 20,0%), sendo maior nos homens (21,9% vs. 11,6%, nas mulheres). As prevalências também foram superiores entre os indivíduos de classe econômica D/E, naqueles com 5-8 anos de escolaridade, na faixa etária de 30-59 anos, entre aqueles que apresentavam rastreio positivo para transtorno relacionado ao consumo de álcool e que consideraram sua saúde ruim/muito ruim. Indivíduos que estavam com sobrepeso ou obesidade apresentaram menores prevalências de tabagismo, quando comparados aos eutróficos. Ademais, o tabagismo iniciou em média aos 17 anos e o número médio de cigarros fumados/dia foi cerca de 14. A carga tabágica média foi de 22 maços/ano e o tipo de cigarro mais consumido entre os adultos da zona rural de Pelotas foi o de papel enrolado à mão (57,6%). Em síntese, a prevalência observada esteve próxima à encontrada na área rural do Brasil como um todo e os achados reforçam as desigualdades sociais relacionadas ao vício tabágico. A partir desse estudo foi possível traçar um perfil dos usuários de tabaco na zona rural de Pelotas e esses dados poderão ser úteis para os gestores locais de saúde, para subsidiar

ações de combate ao tabagismo. Neste volume constam: o projeto de pesquisa, seguido do relatório de trabalho de campo, as alterações realizadas no projeto original de pesquisa, o artigo original, a nota para a imprensa e os apêndices e anexos, os quais incluem o protocolo de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido do estudo, o questionário utilizado na coleta de dados, o manual de instruções e as normas de publicação da Revista de Saúde Pública, para a qual será submetido o artigo desta dissertação.

Palavras-chave: epidemiologia, prevalência, tabagismo, população rural, estudos transversais

Abstract

XAVIER, Mariana Otero. **Smoking epidemiology from rural area of Pelotas, Brazil.** 2016. Dissertation (Master Degree in Epidemiology) – Postgraduate Program of Epidemiology, School of Medicine, Federal University of Pelotas, 2016.

This study is nested within a master consortium of 2015/2016 biennium of the Post-Graduate Program in Epidemiology of the Federal University of Pelotas. A cross-sectional population-based study was carried-out between January and June 2016 and data were collected from 1,519 individuals aged 18 years or more, living in the rural area of Pelotas, Brazil, to estimate the prevalence of smoking and its relation with socioeconomic, demographic, behavioral and health factors. Twenty-four of the 50 census tracts that compose the eight rural districts of the city were randomly selected. Were considered smokers those who smoked one or more cigarettes per day for at least one month and those who reported having quit smoking less than a month ago. The independent variables included socioeconomic status, schooling, current work, sex, age, skin color, marital status, screening for alcohol-related disorder, physical activity, nutritional status, presence of depressive symptoms and self-perception of health. Some characteristics of current smokers were also investigated, such as: age of onset of addiction, duration, number of cigarettes smoked/day, pack years and types of cigarettes consumed. The prevalence of smoking with 95% confidence interval ($_{95\%}\text{CI}$) was calculated. For analysis, Poisson regression was performed to obtain crude and adjusted prevalence ratios with respective $_{95\%}\text{CI}$. The main results are: the prevalence of smoking was 16.6% ($_{95\%}\text{CI}$ 13.6; 20.0%), higher in male subjects (21.9% vs. 11.6% in women). The prevalence was also higher among individuals belonging to D/E economic class, in those with 5-8 years of schooling, in the age group of 30-59 years, among those who presented positive screening for alcohol-related disorder and who considered their health bad/very bad. Individuals who were overweight or obese had lower prevalence of smoking when compared to the eutrophic ones. In addition, smoking started on average at 17 years and the average number of cigarettes smoked/day was about 14. The average smoking burden was 22 pack years and the paper hand-rolled cigarette was the most consumed (57.6%) among adults in the rural area of Pelotas. In summary, the observed prevalence was close to that found in the rural area of Brazil as a whole and the findings reinforce the social inequalities related to smoking addiction. According to this study it was possible to draw a tobacco users profile in the rural area of Pelotas and this data may be useful for local health managers to support actions to combat smoking. This volume includes: the research project, followed by the field work report, changes performed at the original research project, an original article, a press release and appendices and annexes, which includes the protocol accepted by the Research Ethics Committee, the informed consent form of the study, the questionnaire used for data collection, the instruction manual and the publication rules of the Revista de Saúde Pública, to which the article of this dissertation will be submitted.

Keywords: epidemiology, prevalence, smoking, rural population, cross-sectional studies

SUMÁRIO

1. PROJETO DE PESQUISA.....	12
2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	93
3. ALTERAÇÕES REFERENTES AO PROJETO DE PESQUISA.....	119
4. ARTIGO ORIGINAL.....	123
5. NOTA PARA A IMPRENSA (PRESS RELEASE).....	148
6. APÊNDICES E ANEXOS.....	151
6.1 Parecer do aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do Consórcio Rural 2015/2016..	152
6.2 Termo de consentimento livre e esclarecimento do Consórcio Rural 2015/2016.....	155
6.3 Questionário apenas com questões utilizadas nesta dissertação (Blocos B e A).....	157
6.4 Manual de instruções apenas para o bloco de perguntas sobre tabagismo.....	176
6.5 Normas para publicação – Revista de Saúde Pública.....	183

1. PROJETO DE PESQUISA



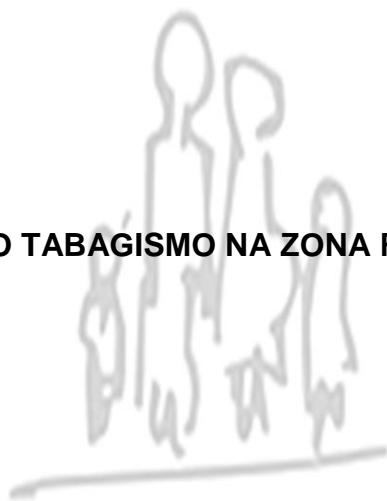
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Mestrado em Epidemiologia

EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO NA ZONA RURAL DE PELOTAS



PROJETO DE PESQUISA

Mariana Otero Xavier

Pelotas, RS

Outubro de 2015

Mariana Otero Xavier

EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO NA ZONA RURAL DE PELOTAS

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Iná da Silva dos Santos

Co-orientadora: Bianca Del Ponte da Silva

Pelotas, RS

Outubro de 2015

Mariana Otero Xavier

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre

Banca examinadora:

Prof^a Dr^a Ana Maria Baptista Menezes
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a Dr^a Iná da Silva dos Santos (orientadora)
Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, RS
Outubro de 2015

Resumo

XAVIER, Mariana Otero. **Epidemiologia do tabagismo na zona rural de Pelotas.** Projeto de Pesquisa (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

Este projeto foi elaborado com o objetivo de estimar a prevalência de tabagismo e fatores associados na população adulta (18 anos ou mais) residente nos oito distritos que compõem a zona rural de Pelotas, RS. O trabalho está aninhado ao consórcio de Mestrado da turma 2015/2016, o qual engloba trabalhos de pesquisa de 10 Mestrados do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Serão coletados dados de uma amostra representativa da população de adultos da zona rural, selecionada de forma aleatória. De acordo com o mesmo critério de classificação que vem sendo utilizado em consórcios e pesquisas anteriores realizadas em Pelotas, serão considerados tabagistas os indivíduos que fumarem um ou mais cigarros por dia há pelo menos um mês (considerando o momento da coleta de dados). Pretende-se analisar a ocorrência de associação entre tabagismo e características socioeconômicas e demográficas, comportamentais e relacionados à saúde, quais sejam: nível socioeconômico, escolaridade, tipo de cultivo (fumicultor / não fumicultor), sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, prática de atividade física, consumo abusivo de álcool, depressão, qualidade do sono, auto-percepção de saúde e morbidades auto-referidas. Além disso, pretende-se investigar o grau de dependência de nicotina, utilizando o Teste de Dependência de Nicotina de Fagerstrom, os produtos do tabaco mais utilizados, a idade de início e cessação do tabagismo (se ex-fumante) e o número de cigarros fumados por dia, a fim de se estimar a intensidade do vício, também chamada de carga tabágica ou “pack years”. Os dados serão coletados por entrevistadoras devidamente treinadas e padronizadas. Estima-se que a coleta de dados iniciará no mês de janeiro de 2016 e terá duração de aproximadamente quatro meses. Após o trabalho de campo, os dados serão analisados e será elaborado um artigo científico a ser apresentado no final do ano de 2016 na ocasião da defesa dessa dissertação de Mestrado.

Palavras-chave: tabagismo; prevalência; adultos; população rural; estudos transversais.

Abstract

XAVIER, Mariana Otero. **Smoking epidemiology from rural area of Pelotas, Brazil.** Research Project (Epidemiology Masters) – Postgraduate Program of Epidemiology, School of Medicine, Federal University of Pelotas, 2015.

This Project was designed with the aim of estimating the prevalence of smoking and associated factors in adult population (18 years or over) residing in eight districts from rural area of Pelotas, Brazil. The work is nested at the Masters consortium of class 2015/2016, which includes research studies of ten Master students of the Postgraduate Program in Epidemiology from Federal University of Pelotas. Data will be collected from a representative sample of the adult population of the rural area, selected at random. According to the same inclusion criteria that has been used in previous consortiums and in research studies held in Pelotas, we will define as "smokers" those individuals that smoke one or more cigarettes per day for at least a month (considering the time of data collection). We intend to analyze the association between smoking and socioeconomic and demographic characteristics, behavioral factors and health-related factors, such as: socioeconomic status, educational level, type of crop (tobacco grower / no tobacco grower), sex, age, skin color, marital status, physical activity, abusive alcohol consumption, depression, sleep quality, self-perceived health and self-reported chronic morbidities. In addition, we will investigate the degree of nicotine dependence using the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, the most used tobacco products, the start age and smoking cessation (if former smoker) and the number of cigarettes smoked per day in order to estimate the degree of addiction, also called "pack years". Data will be collected by trained interviewers using a standardized protocol. It is estimated that data collection will start in January 2016 and will last for about four months. Finally, data will be analyzed and presented in a scientific paper at the end of 2016 on the defense of this Master's dissertation.

Keywords: smoking; prevalence; adult; rural population; cross-sectional studies.

Definição de termos e abreviaturas

CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DCNT	Doença crônica não transmissível
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
FTND	Teste de dependência de nicotina de Fagerstrom
GATS	<i>Global Adult Tobacco Survey</i>
GYTS	<i>Global Youth Tobacco Survey</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PETab	Pesquisa Nacional do Tabagismo
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

Lista de Figuras, Quadros e Tabelas

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos.....	34
Figura 2. Modelo teórico conceitual.....	63
Figura 3. Divisão distrital Pelotas/RS	69
Quadro 1. Especificações da revisão sobre "tabagismo entre adultos em áreas rurais".	32
Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.....	42
Quadro 3. Variáveis independentes	71
Quadro 4. Cálculo do tamanho de amostra para estudo de prevalência de tabagismo.....	72
Quadro 5. Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados ao tabagismo.....	74
Tabela 1. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.	36

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	22
1.1.	Prevalência de tabagismo e fatores associados entre adultos no Brasil.....	25
1.2.	Produtos do tabaco mais utilizados	28
1.3.	Dependência de nicotina	30
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	32
2.1.	Estratégia de busca.....	32
2.2.	Artigos incluídos na revisão	35
3.	MARCO TEÓRICO	57
4.	JUSTIFICATIVA	64
5.	OBJETIVOS.....	66
5.1.	Objetivo Geral	66
5.2.	Objetivos Específicos.....	66
6.	HIPÓTESES	67
7.	METODOLOGIA.....	68
7.1.	Delineamento	68
7.2.	Justificativa para o delineamento do estudo	68
7.3.	População-alvo	68
7.4.	Critérios de elegibilidade	69
7.4.1.	Critérios de inclusão.....	69
7.4.2.	Critérios de exclusão	70
7.5.	Definição operacional das variáveis	70
7.5.1.	Definição operacional do desfecho.....	70
7.5.2.	Definição das variáveis independentes	71
7.6.	Cálculos de tamanho de amostra	72
7.6.1.	Cálculo para estudo da prevalência do desfecho	72
7.6.2.	Cálculo para fatores associados	73

7.7. Seleção da amostra	75
7.7.1. Processo de amostragem	75
7.7.2. Aspectos logísticos e trabalho de campo	75
7.8. Instrumento de pesquisa	76
7.9. Análise de dados	77
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	77
9. CONTROLE DE QUALIDADE	78
10. FINANCIAMENTO	78
11. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	78
12. CRONOGRAMA.....	79
13. VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO PROJETO	80
13.1. Vantagens.....	80
13.2. Limitações.....	80
Referências	81
Apêndice A: Instrumento de Pesquisa	91

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, como característica do processo de transição epidemiológica, ocorreram alterações no perfil de morbimortalidade da população, destacando-se o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais têm sido responsáveis pela maior carga de doenças em nível mundial e, especialmente, em países de baixa e média renda (WHO, 2011; DI CESARE et al., 2013). O tabagismo é um dos principais fatores de risco associado às DCNTs e considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma das principais causas de morte evitáveis (WHO, 2011), sendo responsável por cerca de seis milhões de mortes por ano no mundo (WHO, 2013).

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência à nicotina, sendo classificado no Código Internacional de Doenças (10^º revisão - CID-10) no grupo dos transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 1997). Atualmente, há mais de um bilhão de fumantes em todo o mundo, sendo que o consumo é maior nos homens e aproximadamente 80% dos fumantes concentram-se em países de baixa e média renda (WHO, 2013; ERIKSEN et al., 2015).

Desde os estudos de Doll e Hill, em meados dos anos 1950, o tabagismo tem sido associado às doenças crônicas (DOLL E HILL, 1950). Após a descoberta de sua relação com o câncer de pulmão, pesquisas subsequentes demonstraram forte associação entre o consumo e exposição ao tabaco e a ocorrência de doenças circulatórias, como hipertensão, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, outros tipos de câncer (cavidade oral, esôfago, estômago, cólon, bexiga, rins e útero), doenças respiratórias, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), entre outras (WHO, 2015; ERIKSEN et al., 2015). Nesse contexto, destaca-se a importância de se determinar o tempo de exposição ao cigarro e a intensidade do vício, conhecido como carga tabágica ou “pack years”, uma vez que fornece uma medida de acúmulo de substâncias nocivas do tabaco ao longo do tempo e está diretamente relacionada à maior vulnerabilidade para o acometimento de doenças relacionadas ao tabaco (FLANDERS et al., 2003; ELIHIMAS JUNIOR et al., 2014; KIM et al., 2014).

O reconhecimento do tabagismo como importante problema de saúde pública alavancou o surgimento e incorporação de medidas de saúde para conter o avanço da utilização do tabaco. Em 1999 os Estados Membros das Nações Unidas adotaram o primeiro tratado internacional de saúde pública, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e, em 2005, o Brasil assinou o Tratado da Convenção-Quadro, comprometendo-se com o monitoramento do consumo do tabaco no país (BRASIL, 2012). Outras medidas também foram adotadas ao longo dos últimos anos, a exemplo da proibição da venda de tabaco para menores, proibição do uso de tabaco fumado em lugares e meios de transporte coletivo fechados, inclusão de advertências nos maços de cigarros sobre os perigos do consumo de tabaco, ampliação dos impostos e preços sobre os produtos do tabaco e proibição da propaganda, do patrocínio e da promoção do tabaco (MALTA; OLIVEIRA; VIEIRA, et al., 2015).

O Brasil tem recebido destaque em relação à adoção das políticas públicas para redução do uso do tabaco, sendo que apresentou a menor prevalência de tabagismo entre os países participantes e avaliados pelo *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) (GIOVINO et al., 2012). Inquéritos nacionais, embora com metodologias distintas, têm evidenciado declínio nas prevalências de tabagismo. A primeira pesquisa que avaliou a prevalência de tabagismo em adultos no Brasil ocorreu em 1989 (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN), quando 34,8% dos adultos foram considerados fumantes, percentual que diminuiu para 22,4% em 2003, de acordo com a Pesquisa Mundial de Saúde (MONTEIRO et al., 2007). Em 2008 esse índice passou para 17,2% segundo dados oriundos da Pesquisa Nacional do Tabagismo (PETab) (INCA, 2011). Ainda, de acordo com pesquisa recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a prevalência de fumantes na população adulta (≥ 18 anos) de todas as capitais do Brasil apresentou redução de 0,62% ao ano, variando de 15,6% em 2006 a 11,3% em 2013 (MALTA; OLIVEIRA; LUZ, et al., 2015).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), avaliou indivíduos de 18 anos ou mais residentes de zonas urbanas e rurais do Brasil (IBGE, 2014). A PNS buscou dar continuidade ao monitoramento dos produtos do tabaco em todo país e, para isso, utilizou um instrumento internacional de coleta de dados: o questionário

padronizado (versão reduzida) do GATS, o qual facilita a comparabilidade com outros estudos realizados em diferentes países. Nesse inquérito, a prevalência do uso atual de tabaco fumado foi 14,7%, sendo cerca de dois pontos percentuais maior na zona rural (16,7%), quando comparada à zona urbana (14,4%) (MALTA; OLIVEIRA; VIEIRA, et al., 2015). O fato de se encontrar maiores prevalências na zona rural do país em comparação com a zona urbana já havia sido constatado na PETab em 2008 (INCA, 2011), assim como nos primeiros inquéritos nacionais de 1989 e 2003 (MONTEIRO et al., 2007). Além das diferenças observadas por localidade urbana/rural, também foi constatado na PNS que os homens fumam mais que as mulheres, assim como as pessoas de baixa escolaridade comparadas àquelas com maiores níveis de instrução e de cor da pele preta ou parda, comparadas com as de cor da pele branca (MALTA; OLIVEIRA; VIEIRA, et al., 2015).

Além dos inquéritos nacionais, poucos estudos de base populacional sobre prevalência de tabagismo e fatores associados foram realizados em áreas rurais do Brasil. Ainda, embora muitas pesquisas de base populacional tenham avaliado a prevalência de tabagismo em Pelotas (MENEZES et al., 2008; DIAS-DAMÉ; CESAR; SILVA, 2011; MUNIZ et al., 2012; COSTA et al., 2004), estas foram restritas à área urbana do município, salientando a carência e a necessidade de investigações específicas na zona rural.

Segundo dados do último Censo realizado em 2010, a população rural brasileira corresponde a aproximadamente 15,6% do total do país (IBGE, 2010). Ainda que existam aspectos rurais, o meio rural caracteriza-se pela sua diversidade, tanto em relação à cultura da população residente em cada local, quanto às principais atividades de produção de cada região. Especificamente na zona rural de Pelotas, grande parte da população é descendente de imigrantes alemães e italianos. A economia é baseada na agricultura e uma parte na pecuária, sendo que a produção de fumo ocupa posição de destaque nesse cenário (IBGE^b, 2014). O Brasil é o segundo maior produtor mundial de tabaco em folha (14,1% da produção mundial), atrás apenas da China e o maior exportador de fumo. A região Sul apresenta quase a totalidade da produção nacional de tabaco e apenas o estado do Rio Grande do Sul é responsável por cerca de 50% da produção nacional

(SINDITABACO, 2010), fato que pode explicar, em parte, as maiores prevalências de tabagismo constatadas na região Sul do país (MALTA; OLIVEIRA; LUZ, et al., 2015).

Diante do exposto, ainda que o tabagismo esteja diminuindo no Brasil, a prevalência ainda é alta e distinta em relação a características socioeconômicas e demográficas, região do país e localidade (urbana/rural). Além disso, o tabagismo ainda constitui um relevante problema de saúde pública, que deve ser monitorado constantemente, salientando-se a importância de se realizar estudos de base populacional, especialmente na zona rural do país, para fornecer subsídios às estratégias de planejamento das intervenções de prevenção e controle. Sendo assim, este trabalho se propõe a avaliar a prevalência de tabagismo e fatores associados em adultos da zona rural de Pelotas, RS, por meio de um estudo de base populacional.

1.1. Prevalência de tabagismo e fatores associados entre adultos no Brasil

De acordo com inquérito realizado anualmente pelo IBGE, o “Sistema Nacional de Vigilância de doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (Vigitel), desde 2006 os maiores percentuais de tabagismo (fumante atual independente do número de cigarros, frequência e duração do vício) têm sido observados na região Sul do país e, nos últimos anos, especialmente em Porto Alegre (MALTA; OLIVEIRA; LUZ, et al., 2015). Em 2013, a prevalência de fumantes atuais em Porto Alegre foi de 16,5% (18,7% em homens e 14,7% em mulheres), enquanto que a menor prevalência encontrada no país foi de 5,2%, em Salvador. Cabe salientar que a maior frequência de indivíduos que declararam fumar 20 cigarros ou mais por dia também foi observada em Porto Alegre (6,5%), tanto para homens (8,2%), quanto mulheres (5,6%). Os fatores que estiveram positivamente associados com maior frequência de tabagismo entre os brasileiros participantes do Vigitel em 2013 foram: sexo masculino, idade maior que 25 e menor que 65 anos (especialmente entre 45 e 54 anos) e baixa escolaridade (menos de oito anos completos de estudo) (BRASIL, 2014).

Na PNS, realizada em 2013, estimou-se que cerca de um sexto da população adulta (≥ 18 anos) do país (21,8 milhões de pessoas) consome algum produto do

tabaco, sendo que a maioria faz uso do tabaco fumado, independente da quantidade consumida, frequência e duração. Especificamente na zona rural do país, a prevalência de fumantes atuais de tabaco foi 16,7%, sendo 22,4% para os homens e 10,7% para as mulheres. Similar ao observado na zona urbana pelo Vigitel (BRASIL, 2014), a maior proporção de tabagistas na zona rural se deu na faixa etária dos 40-49 anos (25,1%), entre os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (20,9%) e de cor da pele preta (19,9%). Ainda, 19,3% da população rural foi considerada ex-fumante de tabaco (23,5% entre os homens e 14,9% entre as mulheres) (IBGE, 2014).

Além dos inquéritos nacionais realizados no Brasil, diversos outros monitoramentos já foram conduzidos no país, especialmente na zona urbana. Porém, as metodologias aplicadas e a forma de classificação de tabagismo dificultam a comparabilidade dos estudos. Ademais, poucos estudos são de base populacional.

Estudo desenvolvido em Belo Horizonte (MG), com 563 jovens e adultos jovens (15-24 anos), utilizou a base populacional do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2002-2003). A prevalência de tabagismo (classificado como: ter fumado 100 ou mais cigarros na vida e continuar fumando atualmente) foi de 11,7%, e os fatores associados foram: consumo excessivo de álcool, idade mais avançada, pai fumante, irmão fumante e melhor amigo fumante (ABREU et al., 2011). Felisbino-Mendes e colaboradores (2014) em estudo que avaliou indicadores de saúde cardiovascular em 863 indivíduos adultos, residentes em comunidades rurais do Vale do Jequitinhonha, também em Minas Gerais, encontraram uma prevalência de tabagismo (fumante atual na data da entrevista) de 20,5%, sendo 30,4% nos homens e 12,2% nas mulheres.

No município de Botucatu (SP), Berto e colaboradores (2010) por meio de entrevistas telefônicas com 1.410 indivíduos (dados obtidos pelo Vigitel 2004-2005), de 18 anos ou mais de idade, encontraram prevalência de tabagismo de 21,8%, maior em homens (25%) e em indivíduos na faixa etária entre 18 e 29 anos. Dentre os fatores simultâneos analisados, tabagismo e comportamento sedentário, juntos,

ocorreram em 13,9% dos homens e 14,2% das mulheres e, associação significativa entre tabagismo e consumo excessivo de álcool, foi observada apenas entre os homens.

Especificamente em Pelotas, pesquisa avaliou a prevalência de tabagismo entre adultos jovens nos acompanhamentos da coorte de nascimentos de 1982. Nesse estudo, tabagismo foi definido como o consumo de pelo menos um cigarro na semana anterior à entrevista nos acompanhamentos de 1997 e 2000-1 e, em 2005, a variável dependente foi “tabagismo atual”. Entre indivíduos do sexo masculino foram encontradas prevalências de tabagismo de 5,9% aos 15 anos, 20,2% aos 18/19 anos e 27,6% aos 23 anos. Em relação aos indivíduos do sexo feminino as prevalências foram de 9,3% aos 15 anos, 27,5% aos 18/19 anos e 23,6% aos 23 anos (MENEZES et al., 2008). Ainda, menor escolaridade materna, baixa renda familiar, ter sido pobre durante todo o período de acompanhamento do estudo e tabagismo materno na gestação estiveram significativamente associados com maiores prevalências de tabagismo em ambos os sexos e, especificamente entre as mulheres, também a cor da pele não branca (MENEZES et al., 2008).

Outro estudo de base populacional realizado em Pelotas analisou fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares, dentre eles o tabagismo. Os dados foram coletados em 2010 com 2.732 adultos (20 anos ou mais) da zona urbana da cidade, sendo o tabagismo definido como fumar “um ou mais cigarros por dia há pelo menos um mês”. A prevalência de tabagismo foi de 21,3%, sendo 25,4% em homens e 18,4% em mulheres (MUNIZ et al., 2011). Também em Pelotas, Dias-Damé, Cesar e Silva (2011) avaliaram a tendência temporal de tabagismo na população urbana e concluíram que, no período, a prevalência total de tabagismo caiu de 28% em 2002 para 21% em 2010. Esta queda de 23% foi semelhante entre os性os, porém muito diferente em relação à renda familiar. Quanto menor a renda familiar, maior foi a prevalência de tabagismo. Ademais, entre 2002-2010, a taxa de redução do tabagismo foi de 26% no menor quintil de renda e de 39% no maior (DIAS-DAMÉ; CESAR; SILVA, 2011).

1.2. Produtos do tabaco mais utilizados

O tabaco tem sido consumido sob diferentes formas. Independente da maneira como é consumido, traz malefícios à saúde e, nesse sentido, estudos apontam para a importância do monitoramento deste consumo, uma vez que o usuário se expõe aos mesmos riscos ou, muitas vezes, até maiores de desenvolver doenças decorrentes do uso de tabaco, dependendo do produto utilizado (GIOVINO et al., 2012; SZKOL et al., 2011). Dentre as formas de tabaco fumado mais investigadas destacam-se: cigarros industrializados, cigarros de palha ou enrolados à mão, cigarros indianos (conhecidos como “*bidis*”), cigarros de cravo (ou “de bali”), cachimbos, charutos ou cigarrilhas e narguilé (INCA, 2011; GIOVINO et al., 2012; SZKOL et al., 2011).

Dados da PETab (2008) demonstraram que há uma maior proporção de fumantes de cigarro de palha ou enrolados à mão em áreas rurais do Brasil, em comparação com as áreas urbanas (13,8% vs. 3,6%), provavelmente por ser um produto produzido de forma artesanal, muitas vezes preservando o costume tradicional de fumá-lo com fumo em corda (INCA, 2011). Além disso, o maior percentual de usuários de tabaco não fumado (o qual inclui fumo de mascar ou tabaco aspirado, como rapé) também residia em áreas rurais (1,2% vs. 0,3%) (INCA, 2011).

Estudo realizado na zona urbana de Pelotas, com adultos de 40 anos ou mais, objetivou analisar a associação entre o uso de diferentes tipos de cigarro e a ocorrência de bronquite crônica. O estudo demonstrou uma tendência clara: entre os fumantes, aqueles que utilizavam cigarro industrializado com filtro apresentaram o menor risco para bronquite crônica, seguido dos fumantes de cigarro industrializado sem filtro, cigarro de papel enrolado à mão e, por último, risco mais elevado foi observado entre aqueles que fumavam cigarro de palha enrolado à mão. As razões de *odds* para bronquite crônica foram de 2,19 (IC95% = 1,19-4,03) e 5,43 (IC95% = 2,65-11,13) quando comparados fumantes de cigarro industrializado com filtro e de cigarro de palha enrolado à mão com não fumantes, respectivamente (MENEZES; VICTORA; RIGATTO, 1995).

O Projeto PLATINO (Projeto Latino-Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar) investigou a prevalência de DPOC e fatores associados em adultos de 40 anos ou mais, em 2003, em cinco diferentes cidades da América Latina, dentre elas São Paulo. A prevalência de tabagismo (fumo atual – qualquer quantidade de cigarro fumado nos últimos 30 dias) em São Paulo foi de 24%. O tabagismo é o principal fator de risco para DPOC, sendo que nesse inquérito, fumantes ou ex-fumantes apresentaram maior risco de DPOC nos cinco centros. Destaca-se que os indivíduos que consumiam cigarros feitos à mão (de papel e de palha) apresentaram as maiores prevalências de DPOC (MENEZES; HALLAL, 2006).

Giovino e colaboradores (2012) analisaram os dados de 14 países (Bangladesh, Brasil, China, Egito, Filipinas, Índia, México, Polônia, Rússia, Tailândia, Turquia, Ucrânia, Uruguai e Vietnã) de baixa e média renda, que fazem parte do GATS, além do Reino Unido e dos Estados Unidos, que foram incluídos para fins de comparação. Dentre os principais achados, concluíram que entre os indivíduos de 15 anos ou mais desses países, o produto do tabaco mais consumido foi o cigarro industrializado (82%), ainda que o tabaco não fumado e os “*bidis*” sejam comumente consumidos em países como Índia e Bangladesh (GIOVINO et al., 2012).

É importante ressaltar que, mais recentemente, outra forma alternativa de cigarro tem sido consumida com frequência, o cigarro eletrônico (ERIKSEN et al., 2015; MCROBBIE et al., 2014). Ainda que seus efeitos não sejam totalmente conhecidos, assume-se que o cigarro eletrônico possa ser uma alternativa menos prejudicial, quando comparado ao cigarro convencional, já que não gera a fumaça que está associada com a combustão do tabaco e podem ser adicionados menores teores ou até mesmo nenhuma quantidade de nicotina no cigarro, bem como de auxílio àqueles que desejam parar de fumar (ERIKSEN et al., 2015). No entanto, recente revisão da literatura demonstrou que, embora dois ensaios clínicos tenham demonstrado que o cigarro eletrônico possa ser eficiente para auxiliar na cessação do vício tabágico em longo prazo, o pequeno número de ensaios e os amplos intervalos de confiança dos achados indicam que as evidências não são totalmente confiáveis (MCROBBIE et al., 2014).

1.3. Dependência de nicotina

A adição tabágica, além de ser um fator de risco conhecido para diversas doenças, é considerada, por si só, uma doença. A nicotina contida no tabaco possui propriedades psico-estimulantes, libera dopamina e aumenta a produção de norepinefrina, sendo a responsável pelo desencadeamento da dependência, especialmente pelas propriedades euforizantes e ansiolíticas (ROSEMBERG, 2003).

A exposição continuada a substâncias psicoativas produz tolerância e o tabagista passa a exigir doses progressivamente maiores, para obter o mesmo nível euforizante e prazeroso. Na falta do aporte de nicotina aos centros nervosos, surgem sintomas desagradáveis, os quais constituem o quadro da “síndrome de abstinência”, caracterizado pela ansiedade, forte desejo de fumar, tremores, transpiração, agitação, falta de concentração, entre outros (ROSEMBERG, 2003; BRASIL, 2001). Esses sintomas iniciam algumas horas após parar de fumar, sendo sua intensidade aumentada nos quatro primeiros dias e desaparecendo em torno de uma a duas semanas (MEIRELLES; GONÇALVES, 2004). A administração da droga produz alívio imediato e sensação de bem estar pelo desaparecimento desses sintomas (ROSEMBERG, 2003).

Dentre os principais instrumentos para avaliar o grau de dependência de nicotina está o Teste de dependência de Nicotina de Fagerstrom (do inglês *The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence - FTND*) (HEATHERTON et al., 1991). O instrumento já foi traduzido para o português e é frequentemente utilizado no Brasil (CARMO; PUEYO, 2002). O questionário contém seis questões, é facilmente entendido e rapidamente aplicado. Os escores obtidos no teste permitem a classificação da dependência à nicotina em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); elevado (6 a 7 pontos); e muito elevado (8 a 10 pontos) (HEATHERTON et al., 1991; CARMO; PUEYO, 2002).

Marcopito e colaboradores (2007) em um estudo transversal de base populacional realizado na cidade de São Paulo, Brasil, com indivíduos de 15 a 59 anos avaliaram o grau de dependência de nicotina utilizando o FTND adaptado (com duas questões) e observaram que, entre os tabagistas, 57,1% eram pouco dependentes, 30,6% apresentavam um grau de dependência moderado e 12,3% tinham um grau de dependência elevado. Outro estudo, conduzido na Alemanha,

demonstrou as médias de pontuação obtidas para o FTND em duas amostras de tabagistas na faixa etária de 20 anos ou mais, as quais foram: 3,2 na amostra I (1996-1997) e 2,5 na amostra II (1997-2001). As médias apresentaram correlação positiva com a quantidade de tabaco consumida na vida (JOHN et al., 2003).

Na PETab 2008, ao se analisar a dependência à nicotina (avaliada com apenas duas questões) observou-se que as mulheres, os jovens, os indivíduos com baixos níveis de instrução e renda, a população de áreas rurais e das regiões Norte e Nordeste do Brasil apresentaram menor nível de dependência à nicotina. Acredita-se que esse fato possa estar associado a questões socioeconômicas, que implicariam em dificuldades para um maior consumo do tabaco nesses subgrupos devido aos custos, ainda que alguns apresentem prevalências superiores de tabagismo, como é o caso da zona rural em comparação à urbana e dos indivíduos de baixos níveis de instrução e renda, em comparação àqueles mais e escolarizados e de maior renda (INCA, 2011).

Na zona rural da China, Cai e colaboradores (2012) em estudo transversal com 8.681 adultos (≥ 18 anos), utilizando o FTND, encontraram que 85,1% dos indivíduos apresentavam grau de dependência de nicotina baixo ou muito baixo (menos de 5 pontos), 8,1% grau médio (escore 5) e 6,8% grau elevado ou muito elevado (6-10 pontos). As prevalências de graus mais elevados de dependência de nicotina foram maiores nos indivíduos do sexo masculino e com idade entre 35-44 anos. Ainda, aqueles que cultivavam tabaco apresentaram maiores prevalências de “fumantes atuais” e, consequentemente, de dependentes de nicotina, quando comparados aos que não cultivavam ($p<0,001$). Os autores sugerem que esse maior consumo de tabaco entre os fumicultores possa estar atrelado à maior facilidade de acesso ao produto (CAI et al., 2012).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Estratégia de busca

A revisão sistemática da literatura buscou verificar a existência de estudos relacionados ao tabagismo entre adultos de áreas rurais e fatores associados. Foram realizadas pesquisas bibliográficas nas bases eletrônicas internacionais e nacionais (*PubMed*, *LILACS* e *Scielo*). A estratégia de busca para “tabagismo e fatores associados em áreas rurais” foi realizada de forma sistemática utilizando termos específicos em língua inglesa e portuguesa (termos MESH e DECs) e limites de busca, conforme é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Especificações da revisão sobre "tabagismo entre adultos em áreas rurais".

Base de busca	Termos utilizados (chaves de busca)	Nº referências localizadas	Limites utilizados	Nº referências após limites
<i>PubMed</i>	(smoking[Title] OR tobacco[Title]) AND (rural community[Title/Abstract] OR rural communities[Title/Abstract] OR rural populations[Title/Abstract] OR rural[Title/Abstract])	934	Humanos/ Inglês, espanhol, português, francês/últimos dez anos	410
<i>LILACS</i>	("Smoking" or "tobacco" or "tabagismo" or "fumo") [palavras do título] and ("rural population" or "população rural" or "rural community" or "zona rural" or "rural communities" or "rural") [Palavras]	40	-	40
<i>Scielo</i>	"tabagismo" or "smoking" or "tobacco" or "fumo" [Title words] and "população rural" or "zona rural" or "rural" or "rural population" or "rural community" or "rural communities" [All indexes]	20	-	20
TOTAL		994	-	470

Primeiramente foi realizada a seleção dos títulos e, posteriormente, foi feita a leitura dos resumos. Os artigos duplicados foram excluídos. Foram incluídos estudos transversais de base populacional, realizados com indivíduos que englobaram a faixa etária que se pretende investigar (≥ 18 anos), bem como que continham informações relevantes sobre o tabagismo especificamente em áreas rurais. Como critérios de exclusão, empregaram-se:

- estudos com grupos populacionais de outras faixas etárias (crianças ou adolescentes) ou grupos muito específicos (como indígenas, grávidas, entre outros);
- estudos que avaliaram indivíduos com morbidades específicas ou pacientes hospitalizados e/ou institucionalizados;
- estudos com delineamentos tipo caso-controle, coorte, estudos de intervenção, estudos qualitativos (grupos focais);
- estudos que avaliaram tabagismo como fator de risco para outras doenças e não como desfecho principal;
- estudos que não eram de base populacional.

Devido ao pequeno número de artigos brasileiros localizados, não foram utilizados limites nas buscas pelas bases *Lilacs* e *Scielo*. A Figura 1 demonstra as etapas de seleção dos artigos encontrados na revisão de literatura e o número de trabalhos julgados como relevantes em cada fase.

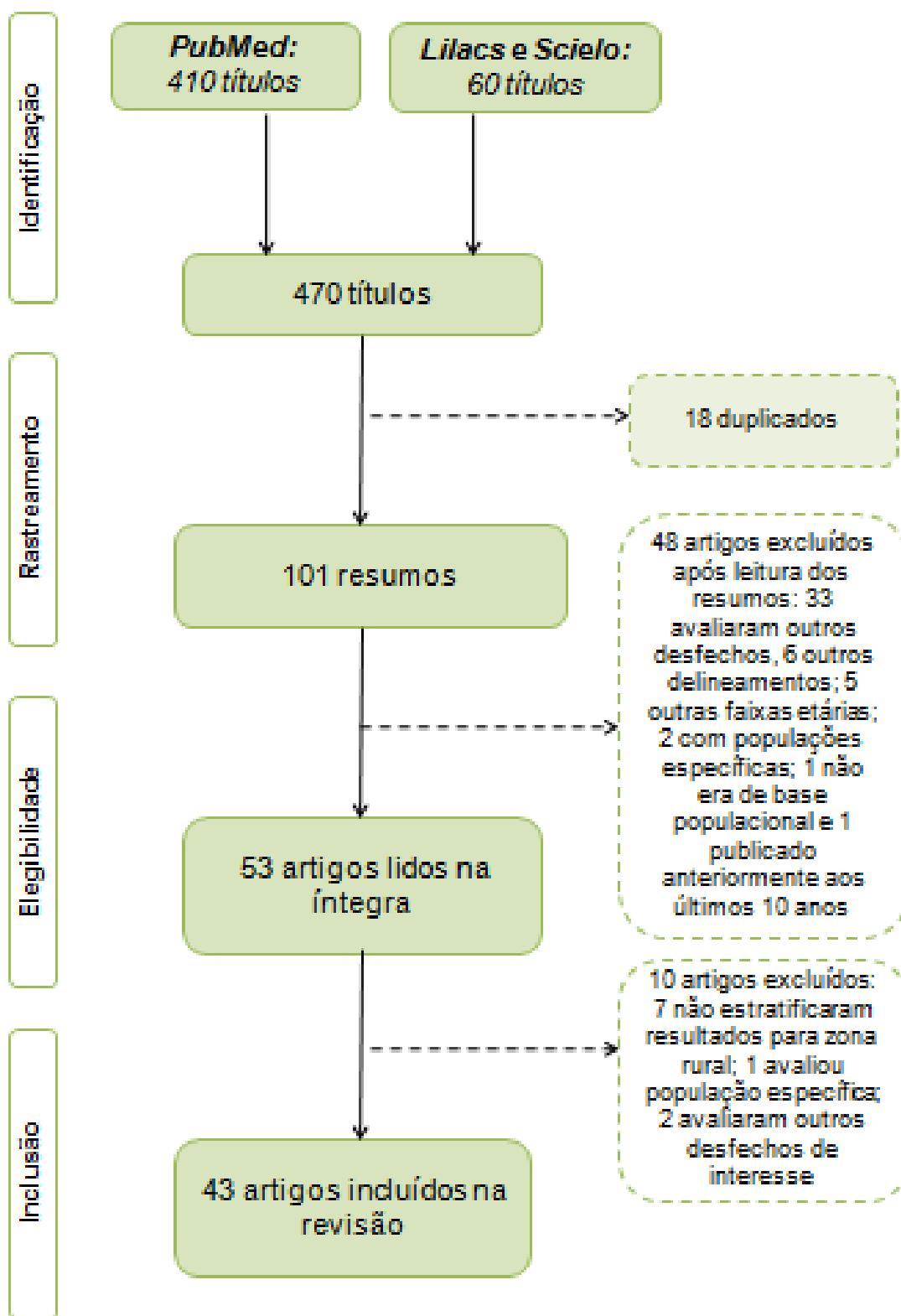


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

2.2. Artigos incluídos na revisão

A busca nas bases de dados, após inclusão dos limites, localizou 470 títulos sobre o assunto de interesse. Do total, 18 eram duplicados. Dentre os 452 restantes, 101 foram selecionados para leitura dos resumos. Os motivos de exclusão dos 351 títulos: 16 títulos de estudos com outros delineamentos, 35 realizados com populações específicas, 49 realizados com outras faixas etárias (crianças e adolescentes) e 251 por estudarem outros desfechos de interesse. Após leitura dos resumos restaram 53 artigos para serem lidos na íntegra. Os motivos de exclusões dos 48 resumos foram: 33 avaliaram outros desfechos, 6 tinham outros delineamentos, 5 realizados com outras faixas etárias que não englobavam a faixa etária que se pretende investigar, 2 realizados com populações específicas, 1 que não era de base populacional e 1 com data de publicação anterior aos últimos dez anos, sendo que não era brasileiro. Ao final, dos 53 estudos que restaram para serem lidos na íntegra, 43 trabalhos atenderam os objetivos desta revisão. Os 10 estudos que não foram selecionados após leitura na íntegra foram excluídos por: 7 não estratificaram nenhum resultados para zona rural e urbana, 1 foi realizado com população específica e 2 tinham outro desfecho de interesse. Um resumo desses 43 trabalhos incluídos está apresentado na Tabela 1 e, mais detalhadamente, no Quadro 2.

Um panorama geral dos aspectos mais importantes dos estudos, será descrito a seguir: dos 43 estudos incluídos na revisão, a maioria foi realizada no continente Asiático ($n=27$), sete foram realizados na África, cinco no continente Americano e quatro na Europa. A maioria apresentou dados coletados até o ano 2008 ($n=27$), com indivíduos de ambos os sexos e apenas 15 avaliaram somente a zona rural, sendo que os demais investigaram tanto zona urbana, quanto rural. Identificaram-se quatorze formas diferentes de classificar o tabagismo entre os estudos, sendo que a maioria utilizou como critério para identificar os tabagistas aqueles que “já consumiram pelo menos 100 cigarros em toda a vida e continuam fumando atualmente, independentemente da frequência e quantidade” (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Características dos estudos	N(%)
Ano de coleta dos dados	
Até 2008	27 (62,8%)
2008-2015	11 (25,8%)
Sem informação	5 (11,4%)
Local de realização	
África	7 (16,3%)
América	5 (11,6%)
Ásia	27 (62,8%)
Europa	4 (9,3%)
Sexo	
Ambos os sexos	37 (86,0%)
Apenas feminino	1 (2,3%)
Apenas masculino	5 (11,6%)
Local de residência	
Somente rural	15 (34,9%)
Rural e urbano	28 (65,1%)
Classificação tabagismo	
Fumou pelo menos 100 cigarros em toda vida e continua fumando atualmente	10 (23,3%)
Uso atual de produtos do tabaco (protocolo GATS)	5 (11,6%)
Uso atual de produtos do tabaco (protocolo GYTS)	1 (2,3%)
Uso atual de produtos do tabaco (protocolo GYTS E GATS adaptado)	1 (2,3%)
Uso atual de qualquer produto do tabaco	7 (16,3%)
Fumo atual de qualquer produto do tabaco	2 (4,7%)
Fumou pelo menos um cigarro por dia no último mês	2 (4,7%)
Fumou pelo menos uma vez no último mês	3 (7,0%)
Fumante atual diário ou ocasional	4 (9,3%)
Fumo/uso diário de produtos do tabaco	4 (9,3%)
Fumou nos últimos 12 meses anteriores à entrevista	1 (2,3%)
Consumo de pelo menos um cigarro diariamente ou na maioria dos dias por pelo menos um ano	1 (2,3%)
Fumante atual de qualquer produto do tabaco diariamente ou ocasionalmente nos últimos 6 meses	1 (2,3%)
Fumante atual: já fumou pelo menos 400 cigarros em toda a vida e fuma atualmente	1 (2,3%)

Dentre os estudos conduzidos no continente Americano (n=5) que preencheram os critérios de inclusão para esta revisão, destaca-se um realizado no Brasil. Almeida e colaboradores (2012) realizaram uma descrição dos dados coletados em 2008 em todo o país, por meio de um instrumento internacional padronizado, como parte da participação do Brasil no GATS. O inquérito incluiu indivíduos de 15 anos ou mais, selecionados através de uma amostra probabilística de todos os domicílios das cinco regiões do país e de zonas urbanas (33.680 indivíduos) e rurais (5.745 indivíduos). Dentre os principais resultados observados,

destacou-se a maior prevalência de fumantes atuais de qualquer produto do tabaco (independente de frequência e quantidade) na zona rural (20,4%) comparada à zona urbana (26,6%), bem como maior proporção de uso de cigarros enrolados à mão (13,8% *versus* 3,6%; *valor-p* < 0,001) e maior prevalência de uso de tabaco não fumado (1,2% *versus* 0,3%, *valor-p* < 0,001) na zona rural.

Ainda no continente americano, três estudos foram conduzidos nos Estados Unidos (WEG et al., 2011; DOESCHER et al., 2006; BELL et al., 2009). Nesses três inquéritos foram classificados como fumantes atuais aqueles que já fumaram pelo menos 100 cigarros durante toda a vida e continuavam fumando atualmente (no momento dos inquéritos), independentemente da frequência e quantidade. As prevalências de fumantes atuais encontradas na zona rural variaram entre os inquéritos, de 19,1% em um estudo realizado com indivíduos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos (Bell et al., 2009), a 24,8% em um estudo realizado com homens e mulheres de 18 anos ou mais (DOESCHER et al., 2006). Nos Estados Unidos o tabagismo associou-se positivamente com sexo masculino (WEG et al., 2011; DOESCHER et al., 2006; BELL et al., 2009), menor escolaridade, menor renda e estar desempregado (DOESCHER et al., 2006). O último trabalho do continente americano foi conduzido no Canadá, um estudo de tendência, com indivíduos de 12 anos ou mais. Na zona rural do Canadá as prevalências de fumantes atuais (fumantes diários ou ocasionais) diminuíram entre 2000 (32,8% nos homens e 29,1% nas mulheres) e 2004/5 (27,4% e 24,2%) e a maior freqüência de fumantes foi observada dos 20-39 anos nos inquéritos (LI et al., 2009).

Sete estudos conduzidos no continente africano foram incluídos nessa revisão. Berraho e colaboradores (2010) realizaram um estudo transversal na zona rural do Marrocos com 3.438 indivíduos de 15 anos ou mais de ambos os sexos. Foram classificados como fumantes atuais aqueles que afirmaram já ter fumado pelo menos 100 cigarros na vida e continuar fumando atualmente. Dentre os principais resultados destacam-se: homens foram 55,9 vezes mais propensos a fumar do que mulheres ($IC95\% = 29,9-104,8$); maior *odds* (chance) de fumo atual foi observada entre indivíduos com 40-49 anos, quando comparados aos de 15-19 anos ($RO = 4,2$; $IC95\% = 2,3-7,9$); entre os divorciados, comparados aos casados ($RO = 17,2$; $IC95\% = 2,6-11,4$); e estudantes apresentaram menor *odds* para fumar, comparados

com desempregados ($RO = 0,2$; $IC95\% = 0,1-0,4$). Não foram encontradas diferenças significativas em relação ao nível educacional e à renda após ajuste para variáveis confundidoras.

Padrão e colaboradores (2010), Araujo e colaboradores (2011) e Padrão e colaboradores (2013) realizaram estudos em Moçambique. Consideraram como tabagistas aqueles que referiram uso atual de qualquer produto do tabaco. Dentre os principais achados da zona rural de Moçambique destacam-se: a prevalência de tabagismo, em torno de 20% para as mulheres e 40% para os homens, sendo maior na zona rural quando comparada à urbana; o fato dos homens consumirem mais o cigarro enrolado à mão, enquanto as mulheres os produtos do tabaco não fumados; e um maior uso de cigarros enrolados à mão na zona rural para ambos os sexos (PADRÃO et al., 2010; ARAUJO et al., 2011; PADRÃO et al., 2013). Cabe salientar que o consumo de tabaco esteve associado com consumo de bebida alcoólica (PADRÃO et al., 2010) e tendeu a diminuir conforme aumento do nível educacional em ambos os性 (ARAUJO et al., 2011).

Estudo realizado na área rural do Quênia (LO et al., 2013), a partir de uma base de dados de um estudo longitudinal com indivíduos de 18 anos ou mais, a prevalência de fumantes atuais (já consumiu pelo menos 100 cigarros na vida e continua fumando atualmente) foi de 6,3%, sendo 11,2% entre os homens e 2,6% entre as mulheres. O tabagismo diminuiu com aumento do nível socioeconômico. Para os homens, aumentou entre os grupos de idade 18-29 e 30-39 anos e diminuiu a partir dos 60 anos ou mais. Já para as mulheres, aumentou significativamente após os 50 anos. Fumo atual esteve significativamente associado com consumo de álcool ($RO = 28,28$; $IC95\% = 25,51-31,36$; $p<0,0001$) (LO et al., 2013). O estudo de Blecher e colaboradores (2013), realizado em Madagascar, utilizou dados coletados em 2008 em um Inquérito Demográfico e de Saúde, que incluiu homens e mulheres de 15 a 59 anos predominantemente de áreas rurais (83%). Os participantes foram questionados quanto ao uso atual de tabaco fumado ou não fumando, independente da frequência e quantidade. A prevalência de uso de tabaco fumado foi maior entre os homens (28,5% vs. 0,8%) e a proporção de uso de tabaco não fumado foi de 24,6% nos homens e 9,6% nas mulheres. Para ambos os sexos a frequência do uso de tabaco não fumado aumentou com a idade, o que não ocorreu em relação ao

tabaco fumado. O uso de tabaco não fumado foi significativamente maior na zona rural ($RP = 1,49$; $IC95\% = 1,25-1,76$) e o contrário ocorreu em relação ao tabaco fumado ($RP = 0,76$; $IC95\% = 0,68-0,84$). Ainda, a prevalência de tabaco fumado foi maior em homens cuja ocupação envolvia setores de serviços manuais ($RP = 1,55$; $IC95\% = 1,11-2,16$) e não apresentou diferença em relação ao nível educacional, enquanto que a prevalência de tabaco não fumado diminuiu com o aumento do nível educacional (BLECHER et al., 2013). Ainda na África, Reda e colaboradores (2013) entrevistaram 548 indivíduos da zona rural da Etiópia, sendo que 28% eram fumantes diários e 1,1% fumantes ocasionais.

Dos vinte e sete estudos do continente asiático incluídos na revisão, três foram realizados no Paquistão, um na Tailândia, seis na China, seis na Índia, quatro em Bangladesh, dois na Malásia, dois no Sri Lanca, um na Coréia, um no Uzbequistão e um no Nepal. O primeiro ponto que chama atenção e merece ser ressaltado em relação à maior parte dos estudos realizados em zonas rurais do continente Asiático é que as prevalências de tabagismo são muito superiores nos homens quando comparadas às prevalências nas mulheres. Isso pode ser demonstrado, por exemplo, no estudo de Li e colaboradores (2013), no qual a prevalência de tabagismo observada foi de 63,5% nos homens e 0,6% nas mulheres, em estudo realizado na área rural da China, quando se considerou tabagista aquele que já fumou pelo menos 100 cigarros na vida e continua utilizando o tabaco atualmente.

A maior parte dos estudos da Ásia encontrou maiores prevalências de tabagismo nas áreas rurais, quando comparadas às urbanas (BENJAKUL et al., 2013; MA et al., 2009; ZHOU et al., 2006; QUIAN et al., 2010; SINGH et al., 2014; CHOOCKALINGAM et al., 2013; JINDAL et al., 2006; FLORA et al., 2009; LIM et al., 2013; CHEAH et al., 2012). Em relação à idade de início do tabagismo, a maior parte dos estudos encontrou que os indivíduos começaram a utilizar o tabaco aproximadamente aos 20 anos de idade (KAUR et al., 2011; JINDAL et al., 2006; YANG et al., 2008; ALI et al., 2006). Relação inversa entre tabagismo e nível educacional também foi observada na maior parte dos estudos (MA et al., 2009; CAI et al., 2013; CAI et al., 2012; YANG et al., 2008; SINGH et al., 2014; CORSI et al., 2014; KAUR et al., 2011; CHOUDHURY et al., 2007; LIM et al., 2013; CHEAH et al.,

2012; KATULANDA et al., 2011). Em relação à renda, houve controvérsias, sendo que em alguns locais se observa que o consumo de cigarros industrializados está associado com renda mais elevada (ALI et al., 2006; MA et al., 2009; CORSI et al., 2014), enquanto que o consumo de tabaco não fumado ou de cigarros enrolados à mão associou-se com menor renda (BENJAKUL et al., 2013; SINGH et al., 2014; CHOUDHURY et al., 2007). Na China, três estudos que avaliaram a relação da situação conjugal com tabagismo encontraram maior frequência naqueles com situação “divorciado, casado ou viúvo” em comparação com os que nunca foram casados (YANG et al., 2008; ZHOU et al., 2012; MA et al., 2009), enquanto que Ali e colaboradores (2006), no Paquistão, não encontraram associação estatisticamente significativa. Já na Índia, Kaur e colaboradores (2011) e Yang e colaboradores (2008) encontraram que “casados/divorciados/viúvos” foram mais propensos a serem tabagistas em comparação com os que nunca casaram, corroborando com os achados da China.

Outro ponto que merece destaque dos estudos da Ásia é o alto consumo de tabaco não fumado, cigarros enrolados à mão e “*bidis*”. A exemplo disso, no estudo de Kamal e colaboradores (2011), conduzido em Bangladesh com homens de 15 a 54 anos, 58,4% foram considerados tabagistas (uso atual de qualquer produto do tabaco), sendo que a forma de tabaco mais consumida foi o “*bidi*” (33,9%). Concordando com esse achado, Jindal e colaboradores (2006) encontraram que na zona rural da Índia o “*bidi*” foi a forma de tabaco mais consumida, sendo as proporções: 12,5% para uso de cigarros, 81,2% para uso de “*bidis*” e 6,3% para outros produtos. Cabe salientar que entre as mulheres o consumo de tabaco não fumado (tabaco de mascar) supera as outras formas, como pode ser observado no estudo de Kaur e colaboradores (2011).

Dos quatro estudos realizados na Europa incluídos na revisão, dois são da Polônia, um da Alemanha e um da Turquia. Na Polônia, Panasiuk e claboradores (2010) e Włodarczyk e colaboradores (2013) encontraram maiores prevalências de tabagismo nos homens. Włodarczyk e colaboradores (2013) demonstraram que 25,4% dos residentes da zona rural da Polônia eram fumantes diários, de acordo com o questionário internacional adotado pelo GATS. Ainda, tanto na área urbana, quanto rural, menor percentual de fumantes diários entre os homens foi observado

naqueles com maior escolaridade, enquanto que nas mulheres, menor frequência foi observada no nível de escolaridade primário. Volzke e colaboradores (2006) investigaram diferenças no tabagismo para áreas urbanas e rurais da Alemanha e, ao contrário do que tem sido observado na maioria dos estudos incluídos nessa revisão, maior frequência de fumantes (fumo atual de qualquer produto do tabaco, independente da frequência e quantidade) foi observada em áreas metropolitanas em comparação com áreas rurais ($RO = 1,56$; $IC95\% = 1,51-1,62$). Ainda, nas áreas rurais a prevalência de fumantes atuais foi de 21,7% e o tipo de tabaco fumado mais consumido foi o cigarro industrializado, sendo que a maioria dos fumantes (67,3%) consumia entre 5 e 20 cigarros/dia. Por fim, Bozkurt e colaboradores (2006) em estudo conduzido na Turquia também encontraram maior prevalência de tabagismo na zona urbana (34,5% vs. 22,8%) e, na zona rural, a prevalência foi muito superior nos homens quando comparados às mulheres (43,7% vs. 5,8%).

Em última análise, tentar realizar estimativas globais destes estudos e avaliar as diferenças nas prevalências e nos fatores associados ao tabagismo nas áreas rurais dos países analisados é difícil, especialmente pelo fato já mencionado anteriormente nessa seção das diferenças na definição do tabagismo, além de que as populações e as localidades rurais são muito heterogêneas.

Apesar das limitações, de uma maneira geral pode-se perceber que a maior parte dos estudos, independentemente do critério utilizado, encontrou as maiores prevalências de tabagismo em regiões rurais (quando compararam áreas urbanas e rurais), maiores prevalências no sexo masculino (com diferenças especialmente marcantes no continente Asiático), nos indivíduos menos escolarizados e naqueles com menor renda – considerando-se a maior parte dos estudos, ainda que nem todos os estudos concordem entre si. Adicionalmente, cabe salientar que a forma de tabaco mais consumida foi o cigarro industrializado, ainda que em muitos locais as formas alternativas (especialmente no continente Asiático) são consumidas tanto quanto ou mais que os cigarros industrializados, especialmente em localidades rurais.

Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Almeida et al. Global Adult Tobacco Survey Data as a Tool to Monitor the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) Implementation: The Brazilian Case	Brasil / 2012	Transversal	39.425 entrevistados 33.680 na área urbana (85,4%) e 5.745 na área rural (14,6%). ≥ 15 anos, ambos os sexos	Uso atual de produtos do tabaco (protocolo GATS)	Prevalência de fumantes atuais de qualquer produto do tabaco na zona rural foi de 20,4% (IC95%: 19,1-21,7), 26,3% (IC95%: 24,4-28,3) sexo masculino e 13,5% (IC95%:11,9-15,1) sexo feminino e fumantes diários 18% (23,3% entre os homens e 9,9% entre as mulheres). Maior proporção de uso de cigarros enrolados à mão foi observada na zona rural (13,8% versus 3,6%; valor-p < 0,001). A maior prevalência de usuários de tabaco não fumado também foi observada na zona rural: 1,2% versus 0,3% (valor-p < 0,001).
Weg et al. Tobacco use and exposure in rural areas: Findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System	Estados Unidos / 2011	Transversal (dois inquéritos: 2006 e 2008)	355.710 indivíduos (2006) e 414.509 (2008), ≥ 18 anos, ambos os sexos, área urbana e rural	Fumante atual (já fumou pelo menos 100 cigarros durante a vida e continua fumando atualmente, diariamente ou ocasionalmente).	Dados de 2008: residentes de áreas rurais foram mais propensos a fumar cigarros (22,2% vs. 18,1% urbana, RO=0,90, IC95%: 0,86-0,95), e apresentaram maior proporção de usuários atuais de tabaco não fumado (5,9% vs. 2,2% zona urbana, p<0,001).
Doescher et al. Prevalence and Trends in Smoking: A National Rural Study	Estados Unidos / 2006	Transversal (dois inquéritos: 1994-1996 e 2000-2001)	1994-1996 n=342.055 e 2000-2001 n= 385.384. Ambos os sexos, 18 anos ou mais, área urbana e rural	Fumante atual (já fumou pelo menos 100 cigarros durante toda a vida e continua fumando atualmente, todos os dias ou ocasionalmente)	Na zona rural, prevalência de fumantes atuais: 24,6% em 1994-1996 e 24,8% em 2000-2001. Maiores prevalências foram observadas nos homens (26,6%, IC95%: 25,6-27,5), entre indivíduos com menor escolaridade (33,3%, IC95%: 31,6-35,0), menor renda (30,6% IC95%: 29,5-31,8) e desempregados (44,6% IC95%:44,1-48,2).

Continuação. Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Bell et al. Use of Tobacco Products among Rural Older Adults: Prevalence of ever use and Cumulative Lifetime Use	Estados Unidos / 2009	Transversal	635 indivíduos (≥ 60 anos), ambos os sexos, somente área rural	Fumante atual (já fumou pelo menos 100 cigarros durante toda a vida e continua fumando atualmente, todos os dias ou ocasionalmente). Também foi investigado o uso de outros produtos do tabaco e “pack years”	Entre os participantes, 19,1% foram considerados usuários atuais de cigarros (27,6% entre os homens vs. 12% para as mulheres). A média de “pack years” foi de 34,5 (d.p=2,4), sendo 38,9 (d.p=3,0) nos homens e 26,4 (d.p=3,4) nas mulheres. A frequência de uso atual de charutos e cachimbo foi baixa 1,7% e 1,2%, respectivamente. No total 11,8% consumiam tabaco de mascar.
Li et al. Smoking Frequency, Prevalence and Trends, and Their Socio-demographic Associations in Alberta, Canada	Canadá / 2009	Transversal (três inquéritos: 2000/01, 2002/3 e 2004/5)	2000 n=130.880; 2002 n=134.072; 2004 n=132.221; ≥ 12 anos, ambos os sexos, área urbana e rural	Foram incluídos no grupo dos “fumantes” aqueles que eram fumantes diários ou ocasionais	As prevalências de fumantes na zona rural foram: 2000/01: 32,8% nos homens e 29,1% nas mulheres; 2002/3: 27,9% nos homens e 24,9% nas mulheres; 2004/5: 27,4% (IC95%: 24,7-30,0) nos homens e 24,2% (IC95%: 21,8-26,7) nas mulheres. Na zona rural, maior freqüência de tabagismo foi observada entre 20-39 anos nos três inquéritos (40,9%, 34,7% e 33,8%, respectivamente).
Berraho et al. Burden of smoking in Moroccan rural areas	Marrocos / 2010	Transversal	3.438 indivíduos de 15 anos ou mais de ambos os sexos, somente área rural	Fumante atual (já fumou pelo menos 100 cigarros na vida e continua fumando atualmente)	A prevalência de fumantes atuais foi de 16,9% (31,1% nos homens e 1,1% nas mulheres). A maioria dos indivíduos iniciou o tabagismo antes dos 20 anos (52,2% entre 15-19 anos). Sexo (masculino), idade (30-39 anos para os homens e 20-29 para as mulheres) e situação conjugal (divorciados) estiveram positivamente associados com fumo atual ($p<0,001$). Número médio de cigarros fumados/dia foi 14 (d.p=8,4) para os homens e 10,6 (d.p=7,1) para mulheres ($p<0,01$). Duração média do tabagismo foi de 14,04 anos (d.p=11,04) para homens e 7,87 anos (d.p= 9,15) para mulheres ($p<0,01$).

Continuação. Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Padrão et al. Association between tobacco consumption and alcohol, vegetable and fruit intake across urban and rural areas in Mozambique	Moçambique / 2011	Transversal	12.902 indivíduos, 24 a 65 anos, ambos os sexos, área urbana e rural. Predominamente área rural (3/4)	Uso de qualquer produto do tabaco (incluindo cigarro industrializado, enrolado à mão e tabaco não fumado) em qualquer momento da vida e atualmente	Cerca de 20% das mulheres e 40% dos homens eram tabagistas (consumo atual). O consumo de tabaco foi associado com consumo de bebida alcoólica, sendo que o <i>odds</i> de tabagismo tendeu a aumentar com aumento da quantidade de bebida consumida. Ao comparar consumidores de diferentes tipos de tabaco com não consumidores, as razões de <i>odds</i> para beber 3-7 dias/semana foram: 9,19, IC95%: 5,7-14,8 entre os homens e 2,13, IC95%: 1,01-4,50 para mulheres. Entre os homens o tipo de tabaco mais consumido foi o enrolado à mão (18,6%).
Araujo et al. Manufactured and hand-rolled cigarettes and smokeless tobacco consumption in Mozambique: Regional differences at early stages of the tobacco epidemic	Moçambique / 2011	Transversal	12.902 adultos (25-64 anos) ambos os sexos, área urbana e rural (rural n=8.324)	Uso atual de qualquer produto do tabaco (incluindo cigarros industrializados, cigarros enrolados à mão e tabaco não fumado)	Tabagismo foi mais prevalente na zona rural comparada à urbana (43,1% vs. 30,8%, RO=1,33, IC95%=1,12-1,59). No geral, tendeu a aumentar com a idade nas mulheres e diminuir com aumento do nível educacional em ambos os sexos. O produto do tabaco mais consumido pelas mulheres foi o tabaco não fumado (10,1%) e pelos homens os cigarros enrolados à mão (18,7%). O <i>odds</i> de consumo de cigarros enrolados à mão na zona rural foi aproximadamente 4,5 vezes maior, tanto para homens, quanto para mulheres quando comparado à zona urbana.
Padrão P et al. Tobacco Consumption in Mozambique: Use of distinct types of Tobacco Across Urban and Rural Settings	Moçambique / 2013	Transversal	3.323 adultos (25-64 anos) de ambos os sexos, área urbana e rural	Uso atual de qualquer produto do tabaco e uso diário. Incluiu cigarro industrializado, enrolado à mão, charuto, cachimbo e tabaco não fumado.	A prevalência de consumo atual de qualquer produto do tabaco entre as mulheres da zona rural foi 21,1% vs. 44,9% nos homens. O cigarro enrolado à mão foi utilizado mais frequentemente pelos homens e, em ambos os sexos, foi mais frequente na zona rural.

Continuação. Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Lo et al. Alcohol use, drunkenness and tobacco smoking in rural western Kenya	Quênia / 2013	Transversal aninhado a uma coorte	72.292 indivíduos (≥ 18 anos), ambos os sexos, somente área rural	Fumante atual (já fumou pelo menos 100 cigarros na vida e continua fumando atualmente)	A prevalência de fumantes atuais foi de 6,3% (IC95%: 6,1-6,5), sendo 11,2% entre os homens e 2,6% entre as mulheres. Tabagismo diminuiu com aumento do nível socioeconômico. Para os homens, aumentou entre os grupos de idade 18-29 e 30-39 anos e diminuiu a partir dos 60 anos ou mais. Para as mulheres, aumentou significativamente após os 50 anos. Fumo atual esteve significativamente associado com consumo de álcool (RO=28,28, IC95%: 25,51-31,36, $p<0,0001$).
Blecher et al. Market Structures, Socioeconomics, and Tobacco usage Patterns in Madagascar	Madagascar / 2014	Transversal	8.586 homens e 17.375 mulheres de 15-59 anos, área urbana e rural (rural 83%)	Uso atual de produtos do tabaco fumado ou não fumado (independentemente da frequência e intensidade)	A prevalência de fumantes atuais na área rural foi de 28,5% entre os homens e 0,8% entre as mulheres. Já o uso de tabaco não fumado esteve presente para 24,6% dos homens e 9,6% das mulheres. O uso de tabaco não fumado foi maior na zona rural e o contrário ocorreu em relação ao tabaco fumado. No geral, a prevalência de uso de tabaco fumado foi maior em homens cuja ocupação envolvia setores de serviços manuais, em comparação com os desempregados (RR= 1,55, IC95%: 1,11-2,16). A prevalência de tabaco não fumado diminuiu com o aumento do nível educacional.

Continuação. Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Reda et al. Adult tobacco use practice and its correlates in Eastern Ethiopia: A cross-sectional study	Etiópia / 2013	Transversal	548 indivíduos (sendo 405 homens) 15 anos ou mais, ambos os sexos, somente área rural	Fumante atual: "Você <i>atualmente é tabagista</i> ". Após foram categorizados em fumantes diários e ocasionais.	28% dos indivíduos eram fumantes diários e 1,1% ocasionais. A prevalência de fumantes atuais (diários e ocasionais) foi 38,6% entre os homens e 0,8% entre as mulheres. A média de idade do início do tabagismo foi 21,1 anos (d.p=6,4). 5% dos indivíduos utilizavam tabaco não fumado. Limitação: maior percentual de perdas no sexo feminino.
Alam et al. Investigating socio-economic-demographic determinants of tobacco use in Rawalpindi, Pakistan	Paquistão / 2008	Transversal	2.018 (1.038 área rural e 980 área urbana), homens e mulheres, 18–65 anos	Uso atual diário de produtos do tabaco	A prevalência de uso diário de tabaco na área rural foi de 21% vs. 12,2% na área urbana. No geral, o uso diário de produtos do tabaco foi associado com local de residência rural ($RO=1,49$, IC95% = 1,1-2,0), sexo masculino ($RO=12,6$, IC 95% = 8,8-18,0) e baixo nível educacional (graduado vs. nenhuma educação: $RO= 0,33$, IC95% = 0,2-0,7).
Ali et al. Knowledge and practices regarding cigarette smoking among adult women in a rural district of Sindh, Pakistan	Paquistão / 2008	Transversal	502 mulheres, 18 a 60 anos, somente área rural	Fumante: já fumou pelo menos 100 cigarros na vida	A prevalência de fumantes foi de 10%, sendo 82% fumantes atuais e 18% ex-fumantes. Entre as participantes, 42% iniciaram o tabagismo entre 18-24 anos.
Ali et al. Prevalence and socio-demographic factors associated with tobacco smoking among adult males in rural sindh, Pakistan	Paquistão / 2006	Transversal	411 adultos de 18 anos ou mais do sexo masculino, somente zona rural	Fumante: já fumou pelo menos 100 cigarros na vida	55% foram considerados fumantes. A maioria iniciou o tabagismo entre 16 e 20 anos (52%) e consumia entre 1-10 cigarros/dia (53%). O tabagismo foi maior em indivíduos mais velhos (>44 anos comparado com 8-14 anos, RP: 1,9, IC95% = 1,3-2,8) e naqueles com maior renda individual mensal comparado com os sem nenhuma renda (RP=1,7, IC95% = 1,2-2,6).

Continuação. Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Benjakul et al. Current manufactured cigarette smoking and roll-your-own cigarette smoking in Thailand: findings from the 2009 Global Adult Tobacco Survey	Tailândia / 2013	Transversal	20.566 indivíduos, 15 anos ou mais, ambos os sexos, áreas rurais e urbanas	Uso atual de produtos do tabaco (protocolo GATS).	No geral, a prevalência de usuários atuais de tabaco foi de 45,6% entre os homens e 3,1% entre as mulheres. O produto mais consumido foi o cigarro industrializado (54,9%) seguido dos cigarros enrolado à mão (51,6%). 20,2% utilizavam ambos. Comparando-se cigarro enrolados à mão com industrializados: idade avançada, baixo nível educacional, baixa renda e local de residência rural (em comparação com urbano RO= 3,94 IC95%: 3,0-5,2) estiveram associados com fumar cigarros enrolados à mão.
Ma et al. Smoking and psychiatric disorders in the rural and urban regions of Beijing, China: a community-based survey	China / 2009	Transversal	5.926 indivíduos, ambos os sexos, 15 anos ou mais, áreas urbanas e rurais	Fumante atual (pelo menos um cigarro diariamente no último mês). Também investigaram: fumante pesado (mais de 20 cigarros ou uma carteira/dia), fumantes leves (1-19 cigarros diariamente)	Na zona rural, 21,8% foram considerados fumantes leves e 12,8% pesados. No geral, sexo masculino, idade de 24 anos ou mais, ser divorciado ou viúvo, ter baixo nível educacional, estar trabalhando, ter maior renda, morar na zona rural e apresentar desordens psiquiátricas foram fatores de risco associados ao fumo atual. Fumo leve ou pesado foram positivamente associados com dependência de álcool e com episódio depressivo maior.
Cai et al. Multilevel analysis of the determinants of smoking and second-hand smoke exposure in a tobacco-cultivating rural area of southwest China	China / 2013	Transversal	4.070 indivíduos, 18 anos ou mais, ambos os sexos, somente área rural	Fumante atual (já fumou pelo menos 100 cigarros na vida e continua fumando atualmente qualquer produto do tabaco diariamente)	A prevalência de fumantes atuais foi de 28% (63,5% nos homens e 0,6% nas mulheres. Idade e nível educacional foram inversamente associados com fumo atual. Adultos que não cultivavam tabaco foram menos propensos a consumi-lo (RO= 0,75, IC95%: 0,57-0,99) ter maior renda esteve associado com menor odds de ser fumante atual (RO= 0,66, IC95%: 0,57-0,77).

Continuação. Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Cai et al. Patterns and socioeconomic influences of tobacco exposure in tobacco cultivating rural areas of Yunnan Province, China	China / 2012	Transversal	8681 indivíduos, 18 anos ou mais, ambos os sexos, somente área rural	Fumante atual (fuma qualquer produto do tabaco diariamente no momento do inquérito)	Fumo atual foi maior nos homens (68,5% vs. 1,3%), bem como dependência de nicotina (FTND), 85,2% vs. 72,7%. Produtores de tabaco apresentaram maior odds para fumar ($RO=3,18$, IC95%: 2,77-3,65) e para serem dependentes de nicotina ($RO=2,42$, IC95%: 2,12-2,77). A maioria dos fumantes relatou ter iniciado o vício na adolescência (81% entre 12-20 anos). Nível educacional médio ou alto foi inversamente associado com fumo atual ($RO=0,63$, (0,51-0,78) e dependência de nicotina ($RO=0,56$, IC95%: 0,46-0,65). Maior risco para dependência de nicotina foi observado naqueles com renda anual média ou elevada em comparação com renda baixa ($p<0,05$).
Zhou et al. A comparative survey on alcohol and tobacco use in urban and rural populations in the Huaihua District of Hunan Province, China	China / 2006	Transversal	Zona urbana (n=3.543) e rural (n=4.294), 15-65 anos, ambos os sexos	Fumou nos últimos 12 meses que precederam a entrevista, independente da quantidade	A prevalência de fumantes foi maior na zona rural comparada à urbana (35,9% vs. 28,7%). Na zona rural homens fumaram mais que mulheres (63,7% vs. 3,1%; $RO=64,5$; IC95%: 49,6-83,9), maiores prevalências nas faixas etárias 36-55 e 56-65 anos, entre divorciados, casados ou viúvos comparados aos que nunca casaram ($p<0,001$).
Qian et al. Trends in smoking and quitting in China from 1993 to 2003: National Health Service Survey data	China / 2010	Transversal (três inquéritos: 1993, 1998 e 2003)	Cerca de 200.000 indivíduos (três inquéritos), > 15 anos, ambos os sexos, área urbana e rural (rural 70% da amostra)	Fumante atual: já fumou pelo menos 100 cigarros na vida e continua fumando atualmente (no momento dos inquéritos)	Na zona rural, prevalências totais, entre homens e mulheres foram, respectivamente: 1993: 32,6% (60,4% vs. 4,6%), 1998: 29,5% (54,5% vs. 3,6%) e 2003: 26,8% (50,2% vs. 3,0%). Maior proporção de tabagistas encontrada na zona rural e redução do tabagismo no período foi mais acentuada na zona urbana em comparação com a zona rural.

Continuação, Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Yang et al. Smoking patterns and sociodemographic factors associated with tobacco use among Chinese rural male residents: a descriptive analysis	China / 2008	Transversal	4.414 indivíduos de 15 anos ou mais, do sexo masculino, somente de área rural	Tabagistas foram definidos como aqueles que relataram a utilização de quaisquer produtos de tabaco (incluindo os cigarros, charutos, enrolados à mão e cachimbo) diariamente, no período do estudo	66,8% foram considerados tabagistas. A média de idade do início do tabagismo foi 21,7 anos. Indivíduos que eram casados e divorciados/viúvos apresentaram <i>odds</i> 2,43 (IC95%:1,99-2,98) e 1,63 (IC95%: 1,11-2,38) vezes maior, respectivamente, de fumar comparados àqueles que nunca casaram. Indivíduos com grau universitário ou superior eram menos propensos a fumar do que os que tinham níveis mais baixos de escolaridade (OR = 0,51, IC95%: 0,37-0,69). Os de "outra" categoria de trabalho eram menos propensos a fumar do que os trabalhadores agrícolas (OR= 0,71, IC95%:0,57-0,89).
Singh et al. Prevalence and determinants of tobacco use in India: evidence from recent Global Adult Tobacco Survey data	Índia / 2014	Transversal	69.296 indivíduos, 15 anos ou mais, ambos os sexos, (41.825 área rural e 27.471 área urbana)	Uso atual de produtos do tabaco (protocolo GATS)	Tabaco não fumado foi o mais consumido na Índia. Na zona rural, a prevalência de tabaco fumado foi de 15,5%, não fumado (26,4%) e as duas formas (10,5%). De maneira geral o tabaco foi mais consumido por homens, por pessoas com menor nível educacional, menor renda e, apenas o uso de tabaco fumado foi mais prevalente na zona rural em comparação com a urbana (RR= 1,71, IC95%: 1,12-2,60).
Chockalingam et al. Prevalence of tobacco use in urban, semi urban and rural areas in and around Chennai City, India	Índia / 2013	Transversal	7.510 indivíduos de 15 anos ou mais, ambos os sexos, área urbana, semi urbana e rural	Uso atual de produtos do tabaco (protocolo adaptado do GYTS e GATS)	O tabagismo foi maior na zona rural (23,7%) e as prevalências de tabaco fumado e não fumado na zona rural foram de 14,3% e 9,5%, respectivamente. No total da amostra maiores prevalências de tabagismo foram observadas no sexo masculino, entre indivíduos mais velhos, que faziam uso abusivo de álcool, em áreas rurais e em locais de residência mais pobres ($p<0,001$).

Continuação, Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Corsi et al. Tobacco use, smoking quit rates, and socioeconomic patterning among men and women: a cross-sectional survey in rural Andhra Pradesh, India.	Índia / 2014	Transversal	4.534 adultos (20 anos ou mais), ambos os sexos, somente área rural	Fumante atual foi definido pelo consumo regular de pelo menos um cigarro (ou <i>bidi</i>) diariamente ou na maioria dos dias por pelo menos um ano. Também investigou-se o uso de tabaco não fumado.	As prevalências de fumo atual e de fumo de mascar foram maiores nos homens (50,3% e 5,0%, respectivamente), quando comparados às mulheres (4,8% e 1,0%). Maior <i>odds</i> para fumo atual foi observado naqueles de menor escolaridade em comparação com os mais escolarizados ($RO=3,25$, IC95%: 2,54-4,16) e entre aqueles com menor renda em comparação com os indivíduos do grupo de maior renda ($RO=1,50$, IC95%: 1,06-2,12). Em média os homens consumiram 6,1 cigarros/ <i>bidis</i> por dia e têm uma exposição média de 7,1 maços-ano, comparado a 1,5 <i>bidis</i> /dia e 1,8 maços-ano entre as mulheres. Entre todos os tabagistas, 16,9% excedem 10 "pack years" de exposição.
Jindal et al. Tobacco smoking in India: prevalence, quit-rates and respiratory morbidity	Índia / 2006	Transversal	73.605 indivíduos de 15 anos ou mais, ambos os sexos, área urbana e rural	Uso atual de produtos do tabaco (protocolo adaptado do GYTS)	<i>Bidi</i> foi a forma de tabaco mais consumida (e foi maior na área rural). Na zona rural a prevalência de uso atual de cigarros foi de 12,5%, <i>bidis</i> 81,2% e outros 6,3%. As médias de número de <i>bidis/cigarros</i> e de idade de início do tabagismo foram de 15 e 20,2 anos, respectivamente. No total da amostra, maior idade e baixo nível socioeconômico estiveram associados com tabagismo.

Continuação, Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Bhawna G. Burden of smoked and smokeless tobacco consumption in India - results from the Global adult Tobacco Survey India (GATS-India)- 2009-2010.	India / 2013	Transversal	42.647 indivíduos da área rural e 28.155 da área urbana, ambos os sexos, ≥ 15 anos	Uso atual de produtos do tabaco (protocolo GATS)	Na área rural, 38,4% dos indivíduos era usuário atual de tabaco, 9,1% somente utilizava tabaco fumado, 23,3% consomia tabaco não fumado e 6,0% ambos. O produto do tabaco fumado mais consumido na Índia foi o “bid” (9%), seguido do cigarro (6%), “hookah”(1%) e menos de 1% fumava charutos. Em relação ao tabaco fumado, na área urbana a frequência de uso de cigarros é maior e para os outros produtos (<i>bidis</i> e <i>hookah</i>) maiores frequências são observadas na zona rural.
Kaur et al. High prevalence of tobacco use, alcohol use and overweight in a rural population in Tamil Nadu, India	Índia / 2011	Transversal	10.500 indivíduos de 25 a 64 anos de ambos os sexos, somente área rural	Tabagista: já consumiu mais de 100 cigarros em toda a vida, sendo fumante atual aquele que continuava fumando no momento do estudo, diariamente ou ocasionalmente	A prevalência de tabagismo entre os homens foi de 37,6% (46,9% tabaco fumado e 11,7% tabaco não fumado). Mulheres consomem mais o tabaco não fumado (15,1%). A idade média de início do tabagismo para os homens foi de 19,9 anos (d.p=6,32 anos). Entre os homens idade entre 55-64 em comparação com 25-34 apresentou maior <i>odds</i> para fumar ($RO=2,42$ (ic95%:1,9-3,0), não ter nenhum grau de escolaridade ou até o 5º grau em comparação com os que possuem do 6º grau em diante ($RO=1,9$, (IC95%: 1,6-2,3), ser trabalhador manual em comparação com não manual ($RO=1,6$, IC95%: 1,3-1,9) e consumir álcool regularmente em comparação aos que não consomiam ($RO=3,8$, IC95%: 3,3-4,3).

Continuação. Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Kamal et al. Differentials of tobacco consumption and its effect on illicit drug use in rural men in Bangladesh	Bangladesh / 2011	Transversal	3255 homens de 15 a 54 anos, somente área rural	Uso atual de qualquer produto do tabaco	58,4% foram considerados tabagistas. As formas mais comuns de tabaco utilizadas foram <i>Bidi</i> (33,9%) e cigarros (23,6%). Foi observada tendência de aumento do consumo de cigarros com aumento do nível educacional ($p<0,001$), porém a relação foi inversa para o uso de outras formas de tabaco ($p<0,001$).
Choudhury et al. Sociodemographic characteristics of tobacco consumers in a rural area of Bangladesh	Bangladesh / 2007	Transversal	6.618 indivíduos (3.448 homens e 3.170 mulheres), > 15 anos, ambos os sexos, somente área rural	<i>Utiliza algum produto do tabaco? Se sim, detalhes (cigarros, "bidis", "hookah) e "shada" ou "zarda", estas últimas ambas formas de tabaco de mascar)</i>	43,4% utilizavam alguma forma de tabaco. Homens foram 9,38 vezes mais propensos a utilizar tabaco em relação às mulheres. Indivíduos sem instrução tiveram um odds 3,62 vezes maior para utilizar tabaco comparados aos mais escolarizados (≥ 6 anos de estudo) e os de menor nível socioeconômico foram quase duas vezes mais propensos a fumar em comparação com os mais ricos.
Flora et al. Gender and locality differences in tobacco prevalence among adult Bangladeshis	Bangladesh / 2009	Transversal (três inquéritos 2001, 2002 e 2003)	Ao total (três inquéritos) 35.446 adultos de 18 a 90 anos, ambos os sexos, áreas urbanas e rurais	Fumante atual (foi considerado aquele que fumava diariamente no momento da coleta dos dados). Também foi investigado uso de tabaco não fumado.	Considerando o total da amostra (três inquéritos), na zona rural a prevalência de usuários de qualquer produto do tabaco foi de 43,9%, fumantes atuais 21,9% e usuários de tabaco de mascar 27,9%. Maior odds de ser fumante pesado e moderado foi observado em residentes de áreas rurais em comparação com a urbana (RO=2,60, IC95%: 2,16-3,12 e RO=2,40, IC95%: 2,40, IC95%: 2,06-2,79, respectivamente).

Continuação. Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Hanifi et al. Smoking has declined but not for all: findings from a study in a rural area of Bangladesh	Bangladesh / 2011	Transversal (comparação de dois inquéritos transversais)	1994: 6.446 e 2008: 20.427 indivíduos, ≥ 15 anos, ambos os sexos, áreas rurais	Fumante de produtos do tabaco (cigarros, "bidis" e narguilé)	Em 1994: prevalência 41% e o produto mais utilizado era o "bidi". Em 2008, prevalência 27% e o produto mais utilizado era o cigarro comum (exceto para as mulheres, ainda "bidi"). Maiores odds para fumar foram observados: no grupo de idade mais elevada em relação ao menor ($RO= 7,10$, IC95%: 6,17-8,18), entre homens e mulheres sem escolaridade em relação às mulheres escolarizadas ($RO=56,06$ e $RO= 6,37$, $p<0,001$), entre aqueles que já casaram em relação aos que nunca casaram ($RO=4,09$; IC95%: 3,57-4,67) e no menor nível socioeconômico em relação ao maior ($RO=2,43$, IC95%: 2,16-2,71).
Lim et al. Epidemiology of smoking among Malaysian adult males: prevalence and associated factors	Malásia / 2013	Transversal	15.639 homens adultos (18 anos ou mais), áreas urbanas e rurais	Fumante atual (aquele que fumou pelo menos uma vez nos últimos 30 dias)	Zona rural, 56,9% eram fumantes atuais. No geral, maiores frequências foram observadas em idades mais avançadas, em indivíduos menos escolarizados, que trabalhavam com agricultura e no setor de pesca e com menor renda mensal, entre os divorciados e os residentes de áreas rurais (em relação à urbana, $RO= 1,12$, IC95%: 1,03-1,22).
Cheah et al. Exploring factors influencing smoking behaviour in Malaysia	Malásia / 2012	Transversal	31.263 indivíduos de 18 anos ou mais, ambos os sexos, áreas urbanas e rurais	Fumante atual (fumou pelo menos um dia nos últimos 30 dias anteriores à entrevista)	Na zona rural, 48% eram fumantes. Moradores da zona urbana tiveram menor "chance" de fumar comparados aos da rural ($RO=0,81$, IC95%: 0,75-0,87). No geral, indivíduos mais novos, com menor renda, homens, não casados, com um emprego e com nível de educação primária comparados aos mais escolarizados foram mais propensos a fumar.

Continuação. Quadro 2. Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Katulanda et al. Prevalence and correlates of tobacco smoking in Sri Lanka	Sri Lanca / 2011	Transversal	500 indivíduos 18 anos ou mais, ambos os sexos, áreas urbanas e rurais	Fumantes atuais de qualquer produto do tabaco (cigarros, <i>bidis</i> ou charutos) diariamente ou alguns dias no momento do estudo ou nos últimos seis meses	A prevalência de tabagismo na zona rural foi de 18,5%, sem diferença significativa para a prevalência na zona urbana (17,2%). No geral, foi maior em homens (38,0% vs. 0,1%, p <0,001). Dentre os fumantes, 87% fumavam menos de 10 cigarros por dia. Entre os homens, o tabagismo foi maior nos menos escolarizados (RO=1,96, IC95%: 1,37-2,89).
De Silva et al. Alcohol and tobacco use among males in two districts in Sri Lanka	Sri Lanca / 2009	Transversal	1.318 na área urbana e 1366 na área rural, homens de 18 anos ou mais	Fumantes atuais aqueles que fumaram um ou mais cigarros nos últimos 30 dias	A prevalência de fumantes atuais foi maior na zona urbana, quando comparada à rural (29,9% vs. 24,4%, p=0,052). Na zona rural maior freqüência de fumantes foi observada naqueles entre 45-54 anos (42,5%, IC95%: 34,9-50,5) e no segundo grupo de menor renda (25,8% IC95%: 20,4-32,0).
Yun et al. The role of social support and social networks in smoking behavior among middle and older aged people in rural areas of South Korea: a cross-sectional study	Coréia / 2010	Transversal	1.057 adultos (387 homens e 670 mulheres), > 30 anos, somente área rural	Fumante atual: já fumou pelo menos 400 cigarros durante toda a vida e fuma atualmente (no momento do inquérito)	17,4% foram considerados fumantes atuais, sendo 38,7% entre os homens e 5,1% entre as mulheres. O nível de stress psicossocial foi maior em não fumantes e ex-fumantes comparados aos fumantes atuais ($t = 2,65$, p =0,0081). Mulheres com moderados vínculos sociais foram menos propensas a fumar (RO=0,18; IC95%: 0,05-0,61).

Continuação. Quadro 2 Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Usmanova et al. Patterns of adult tobacco use in Uzbekistan	Uzbequistão / 2012	Transversal	1795 homens e 1831 mulheres ≥15 anos, zona urbana e rural (zona rural n=1863)	Fumantes atuais: aqueles que fumaram pelo menos um cigarro no último mês. Também avaliaram o uso de "nasway" (tipo de tabaco não fumado) pelo menos uma vez no último mês	Na zona rural, a prevalência de fumantes atuais foi de 15,6% (IC95%: 13,7-17,6), menor que a prevalência encontrada na zona urbana (32,4%; IC95% 28,1-36,9). Por outro lado a prevalência de uso de nasway foi maior na zona rural (25,2%, IC95%: 22,9-27,5), quando comparada à urbana (13,4%, IC95%: 10,5-16,9).
Sreeramareddy et al. Prevalence, distribution and correlates of tobacco smoking and chewing in Nepal: a secondary data analysis of Nepal Demographic and Health Survey-2006	Nepal / 2011	Transversal	10.793 mulheres (15-49 anos) e 4.397 homens (15-59 anos), área urbana e rural. Rural n=10.941 (72%)	"Você atualmente fuma cigarros (fuma ou usa qualquer outro tipo de produto do tabaco)??" (sim ou não)	Na zona rural a prevalência de fumantes de tabaco foi de 21,8% (IC95%: 20,4-23,3), a prevalência de usuários de tabaco de mascar foi de 14,9% (IC95%: 13,7-16,3) e a prevalência do uso de qualquer produto do tabaco foi de 31,5%. O odds de fumar foi maior na zona rural em comparação com a urbana (RO=1,25, IC95%: 1,01-1,54), assim como para o uso de qualquer produto do tabaco (RO= 1,26, IC95%: 1,03-1,54).
Panasiuk et al. Prevalence of cigarette smoking among adult population in eastern Poland	Polônia / 2010	Transversal	3.993 indivíduos (2.447 mulheres e 1.546 homens), 18 anos ou mais, área urbana e rural	Fumante atual: regular ou ocasional	Entre os homens a prevalência de fumantes foi similar na zona urbana e rural (35,5% vs. 35,8%), enquanto para as mulheres foi maior na zona urbana (17,8% vs. 13,0%). No geral, a prevalência de tabagismo foi maior nos homens e foi menor em agricultores quando comparados aos não agricultores (19,7% vs. 24,5%, respectivamente).

Continuação. Quadro 2 Artigos sobre tabagismo e fatores associados entre adultos de zonas rurais.

Identificação	País / Ano de publicação	Delineamento	Amostra	Critério Utilizado	Resultados principais / Comentários
Włodarczyk et al. Daily tobacco smoking patterns in rural and urban areas of Poland--the results of the GATS study	Polônia / 2013	Transversal	7.840 indivíduos, ≥ 15 anos, ambos os sexos, área urbana (48,8%) e área rural (51,2%)	Fumantes diários pelo protocolo GATS	25,4% dos residentes da área rural eram fumantes diários de tabaco (32,5% dos homens e 17,9% das mulheres, $p<0,001$), sendo a maior frequência observada entre indivíduos de 40-49 anos (38,4%). Tanto na área rural, quanto urbana, menor percentual de fumantes diários entre os homens se deu naqueles com maior escolaridade (16,1% na área rural). Nas mulheres, menor frequência foi observada no nível de escolaridade primário (11,7% na área rural).
Volzke et al. Urban-rural disparities in smoking behaviour in Germany	Alemanha / 2006	Transversal	Censo (181.324 indivíduos de 10 anos ou mais), zona urbana e rural (rural N= 82.462)	Fumante atual de qualquer produto do tabaco	Maior frequência em regiões metropolitanas comparadas às rurais ($RO=1,56$, IC95%:1,51-1,62). Na zona rural 21,7% fumantes (27,8% homens vs. 16% mulheres), a média de idade de início do tabagismo foi 18,3 anos, o tipo de produto do tabaco mais consumido foi o cigarro e a maioria (67,3%) consumia entre 5 e 20 cigarros/dia.
Bozkurt et al. Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South-east Anatolian Project (SEAP) region in Turkey	Turquia / 2006	Transversal	2166 mulheres e 1906 homens (15 anos ou mais), área urbana e rural	Fumante atual: fumante diário ou fumante ocasional	A prevalência de fumantes atuais foi maior na zona urbana quando comparada à rural (34,5% vs. 22,8%; $RO=1,74$, IC95%:1,48-2,04, $P<0,001$). Entre os homens da zona rural a prevalência foi de 43,7% e nas mulheres, 5,8%. Para ex-fumantes as prevalências foram 11% e 1,4%, respectivamente, para homens e mulheres.

3. MARCO TEÓRICO

O tabagismo é considerado um vício, influenciado por estímulos ambientais, individuais, hábitos pessoais e condicionamentos psicossociais, além dos efeitos farmacológicos da nicotina. Em relação ao contexto ambiental, conforme citado anteriormente, inquéritos nacionais já demonstraram que o tabagismo é mais frequente no meio rural, quando comparado ao meio urbano no Brasil (IBGE, 2014; INCA, 2011). Adicionalmente, estímulos ambientais diversos influenciam a determinação do tabagismo, como os provenientes de publicidade e de facilidade na aquisição da droga.

A publicidade em torno do cigarro foi crucial para a disseminação do vício tabágico algumas décadas atrás. Atualmente, embora existam diversas leis para o controle do tabagismo e, teoricamente, no Brasil a publicidade seja proibida e restrita aos pontos de venda há, contudo, várias estratégias da indústria do tabaco para atrair as pessoas para que passem a consumir seus produtos, além do contrabando que disponibiliza o produto no mercado informal (SILVA et al., 2014). As indústrias mantêm táticas para responderem aos desafios que as políticas de controle do tabaco impõem para prejudicar seus negócios, as quais incluem: manobras para burlar processos políticos e legislativos; supervalorização da importância que a indústria do tabaco representa; manipulação da opinião pública para ganhar visibilidade e respeito; descrédito na ciência comprovada; e intimidação de governantes com ameaças de litígio (WHO, 2015). Ainda, atuam buscando explorar as vulnerabilidades individuais por meio de atividades voltadas para induzir crianças e adolescentes a iniciar o consumo de tabaco, bem como buscam impedir a disseminação do conhecimento científico sobre os riscos causados pelo tabagismo para criar e aumentar a aceitação social dos seus produtos (CAVALCANTE, 2005).

Além do estímulo causado por meio da publicidade em torno do tabaco, já foi constatada a influência da genética para adição tabágica e desenvolvimento da dependência de nicotina (MICO et al., 2000). A nicotina libera neurotransmissores no cérebro, como a dopamina e a serotonina, dentre outros, que são capazes de modificar a fisiologia do cérebro, além de intensificarem processos cognitivos (ROSEMBERG, 2003; ARINAMI; ISHIGURO; ONAIVI, 2000).

Além de questões genéticas e neurobiológicas, há características da personalidade que parecem influenciar diretamente o tabagismo. A maior parte dos estudos sobre tabagismo e suas relações com características da personalidade foram desenvolvidos de acordo com o modelo teórico proposto por Eysenck em 1967 (EYSENCK, 1967), segundo o qual há três dimensões de temperamento ou personalidade, que envolvem diferentes mecanismos, pelos quais os indivíduos utilizam e passam a ser dependentes do tabaco: extroversão, neuroticismo e psicoticismo. A extroversão estaria ligada a fatores como sociabilidade, assertividade, emoções positivas, vivacidade e nível de atividade. Indivíduos extrovertidos tendem a sentir maior necessidade de uso de estimulantes externos. A dimensão do neuroticismo engloba fatores como depressão, ansiedade, vulnerabilidade psicológica e, portanto, o neurótico fuma com intuito de reduzir afetos negativos; e, a dimensão do psicoticismo inclui fatores de temperamento como impulsividade, atitudes anti-sociais, reduzido autocontrole, fazendo com que os indivíduos fumem para controlar a impulsividade (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007; DÓREA; BOTELLHO, 2004).

Destaca-se a precedência de determinantes demográficos e socioeconômicos no desenvolvimento do tabagismo e da dependência de nicotina. Em geral o início do tabagismo envolve indivíduos que se encontram em alguma situação de vulnerabilidade e maiores prevalências de tabagismo no Brasil foram observadas entre aqueles de menor renda (INCA, 2011) e menos escolarizados (INCA, 2011; IBGE, 2014). Ressalta-se que estudo de revisão publicado recentemente sobre mobilidade social e tabagismo encontrou que aqueles que se mantiveram na classe social mais baixa ao longo da vida foram os que apresentaram maiores freqüências de tabagismo; e, aqueles que sofreram mobilidade social descendente, ou seja, pessoas com melhor nível socioeconômico no começo da vida que migraram para um grupo social mais baixo tenderam a adotar hábitos do novo grupo, sendo que a maior média de número de cigarros consumidos por dia foi observada entre aqueles que sofreram mobilidade social descendente (MOTTA et al., 2015).

A baixa escolaridade também tem sido associada com maiores prevalências de tabagismo e, na PETab (2008), foram observados menores percentuais de conhecimento acerca dos malefícios do tabagismo na faixa etária de 65 anos ou

mais, na zona rural, entre indivíduos com instrução e renda mais baixas e entre fumantes. Os pesquisadores sugeriram que essa diferença de conhecimento poderia refletir a heterogeneidade no acesso à informação (INCA, 2011).

Já em relação à atividade ocupacional, Barros e colaboradores (2011), em estudo que analisou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, encontraram que aqueles que realizavam trabalhos agrícolas ou manuais apresentaram maiores frequências de tabagismo (BARROS et al., 2011). Corroborando com esses resultados, Belcher e colaboradores (2013) em Madagascar e Yang e colaboradores (2008) na China, também encontraram mais tabagistas entre trabalhadores manuais e agrícolas, respectivamente. Nesse contexto, destaca-se que Cai e colaboradores (2012), também na China, encontraram maiores prevalências de tabagismo entre fumicultores. Esse fato poderia ser explicado, em parte, pela maior facilidade na aquisição do produto, bem como maior aceitação social do consumo em regiões produtoras de tabaco.

Em nível mundial as maiores prevalências de tabagismo têm sido observadas no sexo masculino (ERIKSEN et al., 2015; GIOVINO et al., 2012). Um dos motivos que pode estar relacionado a isso é que o cigarro foi introduzido primeiramente entre os homens e, somente no século XX, o produto atingiu o público feminino, quando seu consumo passou a remeter a uma idéia de independência entre as mulheres (APELBERG et al., 2010). Com relação à cor da pele, no Brasil as prevalências são maiores naqueles de cor da pele negra ou parda em relação aos de cor da pele branca (IBGE, 2014). Quanto à situação conjugal, os resultados são controversos. Em estudo de base populacional realizado em zonas urbanas e rurais do Brasil, Martinelli e colaboradores (2014) não encontraram associação estatisticamente significativa entre fumo e situação conjugal. Já estudos realizados na China encontraram maiores frequência de tabagismo em indivíduos com condições de casado, divorciado ou viúvo, em comparação aqueles que nunca casaram (ZHOU et al., 2006; YANG et al., 2008).

Em relação à idade, é mais comum que as pessoas iniciem o tabagismo na adolescência, já que é um período de grande vulnerabilidade, uma fase na qual os jovens anseiam por experimentar e descobrir coisas novas (BROOK et al., 2008). Cabe salientar que outros fatores também estão muito relacionados com essa

iniciação precoce à adição tabágica, como pode ser observado o estudo de Abreu e colaboradores (2011) que demonstrou que o consumo excessivo de álcool, ter pai fumante, irmão fumante e melhor amigo fumante estiveram positivamente associados ao tabagismo. Portanto, ressalta-se que esses determinantes demográficos e socioeconômicos também são modulados pelo contexto social e familiar em que vive determinada população. A necessidade de reconhecimento sociocultural pelos pares e o exemplo de pais e líderes fumantes corroboram na determinação do tabagismo (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004) e, ainda, o vício de fumar em famílias pode estar relacionado a fatores genéticos, influências sociais ou acesso fácil ao tabaco (SANT'ANNA; ARAÚJO; ORFALIAIS, 2004).

Fatores comportamentais influenciam e são influenciados pela condição tabágica. A relação do tabagismo com o consumo de álcool observada em alguns estudos (ABREU et al., 2011; BERTO et al., 2010; LO et al., 2013; MA et al., 2009; KAUR et al., 2011) pode ser devido a uma maior eliminação da nicotina quando na presença do álcool, uma vez que o álcool acidifica a urina e, por isso, os nicotino-dependentes quando tomam álcool, têm necessidade de encurtar o intervalo entre os cigarros fumados (ROSENBERG, 2003). Além disso, álcool e tabaco constituem-se como importantes fatores de risco para muitas morbidades e estudos têm demonstrado que alguns fatores tendem a coexistir (CAPILHEIRA et al., 2008; MUNIZ et al., 2012). Nesse contexto, destaca-se a inatividade física como um importante fator de risco para DCNT, a qual pode coexistir com o hábito de fumar, conforme ocorreu no estudo de Capilheira e colaboradores (2008) com uma amostra representativa de adultos de Pelotas, no qual tabagismo e inatividade física ocorreram, simultaneamente, em 20,8% dos indivíduos.

As políticas públicas, o acesso e a utilização dos serviços de saúde são fatores que podem tanto constituírem-se como barreiras para o tabagismo, quanto facilitadores do processo, quando não ocorrem de maneira positiva. O acesso e a utilização dos serviços de saúde são formas de contato do indivíduo com profissionais, os quais têm como uma de suas atribuições a promoção e prevenção da saúde, devendo conferir aos indivíduos informações necessárias para que possuam melhores condições de saúde (BRASIL, 2006). Ou seja, assim como o acesso e a utilização dos serviços são importantes para a promoção da saúde,

quando a demanda é reprimida ou não satisfeita significa que o indivíduo pode não ter acesso à informação e, consequentemente, no caso específico do tabagismo, pode desconhecer os malefícios e riscos potenciais à saúde que esse comportamento pode gerar. Fatores como nível socioeconômico e escolaridade são importantes determinantes da utilização dos serviços de saúde, bem como o tipo de serviço utilizado. Indivíduos de nível socioeconômico mais baixo em geral utilizam menos os serviços de saúde e, assim, a probabilidade de receber orientações de profissionais de saúde para prevenir riscos à saúde ou tratar problemas existentes é reduzida, caracterizando as iniquidades na assistência à saúde (MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2003). A auto-percepção da saúde e a existência de morbidades, sejam elas físicas ou mentais, promovem a utilização do serviço de saúde. Estudo demonstrou que indivíduos fumantes têm uma pior percepção da própria saúde (PEIXOTO et al., 2005), e a relação do fumo com outras morbidades já foi e ainda é amplamente abordada na literatura (WHO, 2013).

A relação entre tabagismo e morbidades mentais pode ser bidirecional, ou seja, os indivíduos estão predispostos a utilizar a nicotina para modular suas emoções, assim como a dificuldade no abandono do vício tabágico pode levar ao sentimento de depressão e incapacidade (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007). A prevalência de tabagismo é maior entre pacientes com transtornos psiquiátricos e fumantes apresentam, proporcionalmente, maior histórico de vida marcado por abuso e dependência de álcool e drogas, além de outras desordens psiquiátricas, em comparação com não fumantes (BLACK; ZIMMERMAN; CORYELL, 1999). Além de problemas mentais, o tabagismo é capaz de causar distúrbios na qualidade do sono, especialmente devido à relação com a nicotino-dependência. Nos fumantes, conforme o grau de dependência da nicotina, ao deixar de fumar, surge comumente apnéia obstrutiva durante o sono e a intensidade desse distúrbio varia conforme o grau de dependência (ROSEMBERG, 2003).

Por fim, salienta-se que o indivíduo busca no cigarro o alívio de tensões internas, além de imaginá-lo como um companheiro nos momentos de solidão, para gerar uma sensação de prazer e bem estar (MEIRELLES; GONÇALVES, 2004). Acredita-se que o stress, a depressão e outros estados negativos ocorrem independentemente do consumo de tabaco, porém a nicotina produz alívio desses

sintomas, além de que a ideia de que o cigarro ajuda a relaxar induz a fumar, independentemente do fato de que isso ocorra ou não (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004).

O modelo teórico (Figura 1) ilustra a relação entre o conjunto de influências sobre o tabagismo e a dependência de nicotina.

Modelo Teórico



Figura 2. Modelo teórico conceitual.

4. JUSTIFICATIVA

Políticas públicas de combate ao tabagismo têm tido sucesso no Brasil, com redução de aproximadamente 50% na prevalência nos últimos 20 anos (LEVY; DE ALMEIDA; SZKLO, 2012). Porém, apesar da queda alcançada, a prevalência ainda é considerada alta e o tabagismo continua sendo um importante problema de saúde pública, especialmente em populações adultas de baixa renda (INCA, 2011), de menor escolaridade e residentes em áreas rurais (INCA, 2011; IBGE, 2014). Cabe salientar que a região Sul, embora com tendência à diminuição, assim como as demais localidades do país, é a região que apresenta as maiores frequências de tabagismo (MALTA; OLIVEIRA; LUZ, et al., 2015), fato que pode ser explicado devido à maior concentração da produção de fumo e da proximidade com países como Argentina e Uruguai, os quais apresentam prevalências de tabagismo superiores a 30% (MERCADO COMÚN DEL SUR, 2011).

Em virtude das doenças provocadas pelo tabaco, o vício de fumar pode aumentar o risco de morte em 20 a 30 vezes (WHO, 2015). Isso gera, também, uma carga importante tanto para o indivíduo, quanto para o sistema de saúde, em termos de custos financeiros. Em nível mundial os custos atribuíveis às doenças tabaco-relacionadas alcançam aproximadamente 500 bilhões de dólares ao ano, levando em conta a redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras (ERIKSEN et al., 2015). Em pesquisa publicada recentemente, utilizando-se uma estimativa conservadora, observou-se que, em 2011, o tabagismo foi responsável por cerca de 150 mil mortes no Brasil, além de outros graves problemas de saúde, gerando um custo ao sistema de saúde de aproximadamente 24 bilhões de reais no ano (PINTO et al., 2015).

Além dos inquéritos nacionais, estudos transversais de base populacional, metodologicamente bem delineados, que avaliaram prevalência de tabagismo e fatores associados em áreas rurais do Brasil são escassos. Desde 1999 vêm sendo realizados bienalmente estudos de base populacional, que avaliam a prevalência de tabagismo na população adulta de Pelotas, porém restritos à zona urbana do município. Portanto, esse estudo justifica-se por ser o primeiro a realizar uma investigação de base populacional na zona rural de Pelotas sobre prevalência de

tabagismo e fatores associados. As informações geradas poderão ser úteis para o planejamento de ações em saúde, decisões de gestores, avaliação dos serviços e formulação de políticas de assistência qualificadas, direcionadas às necessidades particulares da população rural.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

Estimar a prevalência e fatores associados ao tabagismo em adultos da zona rural de Pelotas, RS.

5.2. Objetivos Específicos

Na população de adultos da zona rural de Pelotas, RS, pretende-se:

- Descrever a prevalência de fumantes atuais
- Determinar a idade do início do tabagismo, duração do consumo e a intensidade do consumo de cigarros em fumantes atuais.
- Investigar o produto do tabaco mais utilizado (cigarro industrializado com filtro ou sem filtro, cigarro de palha ou de papel enrolados à mão ou outros).
- Medir o grau de dependência de nicotina entre indivíduos tabagistas
- Analisar a distribuição de tabagismo de acordo com as seguintes características:
 - socioeconômicas e demográficas: nível socioeconômico, escolaridade, tipo de cultivo (fumicultor / não fumicultor), sexo, idade, cor da pele, situação conjugal.
 - comportamentais: atividade física e consumo de álcool.
 - relacionadas à saúde: auto-percepção de saúde, depressão, qualidade do sono e morbidade crônica auto-referida (diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares, asma, DPOC e câncer).

6. HIPÓTESES

- A prevalência de tabagismo atual entre os adultos da zona rural de Pelotas será de aproximadamente 20%.
- A maior parte dos fumantes terá iniciado o tabagismo durante a adolescência (entre 10 e 19 anos de idade), a duração média do consumo será de aproximadamente 20 anos e a intensidade média habitual de consumo será superior a 10 cigarros por dia.
- O produto do tabaco mais utilizado será o industrializado, vendido em maços.
- A maior parte dos tabagistas apresentará um grau de dependência de nicotina baixo ou muito baixo (< 5 pontos no FTND).
- A prevalência de tabagismo na zona rural de Pelotas, RS, será maior em:
 - adultos com menor nível socioeconômico; menos escolarizados; fumicultores; do sexo masculino; com idades entre 40 e 49 anos; de cor da pele não branca; entre os divorciados/separados ou viúvos.
 - insuficientemente ativos e com consumo abusivo de álcool.
 - adultos com pior percepção de saúde; que apresentem *screening* positivo para episódio depressivo maior; com má qualidade do sono; e entre aqueles com alguma doença crônica não transmissível.

7. METODOLOGIA

7.1. Delineamento

Será conduzido um estudo do tipo transversal de base populacional, realizado sob a forma de consórcio de pesquisa.

7.2. Justificativa para o delineamento do estudo

O delineamento escolhido é o mais adequado para estimar a prevalência de tabagismo entre adultos da zona rural de Pelotas, RS, e possibilita, também, investigar a presença de exposições relacionadas ao evento de interesse. Tem sido uma metodologia amplamente utilizada para realizar diagnósticos de situações de saúde e, consequentemente, para planejamento de ações em saúde, uma vez que possui alto poder descritivo. Ainda, possui agilidade em sua realização e relativo baixo custo, quando comparado com outros delineamentos.

7.3. População-alvo

A população alvo deste estudo será constituída por adultos de 18 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na zona rural de Pelotas, RS.

A população da zona rural de Pelotas representa 6,7% do total do município, com 22.043 habitantes, sendo 51,4% homens, segundo informações do Censo de 2010 (IBGE, 2010). A zona rural é composta por 8 distritos: Cascata (3.074 habitantes), Cerrito Alegre (3.075 habitantes), Colônia Z3 (3.165 habitantes), Monte Bonito (3.201 habitantes), Rincão da Cruz (1.970 habitantes), Quilombo (2.649 habitantes), Santa Silvana (2.443 habitantes) e Triunfo (2.466 habitantes) (Figura 3), os quais são divididos em 50 setores censitários (IBGE, 2010).

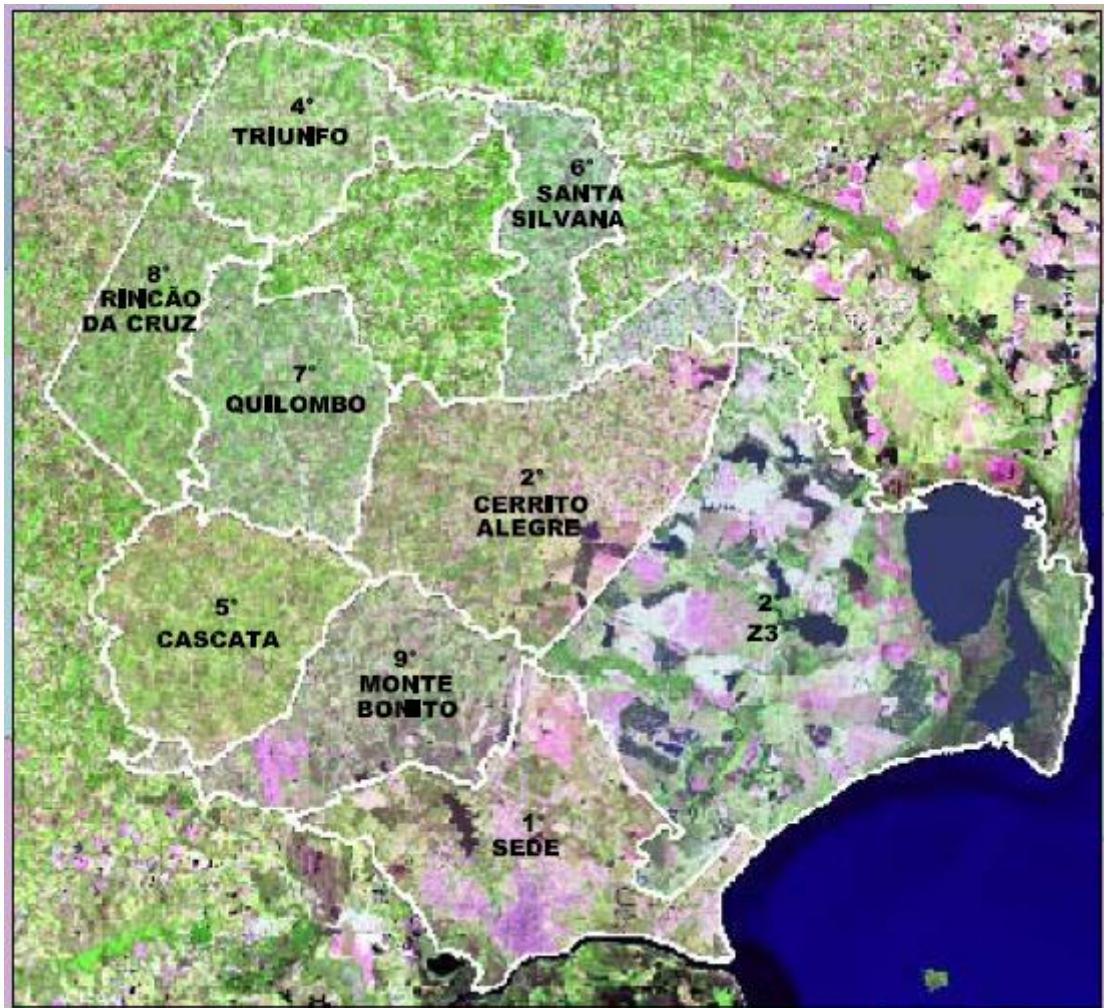


Figura 3. Divisão distrital Pelotas/RS

Fonte: IBGE, 2010.

7.4. Critérios de elegibilidade

7.4.1. Critérios de inclusão

Ter 18 anos ou mais e ser considerado morador da zona rural de Pelotas, RS, no ano de 2016.

Considerar-se-á como morador a pessoa que tiver o domicílio habitual de residência localizado na zona rural de Pelotas e que, na data de referência, estiver presente ou ausente por período não superior a 12 meses, por motivos de viagem, internação, detenção e trabalho (IBGE, 2010).

Indivíduos elegíveis que estiverem hospitalizados por ocasião da visita serão procurados novamente antes da equipe de campo concluir a coleta de dados naquele distrito.

7.4.2. Critérios de exclusão

Serão excluídos indivíduos institucionalizados (casas geriátricas, hospitais e presídios); e indivíduos com incapacidade física ou mental ou que não falem português, que os impeça de responder o questionário e que não tenham um cuidador que possa responder por eles.

7.5. Definição operacional das variáveis

7.5.1. Definição operacional do desfecho

Tabagismo:

Serão considerados tabagistas (fumantes atuais) indivíduos que fumam um ou mais cigarros por dia há pelo menos um mês. Aqueles que declararem ter parado de fumar há menos de um mês serão considerados fumantes atuais.

Serão classificados como ex-fumantes somente aqueles que deixaram de fumar há mais de um mês. Serão descritos também, o grau de dependência de nicotina entre os tabagistas, os produtos do tabaco mais utilizados, a duração do vício e o número médio de cigarros fumados por dia (carga tabágica – “pack years”). Para calcular o “pack years” (número de maços-ano) será levado em conta o número médio de cigarros fumados por dia e a quantidade de anos que a pessoa fuma/fumou, bem como períodos de interrupção, quando aplicável.

A dependência de nicotina será analisada utilizando-se a versão em português do FTND (CARMO; PUEYO, 2002) (Apêndice 1). Cada resposta do entrevistado ao teste receberá uma pontuação pré-estabelecida. Ao final a pontuação será somada, obtendo-se um escore que indica o grau de dependência nicotínica, sendo: 0-2 pontos = muito baixo; 3-4 pontos = baixo; 5 pontos = médio; 6-7 pontos = elevado; 8-10 pontos = muito elevado.

7.5.2. Definição das variáveis independentes

No Quadro 3 estão as variáveis independentes na forma como serão coletadas.

Quadro 3. Variáveis independentes

Variável	Tipo de variável	Definição
Variáveis sociodemográficas		
Sexo¹	Categórica dicotômica	Masculino / Feminino
Cor da pele²	Categórica nominal	Branca / Preta / Amarela / Indígena / Parda ou outra
Idade³	Numérica discreta	Anos completos
Situação conjugal³	Categórica nominal	Casado ou com companheiro / solteiro ou sem companheiro / divorciado ou viúvo
Nível socioeconômico³	Categórica ordinal	A / B / C / D / E
Escolaridade³	Numérica discreta	Anos completos de estudo
Tipo de cultivo³	Categórica dicotômica	Fumicultor atualmente (sim / não)
Variáveis comportamentais		
Atividade física³	Numérica discreta	Questionário GPAQ ^a (≥ 150 minutos de atividade física moderada a vigorosa na semana ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana será considerado fisicamente ativo)
Consumo abusivo álcool (consumo de risco)³	Categórica ordinal	Questionário AUDIT ^b (≥ 8 pontos será considerado consumo de risco)
Variáveis relacionadas à saúde		
Screening positivo para episódio depressivo maior³	Categórica ordinal	Questionário EPDS ^c (≥ 8 pontos será considerado positivo para episódio depressivo maior)
Qualidade do sono³	Categórica ordinal	Questionário MSQ ^d (≥ 25 pontos será considerada má qualidade do sono)
Auto-percepção de saúde³	Categórica ordinal	Excelente, muito boa, boa, regular, ruim
Morbidade crônica auto-referida³	Categórica dicotômica	Se algum médico ou profissional da saúde já disse que o entrevistado tem a doença em questão (sim ou não).

¹observado pela entrevistadora; ²referido pelo entrevistado e observado pela entrevistadora;

³referida pelo entrevistado; ^aGPAQ: *Global Physical Activity Questionnaire*; ^bAUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*; ^cEPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; ^dMSQ: *Mini Sleep Questionnaire*

7.6. Cálculos de tamanho de amostra

7.6.1. Cálculo para estudo da prevalência do desfecho

Os cálculos para o tamanho de amostra foram realizados para que se tenha um tamanho de amostra suficiente para o estudo de prevalência. Devido às diversas formas de definição operacional de “tabagismo” adotadas na literatura e, dessa maneira, à grande variabilidade de prevalências, será considerada a prevalência mais próxima do que se tem encontrado nos estudos realizados com adultos em Pelotas (20%) (DIAS-DAMÉ; CESAR; SILVA, 2011) que utilizaram o mesmo critério para a definição de “tabagismo” que será adotada no presente estudo, ainda que nenhum estudo tenha sido conduzido na zona rural do município. Considerar-se-á um efeito de delineamento de 2,0 e uma margem de erro de três pontos percentuais (Quadro 4).

Quadro 4. Cálculo do tamanho de amostra para estudo de prevalência de tabagismo.

Prevalência	Significância	Erro (pp)	DEFF	Total	Total + 10%
15%	5%	2,0	2,0	2.320	2.552
15%	5%	3,0	2,0	1.063	1.170
15%	5%	4,0	2,0	604	665
20%	5%	2,0	2,0	2.873	3.161
20%	5%	3,0	2,0	1.325	1.458
20%	5%	4,0	2,0	756	832
25%	5%	2,0	2,0	3.330	3.663
25%	5%	3,0	2,0	1545	1.700
25%	5%	4,0	2,0	883	972
30%	5%	2,0	2,0	3.695	4.065
30%	5%	3,0	2,0	1.723	1.896
30%	5%	4,0	2,0	986	1.085

7.6.2. Cálculo para fatores associados

Além do estudo descritivo de prevalência, torna-se importante que sejam evidenciadas algumas diferenças entre grupos populacionais. Para tal, o Quadro 5 apresenta cálculos de tamanhos de amostra para o estudo de associações entre a variável desfecho e as variáveis de exposição. Dessa forma, para a determinação do tamanho de amostra necessário para o estudo, foram adotados nível de confiança de 95% e poder de 80%.

No estudo de associações, além do aumento de 10% para perdas e recusas, a amostra final foi inflacionada em 15%, para controle de possíveis fatores de confusão.

Quadro 5. Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados ao tabagismo.

Variáveis de exposição	Significância	Poder	Razão não exp:exp	Prev. não exp	RR (prev.exp:prev n exp)	Total + 10%	Total + 10% + 15%
Sexo Não exposto: feminino	5%	80%	51%:49% = 1,04	18%	25%:18% = 1,4	1.130 + 10% = 1.243	1.413
Idade Não exposto: 60 anos ou mais	5%	80%	23%:77% = 0,29	14%	29%:14% = 2,1	387 + 10% = 426	485
Nível socioeconômico Não exposto: A e B	5%	80%	30%:70% = 0,43	15%	25%:15% = 1,7	604 + 10% = 665	756
Situação conjugal Não exposto: solteiro/sem companheiro	5%	80%	61%:39% = 1,56	12%	20%:12% = 1,7	721 + 10% = 794	902
Escolaridade Não exposto: igual ou maior que 12 anos	5%	80%	10%:90% = 0,11	13%	25%:13% = 1,92	1.082 + 10% = 1.191	1.353
Cor da pele Não exposto: cor da pele branca	5%	80%	81%:19% = 4,26	23%	32%:23% = 1,39	1.389 + 10% = 1.528	1.737
Tipo de cultivo Não exposto: não fumicultor	5%	80%	30%:70% = 0,43	10%	20%:10% = 2,0	539 + 10% = 593	674
Atividade física Não exposto: ativo	5%	80%	52%:48% = 1,08	18%	26%:18% = 1,4	916 + 10% = 1.008	1.146
Consumo de álcool Não exposto: consumo não abusivo	5%	80%	86%:14% = 0,16	10%	29%:10% = 2,9	974 + 10% = 1.072	1.331
Qualidade do sono Não exposto: boa qualidade do sono	5%	80%	70%:30% = 2,3	18%	25%:18% = 2,0	1.313 + 10% = 1445	1.642
Auto-percepção de saúde Não exposto: excelente/muito boa	5%	80%	25%:75% = 3,0	15%	26%:15% = 1,7	691 + 10% = 760	864
Depressão Não exposto: sem depressão	5%	80%	90%:10% = 9,0	18%	29%:18% = 1,6	1.309 + 10% = 1.440	1.637
Morbidade auto-referida Não exposto: sem morbidades	5%	80%	76%:24% = 0,31	20%	28%:20% = 1,4	1.313 + 10% = 1.445	1.641

7.7. Seleção da amostra

7.7.1. Processo de amostragem

O processo de amostragem será realizado em dois estágios, tendo os setores censitários delimitados pelo IBGE (áreas compostas por aproximadamente 300 domicílios cada) como unidades amostrais primárias e, como unidades amostrais secundárias, os domicílios. Dentre os 50 setores que compõem a zona rural de Pelotas, cinco foram excluídos do sorteio por serem setores reduzidos. Os 45 setores restantes foram listados de acordo com a ordem do IBGE e selecionados aleatoriamente 24, com probabilidade proporcional ao tamanho. Serão amostrados 38 domicílios, sistematicamente, em cada setor, para minimizar o efeito de delineamento. Nos domicílios, todos os moradores elegíveis, considerando os critérios de inclusão e exclusão, serão convidados a participar do estudo. Considerou-se uma média de 2,4 adultos por domicílio (de acordo com o número de indivíduos adultos e o número de domicílios dos setores da zona rural) e, portanto, estima-se que 750 domicílios terão de ser visitados, a fim de atingir a amostra prevista de 1.800 indivíduos. Maiores detalhes serão definidos posteriormente.

7.7.2. Aspectos logísticos e trabalho de campo

Posteriormente à definição do processo de amostragem inicia-se a organização para o trabalho de campo, no qual cada mestrando compõe pelo menos uma comissão, de forma que todos sejam responsáveis por determinadas atribuições no trabalho em equipe. As comissões do consórcio de pesquisa, nas quais os mestrandos atuam, são: elaboração do questionário e manual de instruções, amostragem e banco de dados, logística, divulgação, finanças, elaboração do projeto final e elaboração do relatório de trabalho de campo.

Anteriormente ao início do trabalho de campo será realizado um estudo piloto em outra comunidade rural. A comunidade escolhida para o estudo piloto foi o Arroio do Padre, já que é um local que já fez parte da zona rural de Pelotas e se emancipou há dezenove anos e, portanto, possui características muito semelhantes

às que serão de fato observadas na zona rural de Pelotas. Também, antes do trabalho de campo, haverá um grande trabalho de divulgação da realização da pesquisa, procurando-se contatar as principais lideranças de cada distrito para que informem a comunidade e alertem sobre a importância da participação no estudo, já que é comum que em localidades rurais existam os líderes da comunidade ou pessoas bastante influentes, as quais poderão ser muito importantes nesse processo de divulgação.

Entrevistadoras serão contratadas e submetidas a treinamento no qual, entre outros assuntos, será abordado todo o questionário do consórcio e a maneira como cada pergunta deverá ser formulada. Para o trabalho de campo, as entrevistadoras terão disponível um manual de instruções, que irá conter informações específicas sobre cada questão.

No momento da visita da entrevistadora, caso algum indivíduo elegível não esteja presente, poderá ser agendado outro horário para o retorno naquele domicílio. Caso haja alguma recusa quanto à participação no estudo, serão realizadas mais duas tentativas pela entrevistadora. Não havendo reversão da decisão, será feita uma última tentativa pelo mestrando responsável por aquele setor.

Para a coleta dos dados, serão utilizados *netbooks*, onde os questionários serão inseridos por meio de programação em plataforma eletrônica. As informações coletadas serão descarregadas diretamente no banco de dados. Maiores detalhes sobre a logística do trabalho de campo serão definidos posteriormente.

7.8. Instrumento de pesquisa

As questões que abordam tabagismo e dependência de nicotina fazem parte de um dos blocos de questões do questionário geral (Apêndice 1). As características socioeconômicas e demográficas, a presença de doenças crônicas e a percepção de saúde auto-referidas também fazem parte do bloco geral e são comuns a todos os mestrandos. Ainda que sejam objetos de estudos de outros mestrandos, as questões sobre prática de atividade física, consumo de álcool, distúrbios do sono e depressão também farão parte do bloco geral.

7.9. Análise de dados

A análise dos dados será realizada no programa estatístico STATA versão 14.0. Primeiramente, será realizada uma análise descritiva do desfecho e das variáveis independentes para caracterização da amostra. Posteriormente será calculada a prevalência de tabagismo com o respectivo intervalo de confiança de 95%, conforme as variáveis independentes. Nas análises com variáveis categóricas será realizado o teste qui quadrado de heterogeneidade e, quando possível, o teste de tendência linear. Para diferenças entre médias, será usado o teste t.

Será realizada análise multivariável para as associações entre o desfecho e as variáveis independentes. Serão calculadas as razões de prevalências brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança 95%, utilizando-se a Regressão de Poisson com ajuste para variância robusta. No modelo multivariável serão incluídas todas as variáveis independentes e serão mantidas no modelo final as que apresentarem valor-p <0,20. Todas as análises levarão em conta o conglomerado natural dos dados, decorrente do fato de todos os membros adultos da família serem incluídos no estudo.

8. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto final, o qual incluirá itens dos projetos de todos os mestrandos, será submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Antes de realizar a entrevista, a entrevistadora fará uma explicação geral do estudo, dará esclarecimentos de possíveis dúvidas e, somente após o consentimento verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário poderá ser aplicado. Os princípios éticos estarão assegurados mediante: sigilo absoluto dos dados informados, uma via do TCLE fornecida ao participante e garantia do direito de se recusar a participar da pesquisa. Ainda, se possível, haverá encaminhamento dos problemas de saúde, eventualmente identificados, a atendimento nos serviços de saúde.

9. CONTROLE DE QUALIDADE

A qualidade dos dados coletados será avaliada pelos supervisores do trabalho de campo (mestrando do consórcio de pesquisa 2015/2016), através de uma nova visita ou por meio de ligações telefônicas a 10% dos domicílios que compõem a amostra, escolhidos aleatoriamente. Será aplicado um questionário reduzido, para a confirmação da veracidade da entrevista, além de verificar possíveis erros ou problemas de preenchimento do questionário. Para avaliar a concordância entre as questões será utilizada a estatística Kappa.

10. FINANCIAMENTO

Este estudo faz parte do consórcio do Mestrado em Epidemiologia 2015-2016, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, e será financiado por meio do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, se necessário, uma parte pelos mestrando.

11. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados por meio de um volume final de dissertação, um artigo a ser publicado em periódico científico indexado, um resumo com os principais resultados a ser divulgado em nota para a imprensa, summarizando os principais resultados do estudo, e ainda, um folder ilustrativo com os resultados gerais da pesquisa, a ser entregue aos participantes após o término do consórcio.

12. CRONOGRAMA

13. VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO PROJETO

13.1. Vantagens

- Primeiro estudo que pretende avaliar a prevalência de tabagismo na zona rural de Pelotas;
- Possibilidade de se estudar a relação entre o tabagismo e variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde;
- Possibilidade de se investigar a intensidade do vício tabágico entre os moradores da zona rural, bem como seus graus de dependência de nicotina e os produtos do tabaco que mais utilizam;
- Estudo de base populacional, com amostra representativa da população rural de Pelotas e com alto rigor metodológico;
- Levantamento de informações que poderão ser úteis para subsidiar políticas públicas específicas para essa população rural;
- Possibilidade de posterior comparação com dados da zona urbana da cidade e análises de tendência com outros estudos que venham a ser realizados futuramente na zona rural de Pelotas.

13.2. Limitações

- O delineamento transversal impede que sejam realizadas inferências causais entre as variáveis de exposição e o desfecho;
- Aspectos logísticos mais complicados e custos financeiros possivelmente superiores aos empregados em estudos realizados em áreas urbanas;
- Número de questões limitadas por Mestrando no questionário, devido ao sistema de consórcio, impede que seja realizada uma análise ainda mais profunda do desfecho.

Referências

- ABREU, M. N.; SOUZA, C. F.; CAIAFFA, W. T. [Smoking among adolescents and young adults in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: the influence of family setting and social group]. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 5, p. 935-43, May 2011.
- ALAM, A. Y. et al. Investigating socio-economic-demographic determinants of tobacco use in Rawalpindi, Pakistan. **BMC Public Health**, v. 8, p. 50, 2008.
- ALI, S. et al. Knowledge and practices regarding cigarette smoking among adult women in a rural district of Sindh, Pakistan. **J Pak Med Assoc**, v. 58, n. 12, p. 664-7, Dec 2008.
- ALI, S.; SATHIAKUMAR, N.; DELZELL, E. Prevalence and socio-demographic factors associated with tobacco smoking among adult males in rural Sindh, Pakistan. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**, v. 37, n. 5, p. 1054-60, Sep 2006.
- ALMEIDA, L. et al. Global Adult Tobacco Survey data as a tool to monitor the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) implementation: the Brazilian case. **Int J Environ Res Public Health**, v. 9, n. 7, p. 2520-36, Jul 2012.
- ARAUJO, C. et al. Manufactured and hand-rolled cigarettes and smokeless tobacco consumption in Mozambique: regional differences at early stages of the tobacco epidemic. **Drug Alcohol Depend**, v. 119, n. 3, p. e58-65, Dec 15 2011.
- ARINAMI, T.; ISHIGURO, H.; ONAIVI, E. S. Polymorphisms in genes involved in neurotransmission in relation to smoking. **Eur J Pharmacol**, v. 410, n. 2-3, p. 215-226, Dec 27 2000.
- APELBERG, B.; AGHI, M.; ASMA, S.; DONALDSON, E.; YEONG, C.C.; VAITHINATHAN, R. Prevalence of tobacco use and factors influencing initiation and maintenance among women. In: Samet JM, Soon-Young Y, editors. Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization, p. 29-50, 2010
- BARROS, A. J. et al. [Tobacco smoking in Brazil: regional inequalities and prevalence according to occupational characteristics]. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 9, p. 3707-16, Sep 2011.
- BELL, R. A. et al. Use of tobacco products among rural older adults: prevalence of ever use and cumulative lifetime use. **Addict Behav**, v. 34, n. 8, p. 662-7, Aug 2009.

BENJAKUL, S. et al. Current manufactured cigarette smoking and roll-your-own cigarette smoking in Thailand: findings from the 2009 Global Adult Tobacco Survey. **BMC Public Health**, v. 13, p. 277, 2013.

BERRAHO, M. et al. Burden of smoking in Moroccan rural areas. **East Mediterr Health J**, v. 16, n. 6, p. 677-83, Jun 2010.

BERTO, S.J.P.; CARVALHAES, M.A.B.L.; MOURA, E.C. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.8, p-1573-1582, Ago, 2010.

BHAWNA, G. Burden of smoked and smokeless tobacco consumption in India - results from the Global adult Tobacco Survey India (GATS-India)- 2009-201. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 14, n. 5, p. 3323-9, 2013.

BLACK, D. W.; ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W. H. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. **Ann Clin Psychiatry**, v. 11, n. 3, p. 129-36, Sep 1999.

BLECHER, E. et al. Market structures, socioeconomics, and tobacco usage patterns in Madagascar. **Nicotine Tob Res**, v. 16 Suppl 1, p. S56-64, Jan 2014.

BOZKURT, A. I. et al. Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South-east Anatolian Project (SEAP) region in Turkey. **BMC Public Health**, v. 6, p. 15, 2006.

BROOK, D. W. et al. Developmental trajectories of cigarette smoking from adolescence to the early thirties: personality and behavioral risk factors. **Nicotine Tob Res**, v. 10, n. 8, p. 1283-91, Aug 2008.

BRASIL. **Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 - 1997)**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>. Acesso em: 15/08/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). **Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; Coordenação de Elaboração Tânia Cavalcante. Rio de Janeiro: Inca, 2012. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CAI, L. et al. Multilevel analysis of the determinants of smoking and second-hand smoke exposure in a tobacco-cultivating rural area of southwest China. **Tob Control**, v. 22 Suppl 2, p. ii16-20, Sep 2013.
- CAI, L. et al. Patterns and socioeconomic influences of tobacco exposure in tobacco cultivating rural areas of Yunnan Province, China. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 842, 2012.
- CAPILHEIRA, M. F. et al. Risk factors for chronic non-communicable diseases and the CARMEN Initiative: a population-based study in the South of Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 12, p. 2767-74, Dec 2008.
- CARMO, J.; PUEYO A. Adaptation into portuguese for the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) to evaluate the dependence and tolerance for nicotine in brazilian smokers. **Rev Bras Med**, v. 59, n. 1/2, p. 73-80, 2002.
- CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. . **Rev Psiquiatr Clin.**, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.
- CHEAH, Y. K.; NAIDU, B. M. Exploring factors influencing smoking behaviour in Malaysia. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 13, n. 4, p. 1125-30, 2012.
- CHOCKALINGAM, K. et al. Prevalence of tobacco use in urban, semi urban and rural areas in and around Chennai City, India. **PLoS One**, v. 8, n. 10, p. e76005, 2013.
- CHOWDHURY, K. et al. Sociodemographic characteristics of tobacco consumers in a rural area of Bangladesh. **J Health Popul Nutr**, v. 25, n. 4, p. 456-64, Dec 2007.
- CORSI, D. J. et al. Tobacco use, smoking quit rates, and socioeconomic patterning among men and women: a cross-sectional survey in rural Andhra Pradesh, India. **Eur J Prev Cardiol**, v. 21, n. 10, p. 1308-18, Oct 2014.
- COSTA, J. S. et al. [Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study]. **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 2, p. 284-91, Apr 2004.
- DE SILVA, V.; SAMARASINGHE, D.; GUNAWARDENA, N. Alcohol and tobacco use among males in two districts in Sri Lanka. **Ceylon Med J**, v. 54, n. 4, p. 119-24, Dec 2009.
- DI CESARE, M. et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. **Lancet**, v. 381, n. 9866, p. 585-97, Feb 16 2013.

DIAS-DAME, J. L.; CESAR, J. A.; SILVA, S. M. [Time trends in smoking in an urban population: a population-based study in Southern Brazil]. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 11, p. 2166-74, Nov 2011.

DOESCHER, M. P. et al. Prevalence and trends in smoking: a national rural study. **J Rural Health**, v. 22, n. 2, p. 112-8, Spring 2006.

DOLL, R.; HILL, A. B. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. **Br Med J**, v. 2, n. 4682, p. 739-48, Sep 30 1950.

DÓREA, A.J.P.; BOTELHO, C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. In: ARAÚJO, A. J. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. Pneumol.** São Paulo, v. 30, supl. 2, p.41-46, Aug. 2004.

ELIHIMAS JUNIOR, U. F. et al. Smoking as risk factor for chronic kidney disease: systematic review. **J Bras Nefrol**, v. 36, n. 4, p. 519-28, Oct-Dec 2014.

ERIKSEN, M.; MACKAY, J.; SCHLUGER, N. et al. The tobacco atlas, 5th edn. American Cancer Society, 2015.

EYSENCK, H.J. The biological basis of personality. Springfield: CC Thomas; 1967.

FELISBINO-MENDES, M. S. et al. [Cardiovascular risk factor assessment in a rural Brazilian population]. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 6, p. 1183-94, Jun 2014.

FLANDERS, W. D. et al. Lung cancer mortality in relation to age, duration of smoking, and daily cigarette consumption: results from Cancer Prevention Study II. **Cancer Res**, v. 63, n. 19, p. 6556-62, Oct 1 2003.

FLORA, M. S.; MASCIE-TAYLOR, C. G.; RAHMAN, M. Gender and locality differences in tobacco prevalence among adult Bangladeshis. **Tob Control**, v. 18, n. 6, p. 445-50, Dec 2009.

GIOVINO, G. A. et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. **Lancet**, v. 380, n. 9842, p. 668-79, Aug 18 2012.

HANIFI, S. M.; MAHMOOD, S. S.; BHUIYA, A. Smoking has declined but not for all: findings from a study in a rural area of Bangladesh. **Asia Pac J Public Health**, v. 23, n. 5, p. 662-71, Sep 2011.

HEATHERTON, T. F. et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **Br J Addict**, v. 86, n. 9, p. 1119-27, Sep 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Rio de Janeiro: Intituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)^b. **Produção Agrícola Municipal 2013.** Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer.** Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

JINDAL, S. K. et al. Tobacco smoking in India: prevalence, quit-rates and respiratory morbidity. **Indian J Chest Dis Allied Sci**, v. 48, n. 1, p. 37-42, Jan-Mar 2006.

JOHN, U. et al. The Fagerstrom test for nicotine dependence in two adult population samples-potential influence of lifetime amount of tobacco smoked on the degree of dependence. **Drug Alcohol Depend**, v. 71, n. 1, p. 1-6, Jul 2003.

KAMAL, S. M.; ISLAM, M. A.; RAIHAN, M. A. Differentials of tobacco consumption and its effect on illicit drug use in rural men in Bangladesh. **Asia Pac J Public Health**, v. 23, n. 3, p. 349-62, May 2011.

KATULANDA, P. et al. Prevalence and correlates of tobacco smoking in Sri Lanka. **Asia Pac J Public Health**, v. 23, n. 6, p. 861-9, Nov 2011.

KAUR, P. et al. High prevalence of tobacco use, alcohol use and overweight in a rural population in Tamil Nadu, India. **J Postgrad Med**, v. 57, n. 1, p. 9-15, Jan-Mar 2011.

KIM, S. J. et al. Do early onset and pack-years of smoking increase risk of type II diabetes? **BMC Public Health**, v. 14, p. 178, 2014.

KIRCHENCTEJN, C.; CHATKIN, J.M. Dependência de nicotina. In: ARAÚJO, A. J. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. Pneumol.** São Paulo, v. 30, supl. 2, p.11-18, Aug. 2004.

LEVY, D.; DE ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. **PLoS Med**, v. 9, n. 11, p. e1001336, 2012.

- LI, F. X. et al. Smoking frequency, prevalence and trends, and their socio-demographic associations in Alberta, Canada. **Can J Public Health**, v. 100, n. 6, p. 453-8, Nov-Dec 2009.
- LIM, H. K. et al. Epidemiology of smoking among Malaysian adult males: prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v. 13, p. 8, 2013.
- LO, T. Q. et al. Alcohol use, drunkenness and tobacco smoking in rural western Kenya. **Trop Med Int Health**, v. 18, n. 4, p. 506-15, Apr 2013.
- MA, X. et al. Smoking and psychiatric disorders in the rural and urban regions of Beijing, China: a community-based survey. **Drug Alcohol Depend**, v. 100, n. 1-2, p. 146-52, Feb 1 2009.
- MICROBBIE, H. et al. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 12, p. CD010216, 2014.
- MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T.O.; LUZ, M. et al. Smoking trend indicators in Brazilian capitals, 2006-2013. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 3, p. 631-40, Mar 2015.
- MALTA, D.C.; OLIVEIRA, T.O.; VIEIRA, M.L. et al. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol Serv Saude**, v.24, n.2, p.239-248, Abr-Jun 2015.
- MARCOPITO, L. F. et al. Exposition to smoking and attitudes: comparison between inquiries applied to adult population in São Paulo City, 1987 and 2002. **Arq Bras Cardiol**, v. 89, n. 5, p. 301-8, 333-40, Nov 2007.
- MARTINELLI, P. M. et al. Smoking in adults in the municipality of Rio Branco, Acre, Brazil: a population-based study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 989-1000, 2014.
- MEIRELLES, R.E.S.; GONÇALVES, C.M.C. Abordagem cognitivo comportamental do fumante. In: ARAÚJO, A. J. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. Pneumol.** São Paulo, v. 30, supl. 2, p.30-35, Aug. 2004.
- MENDOZA-SASSI, R.; BERIA, J. U. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 19, n. 5, p. 1257-66, Sep-Oct 2003.
- MENEZES, A. M. B.; HALLAL, P.C. Tabagismo. In: PLATINO: Projeto Latino-Americano de investigação em Obstrução Pulmonar. Associação Latino-Americana de Tórax (ALAT), 2006 p.79-91. Disponível em: http://www.platino-alat.org/docs/livro_platino_pt.pdf. Acesso em: 30/08/2015.

MENEZES, A. M. et al. [Smoking prevalence in the 1982 birth cohort: from adolescence to adult life, Pelotas, Southern Brazil]. **Rev Saude Publica**, v. 42 Suppl 2, p. 78-85, Dec 2008.

MENEZES, A. M.; VICTORA, C. G.; RIGATTO, M. Chronic bronchitis and the type of cigarette smoked. **Int J Epidemiol**, v. 24, n. 1, p. 95-9, Feb 1995.

MERCADO COMÚN DEL SUR. Primer reporte de vigilância de enfermedades no transmisibles (ENT): situación epidemiológica de las ENT y lesiones en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Buenos Aires: Mercado Común del Sur; 2011.

MICO, J.A., et al. Neurobiologia de la addiction a la nicotina. **Prevencion del tabaquismo**, v. 130, p.28-40, 2000

MONTEIRO, C. A. et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). **Bull World Health Organ**, v. 85, n. 7, p. 527-34, Jul 2007.

MOTTA, J. V. et al. Social mobility and smoking: a systematic review. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 5, p. 1515-20, May 2015.

MUNIZ, L. C. et al. Accumulated behavioral risk factors for cardiovascular diseases in Southern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 3, p. 534-42, Jun 2012.

PADRAO, P. et al. Tobacco consumption in Mozambique: use of distinct types of tobacco across urban and rural settings. **Nicotine Tob Res**, v. 15, n. 1, p. 199-205, Jan 2013.

PADRAO, P. et al. Association between tobacco consumption and alcohol, vegetable and fruit intake across urban and rural areas in Mozambique. **J Epidemiol Community Health**, v. 65, n. 5, p. 445-53, May 2011.

PANASIUK, L. et al. Prevalence of cigarette smoking among adult population in eastern Poland. **Ann Agric Environ Med**, v. 17, n. 1, p. 133-8, Jun 2010.

PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O.; LIMA-COSTA, M. F. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambui Health and Aging Study). **Rev Saude Publica**, v. 39, n. 5, p. 746-53, Oct 2005.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, Jun 2015.

QIAN, J. et al. Trends in smoking and quitting in China from 1993 to 2003: National Health Service Survey data. **Bull World Health Organ**, v. 88, n. 10, p. 769-76, Oct 1 2010.

REDA, A. A.; KOTZ, D.; BIADGILIGN, S. Adult tobacco use practice and its correlates in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. **Harm Reduct J**, v. 10, p. 28, 2013.

RONDINA, R.C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **J Bras Pneumol**, v. 33, p.592-601, 2007.

ROSEMBERG, J. Nicotina: Droga Universal. São Paulo: SES/CVE, 2003. 174 p. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/nicotina.pdf. Acesso em: 30/08/2015.

SANT'ANNA, C.C.; ARAÚJO, A.J.; ORFALIAIS, C.S. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. In: ARAÚJO, A. J. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. Pneumol.** São Paulo, v. 30, supl. 2, p.47-54, Aug. 2004.

SILVA, S. T. et al. [Combating smoking in Brazil: the strategic importance of government actions]. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 2, p. 539-52, Feb 2014.

SINDITABACO. Dimensão do setor. 2010. Disponível em: <<http://www.sinditabaco.com.br/?link=setor.dimensao>>. Acesso em: 08/07/2015.

SINGH, A.; LADUSINGH, L. Prevalence and determinants of tobacco use in India: evidence from recent Global Adult Tobacco Survey data. **PLoS One**, v. 9, n. 12, p. e114073, 2014.

SREERAMAREDDY, C. T. et al. Prevalence, distribution and correlates of tobacco smoking and chewing in Nepal: a secondary data analysis of Nepal Demographic and Health Survey-2006. **Subst Abuse Treat Prev Policy**, v. 6, p. 33, 2011.

SZKLO, A. S. et al. [Smoking of non-cigarette tobacco products by students in three Brazilian cities: should we be worried?]. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 11, p. 2271-5, Nov 2011.

USMANOVA, G. et al. Patterns of adult tobacco use in Uzbekistan. **Eur J Public Health**, v. 22, n. 5, p. 704-7, Oct 2012.

VANDER WEG, M. W. et al. Tobacco use and exposure in rural areas: Findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. **Addict Behav**, v. 36, n. 3, p. 231-6, Mar 2011.

VOLZKE, H. et al. Urban-rural disparities in smoking behaviour in Germany. **BMC Public Health**, v. 6, p. 146, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases** 2010, Geneva: WHO; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco.** Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1. Acesso em: 30/08/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013.** Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf?ua=1. Acesso em: 10/07/15.

WLODARCZYK, A. et al. Daily tobacco smoking patterns in rural and urban areas of Poland--the results of the GATS study. **Ann Agric Environ Med**, v. 20, n. 3, p. 588-94, 2013.

YANG, T. et al. Smoking patterns and sociodemographic factors associated with tobacco use among Chinese rural male residents: a descriptive analysis. **BMC Public Health**, v. 8, p. 248, 2008.

YUN, E. H. et al. The role of social support and social networks in smoking behavior among middle and older aged people in rural areas of South Korea: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 10, p. 78, 2010.

ZHOU, X. et al. A comparative survey on alcohol and tobacco use in urban and rural populations in the Huaihua District of Hunan Province, China. **Alcohol**, v. 39, n. 2, p. 87-96, Jun 2006.

Apêndice

Apêndice A: Instrumento de Pesquisa

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO DE CIGARROS OU DE OUTROS PRODUTOS DO TABACO QUE SÃO FUMADOS, TAIS COMO CACHIMBO E CHARUTOS. POR FAVOR, NÃO RESPONDA SOBRE OUTROS PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO FAZEM FUMAÇA COMO RAPÉ E FUMO PARA MASCAR.

A1) O(A) SR.(A) FUMA OU JÁ FUMOU?

- (0) Não, nunca fumou → *Pule para a questão A13*
- (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) → *Pule para a questão A3*
- (2) Já fumou, mas parou de fumar → *SIGA para a questão A2*
- (9) IGN

A2) HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE FUMAR?

____ anos ____ meses (8) NSA (9) IGN

A3) COM QUE IDADE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR?

____ anos
(8) NSA
(9) IGN

A4) EM MÉDIA, NO TEMPO TODO EM QUE O(A) SR.(A) FUMA / FUMOU, QUANTOS CIGARROS POR DIA O(A) SR.(A) FUMA / FUMAVA?

____ cigarros (8) NSA (9) IGN

A5) DESDE QUE O SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, POR QUANTO TEMPO NO TOTAL O SR.(A) PAROU DE FUMAR?

(0) nunca parou de fumar
____ dias
____ meses
____ anos
(8) NSA
(9) IGN

A6) QUE TIPO DE PRODUTO DO TABACO O SR.(A) FUMA / FUMAVA?

(Marque a(s) opção(ões). Se for "outro", especifique).

- (1) Cigarro industrializado (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- (2) Cigarro de palha enrolado à mão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- (3) Cigarro de papel enrolado à mão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- (4) Outro _____

A7) DESDE QUE O SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUAL O PRODUTO DO TABACO QUE O SR.(A) MAIS TEM FUMADO / FUMOU? (Marque apenas uma opção. Se for “outro”, especifique).

- (1) Cigarro industrializado com filtro
- (2) Cigarro industrializado sem filtro
- (3) Cigarro de palha enrolado à mão
- (4) Cigarro de papel enrolado à mão
- (5) Outro _____
- (8) NSA
- (9) IGN

A8) QUANTO TEMPO APÓS ACORDAR O(A) SR.(A) FUMA O SEU PRIMEIRO CIGARRO?

- (3) Dentro de 5 minutos
- (2) Entre 6 e 30 minutos
- (1) Entre 31 e 60 minutos
- (0) Após 60 minutos
- (88) NSA
- (99) IGN

A9) O(A) SR.(A) ACHA DIFÍCIL NÃO FUMAR EM LOCAIS ONDE O FUMO É PROIBIDO - COMO IGREJAS, BIBLIOTECAS, ETC.?

- (0) Não
- (1) Sim
- (88) NSA
- (99) IGN

A10) QUAL O CIGARRO DO DIA QUE LHE TRAZ MAIS SATISFAÇÃO, OU O CIGARRO QUE MAIS DETESTARIA DEIXAR DE FUMAR?

- (1) O primeiro da manhã
- (0) Outros
- (88) NSA
- (99) IGN

A11) O(A) SR.(A) FUMA MAIS FREQUENTEMENTE PELA MANHÃ OU NAS PRIMEIRAS HORAS DO DIA QUE NO RESTO DO DIA?

- (0) Não
- (1) Sim
- (88) NSA
- (99) IGN

A12) O(A) SR.(A) FUMA MESMO QUANDO ESTÁ TÃO DOENTE QUE PRECISA FICAR DE CAMA A MAIOR PARTE DO TEMPO?

- (0) Não
- (1) Sim
- (88) NSA
- (99) IGN

2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO
CONSÓRCIO DE PESQUISA 2015/2016**

Pelotas - RS

2016

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	96
2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO.....	98
3. QUESTIONÁRIOS.....	101
4. MANUAL DE INSTRUÇÕES.....	102
5. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	102
6. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS.....	104
7. DIVULGAÇÃO.....	107
8. ESTUDO PILOTO.....	109
9. LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO.....	110
10. CONTROLE DE QUALIDADE.....	113
11. RESULTADOS GERAIS.....	113
12. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS NA COMUNIDADE.....	115
13. CRONOGRAMA.....	116
14. ORÇAMENTO.....	117
15. REFERÊNCIAS.....	118

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi criado em 1991, por um grupo de docentes da Faculdade de Medicina. Na avaliação trienal de 2007 o curso recebeu nota “7”, conceito máximo – que mantém até os dias atuais - da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo o primeiro na área de Saúde Coletiva e considerado de excelência internacional.

Desde 1999 o PPGE realiza, a cada dois anos, inquéritos populacionais sobre aspectos de saúde na zona urbana do município de Pelotas, cidade localizada no sul do Rio Grande do Sul. Esses estudos ocorrem sob a forma de “Consórcio de Pesquisa”, o qual consiste em um estudo transversal de base populacional realizado pelos mestrandos do PPGE¹. Essa metodologia de pesquisa permite que ocorra redução do tempo de trabalho de campo e otimização de recursos financeiros e humanos. Adicionalmente, tem como um dos objetivos que os alunos vivenciem experiências em todas as etapas de um estudo epidemiológico, resultando nas dissertações dos mestrandos e, ainda, no reconhecimento da situação de saúde da população investigada.

Nos anos 2015/2016, pela primeira vez, o consórcio de pesquisa do PPGE realizou-se com a população adulta e idosa da zona rural do município de Pelotas. A pesquisa contou com a supervisão de 12 mestrandos, sob a coordenação de quatro docentes do Programa (Dra. Elaine Tomasi, Dra. Helen Gonçalves, Dra. Luciana Tovo Rodrigues e Dra. Maria Cecília Assunção) e uma professora colaboradora do Programa (Dra. Renata Moraes Bielemann). Ao idealizar tal pesquisa, antes dos mestrandos ingressarem no Programa, as coordenadoras do consórcio iniciaram o processo de contato e divulgação da pesquisa com lideranças da zona rural do município e entidades públicas, com intuito de analisar a viabilidade da realização do estudo. Destacam-se, neste período, contatos realizados com: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria de Desenvolvimento Rural, Secretaria da Saúde, EMATER Pelotas, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, líderes comunitários e religiosos atuantes na zona rural de Pelotas.

Ao longo dos quatro primeiros bimestres do curso, nas disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ocorreu o planejamento do estudo populacional, desde a escolha

dos temas até o planejamento de todo o trabalho de campo pelos mestrandos. Nessa pesquisa foram investigados temas específicos de cada mestrando (Tabela 1), juntamente com informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais de interesse comum. Além da aplicação do questionário, também foram coletadas algumas medidas antropométricas, que serão explicadas com mais detalhes no decorrer deste documento.

Tabela 1. Alunos, formação e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2015/2016.

Mestrando	Graduação	Tema de Pesquisa
Adriana Kramer Fiala Machado	Nutrição	Qualidade do sono
Ana Carolina Oliveira Ruivo	Medicina	Serviços de saúde
Caroline Cardozo Bortolotto	Nutrição	Qualidade de vida
Gustavo Pêgas Jaeger	Medicina	Consumo de bebidas alcoólicas
Mariana Otero Xavier	Nutrição/Educação Física	Tabagismo
Mayra Pacheco Fernandes	Nutrição	Consumo de alimentos
Rafaela Costa Martins	Educação Física	Atividade física
Roberta Hirschmann	Nutrição	Depressão
Thais Martins da Silva	Nutrição	Obesidade geral e abdominal

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde de adultos residentes na zona rural do município de Pelotas, RS”. Este projeto mais amplo, também chamado de “projetão”, contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa dos mestrandos, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. Foram ainda investigados cinco temas específicos de interesse de docentes do PPGE: saúde bucal, contato com agrotóxicos, criminalidade, consumo de chimarrão e uso de medicamentos.

O Projeto Geral foi encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Pelotas em novembro de 2015, com o número de protocolo 51399615.7.0000.5317. O parecer contendo a aprovação para início do estudo foi recebido no dia 11 de dezembro de 2015, com o número 1.363.979.

2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

O Consórcio de Pesquisa busca capacitar os mestrandos para o trabalho em equipe. Para que isso fosse possível em 2015/2016, foram estabelecidas comissões a fim de garantir uma melhor preparação e um bom andamento do trabalho de campo. Todos os mestrandos participaram das comissões, podendo um mesmo aluno atuar em mais de uma. Ainda, o referido consórcio contou com a colaboração de alunos vinculados ao Centro de Equidade do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (Janaína Calu Costa, Luis Paulo Vidaletti Ruas e Maria del Pilar Flores Quispe). Os três participaram das comissões e do trabalho de campo durante os dois primeiros meses. Seus projetos de dissertação não previam a utilização dos dados coletados pelo consórcio. O aluno do curso de Doutorado do PPGE, Bernardo Agostini, também contribuiu durante o trabalho de campo, nos dois últimos meses de coleta de dados, para ampliar seu aprendizado.

As comissões deste consórcio, mestrandos responsáveis e suas atribuições estão listadas abaixo.

Elaboração do projeto de pesquisa que reuniu todos os estudos: Ana Carolina Ruivo; Gustavo Jaeger; Luis Paulo Ruas.

Essa comissão foi responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base nos projetos de cada mestrando e professores. Este projeto, denominado “projetão”, foi composto por 14 projetos individuais, sendo nove deles de mestrandos e cinco de professores. Os projetos individuais que formavam o “projetão” foram nele descritos separadamente. De cada projeto individual foram abordados os seguintes itens: justificativa para realização, objetivos gerais e específicos e hipóteses do estudo.

O “projetão” contemplou também alguns aspectos comuns a todos os projetos individuais, como: descrição do PPGE e da forma de pesquisa adotada pelo programa, delineamento do estudo, população-alvo, amostra e processo de amostragem (amostras necessárias para cada projeto individual), instrumentos utilizados, logística, seleção e treinamento de entrevistadoras, estudo piloto, controle de qualidade, processamento e análise de dados, aspectos éticos, orçamento, cronograma e referências bibliográficas.

Os questionários completos aplicados e cartões visuais, utilizados para auxílio durante a entrevista, foram anexados como apêndices no Projeto. Além disso, ao longo do texto, duas tabelas foram apresentadas: (1) especificando o tamanho amostral necessário para cada projeto individual e (2) a descrição detalhada do orçamento do projeto.

Elaboração do questionário: Mariana Xavier; Roberta Hirschmann; Thais da Silva.

Essa comissão foi responsável pela incorporação dos instrumentos de cada mestrando em um questionário comum, bem como a coordenação dos pulos e filtros dos diferentes blocos. Além disso, elaborou o questionário de controle de qualidade da pesquisa.

Elaboração do manual de instruções: Adriana Machado; Janaína Calu Costa.

Responsável pela elaboração de um manual de instruções contendo todas as informações sobre o instrumento geral e de cada mestrando, bem como procedimentos a serem tomados em cada pergunta. As instruções inerentes aos procedimentos adotados para aplicação ou tomada das medidas de cada mestrando foram elaboradas pelos próprios estudantes.

Amostragem e banco de dados: Adriana Machado; Mayra Fernandes; Rafaela Martins.

A comissão do banco de dados foi responsável por transcrever o questionário para meio digital através do website para pesquisas *online* chamado *REDCap (Research Electronic Data Capture)*³ e inserir este questionário digital nos *tablets* Samsung GalaxyTab E. Além disso, tinha como responsabilidade checar as inconsistências do questionário e das respostas, assim como organizar e gerenciar os dados. Por fim, foi responsável pela entrega da versão final do banco de dados a ser utilizado por todos os mestrandos em suas análises.

Controle de planilhas: Rafaela Martins.

O comissão foi responsável pelo controle de entrevistas de cada setor, mantendo uma planilha sempre atualizada com as informações repassadas pelos mestrandos ao final de cada dia e durante todo o período de trabalho de campo ficou sob responsabilidade de uma mestrandona. Cada setor possuía uma planilha

individual, que alimentava a planilha geral com dados agrupados do trabalho de campo. Cada uma dessas planilhas era dividida em 31 abas, sendo uma para resumo do setor e, as outras 30 correspondiam a cada casa. A aba de cada domicílio possuía informações sobre código de identificação (ID), nome, idade, telefone e o melhor turno para encontrar o participante em casa, além de informar qual morador do domicílio respondeu o “Bloco B” (questionário domiciliar), bem como qual morador havia sido sorteado para o controle de qualidade. A aba de resumo de cada setor informava o percentual de entrevistas realizadas e pendentes, perdas, recusas, critérios de exclusão, número de moradores, número de adultos, controle de qualidade sorteado, domicílios completos, amostrados e com pendência. Todos esses dados eram convergidos em um dado geral de cada setor e do total do campo com as informações por setor resumidas.

Logística e trabalho de campo: Caroline Bortolotto; Roberta Hirschmann; Thais da Silva.

Comissão responsável pela aquisição e controle do material utilizado em campo, previsão de orçamentos, processo de seleção das candidatas a entrevistadoras e organização dos treinamentos. Além disso, ficou a cargo desta comissão a escolha de empresas de transporte para deslocamento durante todo o trabalho de campo.

Divulgação do trabalho de campo: Gustavo Jaeger; Maria del Pilar Quispe; Mayra Fernandes.

Essa comissão trabalhou com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, especificamente com Silvia Pinto (comunicação) e Cíntia Borges (*design gráfico*). Foi de responsabilidade dessa comissão a elaboração de todo o material de divulgação prévia da pesquisa, bem como do material utilizado pelos mestrando e entrevistadoras durante o trabalho de campo, como camisetas, bonés e crachás. Ainda, auxiliou na elaboração do material com os resultados finais da pesquisa a serem devolvidos aos participantes e instituições de saúde.

Financeiro: Ana Carolina Ruivo; Roberta Hirschmann.

Comissão encarregada de todas as questões relacionadas ao controle financeiro, orçamento e previsão de compras durante todo o Consórcio de Pesquisa.

Essa comissão estava constantemente em contato com o setor financeiro do PPGE e era responsável também por controlar o número de entrevistas de cada entrevistadora para posterior pagamento, a utilização mensal das vans, fornecimento de vales-transportes para as entrevistadoras e toda e qualquer despesa relacionada à pesquisa.

Elaboração do relatório de trabalho de campo: Caroline Bortolotto; Mariana Xavier; Rafaela Martins.

Comissão responsável pelo registro de todas as decisões tomadas nas reuniões com a coordenação, informações relevantes do trabalho de campo, preenchimento de tabela com datas de encontros e reuniões com pessoas que auxiliaram antes de iniciar o trabalho de campo, e pela elaboração do presente relatório do Consórcio de Pesquisa “Saúde Rural” 2015-2016.

3. QUESTIONÁRIOS

O questionário foi dividido em duas partes chamadas de “Bloco A” e “Bloco B”. As questões individuais e específicas do instrumento de cada mestrandos foram incluídas no questionário geral, denominado “Bloco A”. O “Bloco A” foi aplicado a todos os indivíduos com 18 anos ou mais, moradores da zona rural de Pelotas. Este instrumento era composto por 209 questões, incluindo temas sobre atividade física, qualidade de vida, presença de morbidades, consumo de alimentos, utilização de serviços de saúde, qualidade do sono, saúde dos dentes e da boca, depressão, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, criminalidade, consumo de chimarrão, uso de medicamentos, uso de agrotóxicos e religião.

As questões referentes aos aspectos domiciliares foram incluídas no “Bloco B”, sendo respondidas por apenas um indivíduo de cada residência, preferencialmente o chefe da família. Esse bloco continha 61 perguntas referentes aos dados socioeconômicos da família, características do domicílio, escolaridade do chefe da família e posse de bens. Além dos questionários, foram coletadas as seguintes medidas antropométricas dos participantes: peso, altura e circunferência da cintura.

4. MANUAL DE INSTRUÇÕES

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento e nas entrevistas durante o trabalho de campo. Todos os *tablets* utilizados para a coleta de dados possuíam uma versão digital do manual, sendo de fácil acesso às entrevistadoras.

O manual incluía orientações sobre o que se pretendia coletar em cada questão dos questionários, contendo a explicação da pergunta, opções de resposta e instruções para perguntas nas quais as opções deveriam ser lidas ou não. Continha, ainda, as definições de termos utilizados no questionário e o telefone de todos os supervisores.

Também foi criado um manual para a “batedora” (termo utilizado para se referir a pessoa que realiza a contagem e identificação de domicílios antes de iniciar o trabalho de campo propriamente dito), o qual possuía um roteiro com explicações sobre o procedimento correto a ser realizado na “bateção”. Porém, por dificuldades logísticas específicas da zona rural, especialmente as distâncias a serem percorridas, as más condições das estradas e o dispêndio excessivo de tempo nesse processo, a “bateção” não ocorreu conforme esperado, tendo-se então optado por não realizar essa abordagem prévia aos participantes do estudo na zona rural.

5. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Nos projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para o seu tema de interesse, tanto para estimar o número de indivíduos necessário para estudos de prevalência, quanto para o exame das possíveis associações. Em todos os cálculos foram acrescidos 10% para perdas e recusas e 15% para cálculo de associações, tendo em vista o controle de possíveis fatores de confusão e, ainda, o efeito de delineamento amostral, dependendo de cada tema. Nos dias 31/08/2015, 01 e 02/09/2015 ocorreu uma oficina de amostragem coordenada pelo Prof. Aluísio Jardim Dornellas de Barros e pela estatística convidada da Universidade de São Paulo (USP), Prof^a. Regina Bernal. Nessa ocasião foi definido o maior tamanho de amostra necessário ($n=2.016$ adultos) para que todos os mestrandos tivessem a possibilidade de estudar os seus desfechos, levando em consideração as questões logísticas e financeiras envolvidas.

Inicialmente, foram reconhecidos os distritos e setores rurais através dos dados do Censo de 2010². A zona rural de Pelotas possui oito distritos que estão descritos na Tabela 2. Nesses, foram sorteados 24 setores e 1.008 domicílios. A decisão sobre o número de setores a serem amostrados levou em consideração o número de domicílios permanentes de cada um dos distritos. Foi considerado em média 2 adultos por domicílio, dessa forma o cálculo para a escolha do número de domicílios foi realizado da seguinte forma:

$$24 \text{ setores} * 2 \text{ adultos em média por domicílio} = 42 \text{ domicílios por setor}$$

Tabela 2. Descrição dos distritos conforme tamanho populacional, número de domicílios permanentes e número de setores.

Distrito	População	Nº de domicílios permanentes	Nº de setores	Nº de setores selecionados
Z3	3165	972	8	3
Cerrito Alegre	3075	977	6	4
Triunfo	2466	551	4	2
Cascata	3074	1084	6	4
Santa Silvana	2443	654	8	2
Quilombo	2649	856	5	3
Rincão da Cruz	1970	613	7	2
Monte Bonito	3201	1087	6	4
TOTAL	22.043	6794	50	24

No decorrer do trabalho foram necessárias mudanças logísticas devido às dificuldades de locomoção na zona rural, custo e tempo para o término do estudo. A principal mudança consistiu na redução do número de domicílios, sendo mantidos o número de setores e a média de adultos/domicílio. O número de domicílios por setor passou a ser 30, resultando em 720 domicílios, finalizando em um número estimado de 1.440 indivíduos.

Devido à grande diferença na distribuição geográfica das residências na zona rural, em comparação com a zona urbana, foi necessário adotar uma estratégia peculiar para este estágio do processo. Optou-se por utilizar o software *Google Earth*, que está disponível para uso gratuito, juntamente com um mapa virtual do estado do Rio Grande do Sul, fornecido pelo IBGE. Com a utilização destas duas ferramentas foi possível sobrepor as delimitações geográficas da cidade de Pelotas, que inclui as subdivisões em setores censitários, sobre as imagens feitas por satélite fornecidas pelo *Google Earth*.

A partir das imagens aéreas, com as subdivisões geográficas sobrepostas, os setores censitários foram divididos em núcleos, da seguinte maneira: foi considerado um núcleo cada aglomerado com no mínimo cinco casas, localizadas em um raio de um quilômetro a partir do centro do núcleo – maior ramificação de ruas ou vias/estradas. Estes núcleos foram ordenados em cada setor, de maneira decrescente e de acordo com o número de casas identificadas pelas imagens de satélite.

Finalmente, para a seleção das residências, foi adotado o seguinte procedimento: iniciava-se pelo maior núcleo (com maior número de residências) e, ao chegar ao centro deste núcleo, um dos mestrandos responsáveis pelo trabalho de campo girava algum objeto pontiagudo (como, por exemplo, uma garrafa) para dar a direção do início a ser percorrido para encontrar as residências a serem incluídas na amostra, garantindo certa aleatoriedade no processo. Se, eventualmente, o objeto girado apontasse no meio de duas ramificações, seguia-se sempre pela via à direita da direção indicada. Quando chegava-se ao fim da direção apontada dentro do núcleo sem que 30 casas fossem identificadas, voltava-se ao centro do núcleo e dava-se continuidade ao processo pela próxima via, à direita da primeira. Após o rastreamento de todo o primeiro núcleo, caso não se alcançasse o total de 30 residências, seguia-se em direção ao centro do segundo núcleo do setor com maior número de residências e repetia-se o processo, até que as trinta residências habitadas fossem selecionadas.

6. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

Antes do início do trabalho de campo, a comissão de logística foi responsável por criar propostas para a implementação do trabalho de campo, como número de entrevistadoras, rota e tipo de transporte para as entrevistadoras, as quais deveriam se deslocar do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, localizado na zona urbana, até a zona rural do município. Após estas definições, o próximo passo foi selecionar as candidatas que iriam atuar no trabalho de campo.

Os critérios de seleção para as candidatas às vagas de entrevistadora foram os seguintes: ser do sexo feminino, ter ensino médio completo e ter disponibilidade de tempo para realização do trabalho. Outras características também foram

consideradas, como: experiência prévia em pesquisa, desempenho no treinamento, organização e relacionamento interpessoal.

As inscrições para seleção ocorreram no período de 4 a 11 de dezembro de 2015, com o objetivo de contratar 14 entrevistadoras. A divulgação do edital de inscrição foi através do website e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos. O total de 74 candidatas inscreveram-se para o treinamento. Destas, 52 foram selecionadas para a participação do treinamento.

O treinamento foi realizado no período de 15 a 18 de dezembro de 2015 e, novamente, nos dias 11 e 12 de janeiro de 2016, durante os turnos manhã e tarde. Este consistiu de uma parte teórica, através de apresentação expositiva de cada mestrando, referente ao seu instrumento, e pela apresentação da comissão quanto a parte geral do questionário. Também houve uma parte prática do treinamento, onde foram feitas simulações de entrevistas tanto em papel, quanto em *tablets*, para o completo entendimento das interessadas em realizar esta tarefa.

Após conclusão desta etapa, foi realizada avaliação teórica, quando uma prova com perguntas específicas sobre os conteúdos abordados no treinamento foi aplicada. Foram selecionadas as candidatas que atingiram melhor pontuação final nos critérios de avaliação (nota da avaliação teórica, presença, participação e interesse nos treinamentos). As 17 aprovadas na primeira etapa participaram de um estudo piloto no dia 13 de janeiro de 2016, realizado no município de Arroio do Padre. A escolha deste local se deu em virtude da similaridade de suas características com a zona rural a ser estudada, uma vez que este município pertencia à zona rural de Pelotas antes de sua emancipação. O estudo piloto foi realizado com o objetivo de avaliar o desempenho de cada entrevistadora durante uma simulação prática do trabalho de campo. Ao final do estudo piloto, os mestrandos selecionaram 14 entrevistadoras com melhor desempenho durante os treinamentos, prova e piloto.

Além dos treinamentos para aplicação dos questionários foi realizada a padronização de medidas antropométricas (altura, peso e circunferência da cintura), coordenada por duas mestrandas (Thaís e Caroline) consideradas “padrão-ouro” na tomada das mesmas. Além das entrevistadoras, os mestrandos também foram padronizados.

A padronização de medidas ocorreu nos dias 14, 15, 18 a 20 de janeiro de 2016. Realizou-se o treinamento prático para a padronização da coleta das medidas

antropométricas, com carga horária de 20 horas com as pré-selecionadas na sede do PPGE. Durante o processo de padronização, as candidatas foram orientadas sobre a realização da técnica correta das medidas de peso, altura e circunferência da cintura. Todo o procedimento foi baseado na metodologia proposta por Habicht⁴, a qual diz respeito à adequação da técnica de coleta para aumentar sua precisão e exatidão.

Para cada candidata, assim como para os mestrandos foi construída uma planilha com as médias dos erros técnicos das medidas de peso, altura e circunferência da cintura observadas, segundo os erros intra e inter-observador e de acordo com a metodologia supracitada – erros entre os resultados obtidos pela própria entrevistadora e erros de cada entrevistadora comparados ao padrão-ouro, respectivamente. Durante o treinamento, as mestrandas padrão-ouro mensuraram o peso, altura e circunferência da cintura de 10 voluntários, em duas rodadas distintas. O mesmo processo foi realizado pelas candidatas ao cargo de entrevistadora, quantas vezes fosse necessário até se obter concordância entre os resultados encontrados.

As medidas foram digitadas em planilhas Excel® para cálculo dos valores de precisão e exatidão aceitáveis conforme a metodologia de Habicht⁴. O processo de padronização foi realizado novamente 60 dias após o início do campo, a fim de manter a qualidade das medidas mensuras durante o processo.

O início da coleta de dados ocorreu no dia 21 de janeiro de 2016. Para o trabalho de campo foram montados *kits* que continham: mochila, crachá de identificação, camiseta, pasta plástica, prancheta, carta de apresentação, questionários impressos, termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), *tablet* (com case), anexos aos questionários (cadernos a parte que incluíam escala de faces, dosagens de bebidas alcoólicas, cartões com imagens para auxílio no preenchimento dos questionários de atividade física, depressão, qualidade de vida e qualidade do sono), canetas, lápis, borracha, apontador, calculadora, fita métrica, estadiômetro, balança digital, caderno de anotações (diário de campo) e almofada para impressão digital.

7. DIVULGAÇÃO

O trabalho da comissão de divulgação do consórcio de pesquisa na zona rural contou com a colaboração das profissionais de *design* gráfico e comunicação social do PPGE, Cíntia Borges e Sílvia Pinto, respectivamente. Este trabalho iniciou antes mesmo da formação desta comissão, mediante os contatos das docentes coordenadoras com pessoas e instituições importantes para esse trabalho, conforme citado anteriormente.

Ainda no primeiro semestre de 2015, a turma de mestrandos reuniu-se por diversas vezes, muitas delas junto às professoras responsáveis pelo consórcio, para pensar, elaborar e planejar todas as etapas da divulgação da pesquisa, levando em conta a peculiaridade da população-alvo. Decidiu-se por denominar o presente consórcio de pesquisa da seguinte maneira: nome principal “Saúde Rural”; complementado por “Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas”. Além disso, foram reunidas as ideias para subsidiar o trabalho de construção de uma logomarca para o estudo.

O processo de criação da logomarca do consórcio foi realizado pelas profissionais Cíntia Borges e Sílvia Pinto, com as ideias sugeridas pelo grupo de mestrandos. Com um trabalho realizado em equipe, brevemente foi possível definir a logomarca (Figura 1) que representasse bem os objetivos e o alvo da pesquisa.



Figura 1. Logomarca do consórcio de pesquisa 2015/2016.

Com a logomarca e o nome do projeto definidos, a comissão começou a colocar em prática a divulgação do estudo. Um dos primeiros e mais importantes

passos foi realizar uma reunião na Secretaria de Saúde, em maio de 2015, para apresentar a pesquisa, coletar informações importantes sobre a zona rural e esclarecer dúvidas. Nessa ocasião estavam presentes, além da Superintendente de Ações em Saúde, trabalhadores das 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que fazem parte da zona rural de Pelotas. Houve também outras reuniões nas quais participaram alguns alunos, juntamente com as professoras coordenadoras, como a reunião com a EMATER Pelotas e com o IBGE. Os mestrandos também realizaram diversas visitas a cada um dos distritos para reconhecimento dos locais e participaram de Pré-Conferências de Saúde nos distritos Quilombo e Santa Silvana, em junho de 2015, para divulgar a pesquisa. Outra reunião muito importante ocorreu em setembro de 2015 com os subprefeitos de cada distrito da zona rural de Pelotas, na Secretaria de Desenvolvimento Rural. Nessa reunião os alunos explicaram de maneira clara e sucinta o projeto de pesquisa. Cabe ressaltar que os subprefeitos foram muito solícitos, apoiaram a iniciativa e indicaram as principais maneiras através das quais os moradores da zona rural obtinham informações, ou seja, os mais efetivos meios para informar a esta população sobre a realização da pesquisa.

Com base em informações obtidas nas diversas reuniões e contatos com pessoas condecoradas da zona rural, foram elaborados cartazes e panfletos que transmitissem informações sobre a pesquisa que seria realizada, de uma forma clara, concisa e amigável. O principal objetivo, neste momento inicial, era fazer com que a população tivesse um primeiro contato com a pesquisa e com ela se acostumasse, entendendo a importância do projeto. Além disso, um dos objetivos da divulgação foi de conquistar a confiança da população-alvo, demonstrando a seriedade da pesquisa, o que facilitaria a aceitação dos moradores em participar.

A divulgação na região geográfica do estudo iniciou na metade do segundo semestre de 2015. Os mestrandos foram divididos em quatro grupos, ficando cada grupo responsável pela divulgação em dois distritos. A estratégia adotada foi a de colocar cartazes nos locais de referência de cada distrito, locais bastante frequentados pelos moradores, como, por exemplo, Subprefeituras, Unidade Básicas de Saúde, escolas, salões de igrejas, mercados, pontos de ônibus, entre outros específicos de cada distrito. Além disso, panfletos com explicações sobre a pesquisa foram deixados nestes lugares para que os moradores pudessem ter uma melhor compreensão do estudo. Em alguns locais, como Subprefeitura e Unidades Básicas

de Saúde, os próprios funcionários colocaram-se à disposição para entregar ou indicar os panfletos aos moradores que fossem ao local.

Outra estratégia de divulgação da pesquisa foi através de programas de rádio, meio de comunicação importante para alcançar a população alvo. Um texto padrão foi elaborado em conjunto com o serviço de comunicação social, com linguagem adequada ao meio de comunicação e ao público-alvo, e enviado a diversas rádios, inclusive as rádios comunitárias, ouvidas na zona rural de Pelotas, para ser veiculado. Além disso, a divulgação através do rádio foi complementada de maneira muito efetiva com duas entrevistas dadas em momentos diferentes por professores e mestrandos para explicar o projeto.

O processo de divulgação foi intensificado no período que antecedeu o início do trabalho de campo, para assegurar que uma boa parcela dos moradores da zona rural já tivessem tido algum contato com informações sobre a pesquisa. Mais cartazes foram colocados em lugares estratégicos, como pontos em que os moradores da zona rural esperam por ônibus no centro da cidade, e panfletos foram distribuídos.

À comissão de divulgação coube também a responsabilidade de providenciar a confecção de camisetas, bonés e crachás com o nome e logomarca da pesquisa. Estes serviram para identificar mestrandos e entrevistadoras e, também, como uma forma de divulgação.

Durante todo o trabalho de campo o processo de divulgação continuou sendo feito. A forma principal de divulgação neste período foi através da distribuição dos panfletos explicativos aos moradores. Estes panfletos foram levados pelos mestrandos em todos os dias de trabalho de campo, sendo entregues aos participantes da pesquisa e também aos demais moradores das localidades visitadas. Neste período, também houve novas entrevistas de rádio, nas quais os mestrandos participaram, divulgando a pesquisa e esclarecendo dúvidas.

8. ESTUDO PILOTO

O estudo piloto com as entrevistadoras selecionadas na primeira etapa da seleção foi realizado no dia 13 de janeiro de 2016, em Arroio do Padre, cidade que por muitos anos fez parte da zona rural de Pelotas e, mesmo após ser emancipada, ainda possui características muito semelhantes às que seriam observadas

posteriormente na zona rural de Pelotas. Cada mestrando acompanhou uma a duas entrevistadoras e realizou uma avaliação baseada em um *checklist* criado pela comissão de logística e trabalho de campo. Essa etapa também foi considerada parte da seleção das mesmas.

Após o estudo piloto, foi realizada uma reunião entre os mestrandos para a discussão de situações, problemas e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas pela comissão do questionário, manual e banco de dados, antes do início do trabalho de campo. Nessa reunião foi discutido entre a turma o desempenho de cada candidata e 14 entrevistadoras foram selecionadas.

9. LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO

O início do trabalho de campo se deu no dia 21/01/2016. Na rotina diária de trabalho sempre havia pelo menos um mestrando de plantão para organizar o material que viria a ser utilizado no trabalho de campo naquele dia. Pelo fato de não haver estadiômetros e balanças digitais em quantidade suficiente para todas as entrevistadoras, era necessário realizar o controle de quem estava em campo com estes instrumentos e, por isso, cada entrevistadora assinava sempre uma planilha com a distribuição deste material, atestando o recebimento. Também era de responsabilidade do mestrando plantonista ter o controle de que todas as entrevistadoras recebessem os vales-transportes e assinassem o livro-ponto. Cada entrevistadora possuía um número de identificação na sua mochila e *tablet*. Logo após, as entrevistadoras e os mestrandos escalados para irem a campo no dia, deslocavam-se ao estacionamento do prédio, onde uma micro-van os aguardava. Ao iniciar o trabalho de campo eram escalados em média seis mestrandos por dia e 12 entrevistadoras. No decorrer do trabalho de campo houve desistência e dispensa de algumas entrevistadoras, o que resultou na redução do número de entrevistadoras em campo.

O local de destino era decidido *a priori*. Inicialmente foram escolhidos os locais mais afastados com intuito de otimizar a utilização da van, pois alguns distritos eram próximos à zona urbana e com maior possibilidade de deslocar-se de outras maneiras. As comissões de amostragem e de banco de dados providenciaram

mapas de todos os setores sorteados, os quais deveriam estar em campo obrigatoriamente para facilitar a localização por parte da equipe. Primeiramente, três mestrandos foram considerados os guias da equipe. Os guias eram responsáveis pela utilização do GPS para registrar as coordenadas de cada uma das casas amostradas com o objetivo de facilitar o retorno àquele local em um próximo momento, caso fosse necessário. Além disso, manuseavam os mapas e abasteciam a planilha de número de entrevistas realizadas e pendentes em cada domicílio. Após todo o reconhecimento de todos os domicílios amostrados a equipe dos guias foi desfeita e todos os mestrandos que estavam em campo foram responsáveis pelo manuseio do GPS, mapas e planilha a partir de então. O horário de partida e chegada variou conforme local, períodos de safras, clima e turnos preferenciais de alguns entrevistados. Essa variabilidade deu-se pelo fato do estudo ter iniciado no verão. O horário de partida era, geralmente, às 12 horas e 30 minutos e o tempo médio de deslocamento até a zona rural era de 1 hora e 30 minutos. Além disso, os moradores relatavam estar em suas residências logo após o horário de almoço, devido às altas temperaturas. Ao longo do estudo a escala de trabalho semanal foi alterada. Nos primeiros meses o trabalho acontecia durante os sete dias da semana, quando cada entrevistadora possuía uma folga por semana. No decorrer do estudo, por motivos logísticos e financeiros, houve uma redução dos dias de trabalho, que passou a ocorrer conforme a necessidade de atender cada setor (completar os domicílios com entrevistas pendentes).

Ao chegar ao local estabelecido, em cada residência selecionada, a abordagem inicial era realizada por um dos mestrandos responsáveis pelo consórcio, o qual primeiramente apresentava a pesquisa aos moradores e convidava os indivíduos maiores de 18 anos a participarem do estudo. Em seguida era perguntado o número de indivíduos que morava naquela residência, seu(s) nome(s), idade(s), telefone(s) e melhor turno para encontrar o(s) morador(es) em casa (planilha de domicílio). Sempre que possível, as entrevistas eram realizadas no mesmo momento da seleção da residência ou era agendada uma visita na data que o participante estivesse disponível. Quando aceito o convite, a entrevistadora com menos entrevistas contabilizadas até o momento era chamada para realizar a entrevista e assim sucessivamente. Em algumas poucas ocasiões também foi necessário que os mestrandos realizassem entrevistas.

Foram considerados critérios de exclusão indivíduos com incapacidade cognitiva ou mental e que não contavam com auxílio de cuidadores/familiares responsáveis para ajudá-los a responder o questionário, hospitalizados ou institucionalizados durante o período de coleta de dados e aqueles que não falavam/compreendiam português (pequena parcela da população rural tem origem Pomerana e não fala português). Ainda, definiram-se como perdas os casos em que os indivíduos não foram encontrados após pelo menos três tentativas de contato pessoal, em dias e horários distintos, e como recusas todos aqueles que não aceitaram participar do estudo.

Para as medidas antropométricas os critérios de exclusão foram os seguintes:

→ALTURA:

Indivíduos impossibilitados de permanecerem na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Amputação de membro inferior

→ PESO:

Indivíduos com gesso em qualquer parte do corpo.

Indivíduos impossibilitados de ficar em pé (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Amputação de membro inferior

→ CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA:

Indivíduos impossibilitados de permanecerem na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Devido ao pouco acesso à rede telefônica na maioria dos locais, os guias eram responsáveis pela anotação do horário em que cada entrevistadora havia deixado a van para realizar a entrevista, sendo contabilizado em torno de 1 hora e

30 minutos para retornar à residência para buscá-la. Após o término da rotina diária, ao longo do trajeto de volta, era conferido todo o material de uso das entrevistadoras e assinada a planilha de materiais pelas mesmas. Ao retornar ao CPE todas as entrevistadoras deveriam remover seus materiais da van e entregar aos mestrandos que estavam em campo. No dia seguinte a rotina se mantinha, porém com uma nova escala de supervisores.

10. CONTROLE DE QUALIDADE

Para garantir a qualidade dos dados coletados foi realizado treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, os mestrandos participaram ativamente do trabalho de campo fazendo o controle direto de diversas etapas.

Após a realização das entrevistas, através do banco de dados recebido semanalmente, eram sorteados 10% dos indivíduos para aplicação de um questionário reduzido, elaborado pela comissão do questionário, contendo 10 questões. Este controle era feito pelos mestrandos por meio ligações telefônicas aos domicílios sorteados, a fim de identificar possíveis problemas no preenchimento dos questionários e calcular a concordância entre as respostas, através da estatística Kappa.

11. RESULTADOS GERAIS

A coleta dos dados terminou no dia 12 de junho de 2016, com três entrevistadoras em campo. A comissão do banco de dados trabalhou durante quatro semanas, após a conclusão do trabalho de campo, para a entrega do banco final contendo todas as informações coletadas e necessárias para as dissertações dos mestrandos.

Durante todo o trabalho de campo foram realizadas, periodicamente, reuniões entre os mestrandos e as professoras coordenadoras, com intuito de repassar informações, auxiliar na tomada de decisões e resolução de dificuldades, bem como avaliar o andamento do trabalho. No dia 22 de agosto foi realizada uma última

reunião do Consórcio de Pesquisa 2015/2016, entre mestrandos e professoras coordenadoras, para definição das próximas etapas que ainda deveriam ser realizadas em conjunto, prazos de entrega de trabalhos de cada comissão e decisão sobre a forma de repasse dos resultados finais para a comunidade.

Conforme a Tabela 3, observa-se que dos 1.697 indivíduos elegíveis, 1.519 (89,5%) responderam o questionário e 178 (10,5%) foram computados como perdas ou recusas. Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (51,7%), mais de um terço (38,9%) tinha idade entre 40 e 59 anos e a maior proporção (cerca de 17%) morava no distrito Cascata. As perdas e recusas foram diferentes entre os indivíduos que responderam ou não ao questionário em relação às variáveis sexo, idade e distrito de moradia ($p<0,05$).

A mediana de idade foi 47 anos (intervalo interquartil = 28 anos) e a amplitude foi de 18 a 93 anos. O percentual atingido no final do trabalho de campo foi de 89,5%. Já o percentual de controle de qualidade atingido foi 0,3 pontos percentuais abaixo do esperado (9,7%).

Tabela 3. Caracterização dos indivíduos elegíveis no estudo “Saúde Rural - Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas”.

Variáveis	Amostra N (%)	Perdas N (%)	Recusas N (%)	Valor-p*	Total N (%)
Sexo					
Masculino	734 (85,4)	63 (7,3)	63 (7,3)	<0,001	860 (50,7)
Feminino	785 (93,8)	24 (2,9)	28 (3,3)		837 (49,3)
Idade (anos completos)					
18 – 24	174 (84,5)	21 (10,2)	11 (5,3)		206 (12,2)
25 – 39	341 (88,1)	21 (5,4)	25 (6,5)	0,007	387 (22,9)
40 - 59	593 (90,1)	34 (5,2)	31 (4,7)		658 (38,8)
60 ou mais	411 (93,2)	11 (2,5)	19 (4,3)		441 (26,1)
Distrito					
Z3	163 (83,2)	19 (9,7)	14 (7,1)		196 (11,6)
Cerrito Alegre	245 (92,1)	11 (4,1)	10 (3,8)		266 (15,7)
Triunfo	184 (91,5)	6 (3,0)	11 (5,5)		201 (11,8)
Cascata	251 (90,0)	5 (1,8)	23 (8,2)	<0,001	279 (16,4)
Santa Silvana	167 (90,8)	3 (1,6)	14 (7,6)		184 (10,8)
Quilombo	157 (87,2)	15 (8,3)	8 (4,5)		180 (10,6)
Rincão da Cruz	120 (89,5)	8 (6,0)	6 (4,5)		134 (8,0)
Monte Bonito	232 (90,2)	20 (7,8)	5 (2,0)		256 (15,1)
Total	1519 (89,5)	87 (5,1)	91 (5,4)		1697 (100)

*Qui-quadrado para diferença entre a amostra e as perdas/recusas

Foram totalizados 27 indivíduos como critério de exclusão, ou seja, 1,6% dos adultos moradores nas residências selecionadas. Cada indivíduo poderia ser classificado como com incapacidade física, ou seja, algum problema físico que o

impedia de responder ao questionário (por exemplo, alguém que sofria de paralisia cerebral) ou com incapacidade mental, ou seja, algum problema mental que o impedia de responder ao questionário (por exemplo, alguém que sofria de depressão profunda e não se comunicava nem mesmo com agentes comunitários de saúde) ou, ainda, foram considerados como critérios de exclusão aqueles que só falavam a língua pomerana. Nove indivíduos apresentavam incapacidade física; 12, incapacidade mental; e 6 só falavam pomerano.

12. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS NA COMUNIDADE

Após a conclusão das análises relativas aos temas de pesquisa dos mestrando, será realizado um amplo processo de divulgação dos principais achados à comunidade local incluindo os gestores de saúde e, em especial, à população rural. Tendo em vista que este foi o primeiro estudo de consórcio de base populacional que se dedicou a estudar exclusivamente a população rural adulta do município, o principal objetivo a ser atingido com esta atividade é que os entrevistados conheçam as prevalências e fatores associados aos aspectos da saúde investigados e que gestores, instituições e políticos locais possam, a partir destes, promover ações efetivas que resultem em melhorias para este grupo populacional.

O grupo que coordenou e realizou o estudo divulgará os achados de modo diversificado e em linguagem comprehensível em forma de seminário e de reuniões locais. Para as comunidades rurais, será elaborado material gráfico informativo contendo os principais achados, o qual será distribuído em locais de fácil acesso e amplamente frequentados pela população de cada distrito. O seminário realizar-se-á nas dependências do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, divulgando de maneira bem mais detalhada os achados e a importância de seu trabalho para gestores públicos, como subprefeitos dos distritos da zona rural, vereadores e imprensa local.

Além disso, em uma etapa mais elaborada de divulgação, a equipe responsável, com auxílio do setor de comunicação do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, irá divulgar os resultados dos estudos para a população em geral e mídia em geral (rádios locais, jornais de veiculação local e estadual e televisão).

13. CRONOGRAMA

As atividades do consórcio iniciaram em março de 2015.

14. ORÇAMENTO

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por recurso proveniente da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), no valor de R\$ 98.000,00, por recurso obtido através de patrocínio de empresas do município (R\$ 1.600,00) e por recursos dos mestrandos (R\$ 1.689,90), totalizando R\$ 101.289,90. Ao final, foram utilizados R\$ 99.732,07, conforme demonstrado nas Tabelas 4 e 5, restando um saldo de R\$ 1.557,83 a ser utilizado para divulgação dos resultados.

No total, dez *tablets*, com custo total de R\$ 5.500,00, foram utilizados no trabalho de campo para a coleta de dados. Os mesmos foram comprados com verba de outro pesquisador sendo devolvidos ao mesmo ao final do trabalho de campo

Tabela 4. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2015/2016.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
Amostragem*	-	2.663,67
Vales transporte	3.600	9.900,00
Transporte (VAN)	103 diárias	35.570,00
Entrevistadoras (salário base)	14**	24.540,00
Pagamento de entrevistas***	1530	16.212,50
Camisetas / Serigrafia	46	1.670,00
Bonés / Serigrafia	50	900,00
Cases para Tablets	10	165,40
Cópias / Impressões****	19.500	4.820,60
Total		96.442,17

* Pró-labore e custeio/despesas de viagem da Profa. Regina Bernal para o processo de amostragem do estudo

** Número de entrevistadoras variou conforme andamento do campo

*** Inicialmente o preço por entrevista completa realizada era de R\$10,00, posteriormente passou para R\$15,00

**** Reprodução de materiais: questionários, planilhas, TCLE, crachás, *flyers*, folders e cartazes

Tabela 5. Gastos finais da pesquisa com recursos obtidos através de patrocínio e dos mestrandos. Consórcio 2015/2016, Pelotas-RS.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
GPS <i>Garmin nuvi 2415LT</i> *	1	497,00
Seguro de vida das entrevistadoras	14	315,00
Kit primeiros socorros	1	114,75
Material de escritório	-	91,37
Conserto de 01 balança e 02 tablets	3	671,78
Bateção**	1	1.600,00
Total		3.289,90

* Esse modelo de GPS pode ser utilizado em modo *offline*, ideal para zona rural onde o acesso à internet é limitado

** Embora não tenha sido finalizado o processo de “bateção”, houve pagamento para a pessoa a cargo dessa tarefa durante sua execução.

15. REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008; 11:133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
3. REDCap. Nashville: Research Electronic Data Capture; [updated 2016 May; cited 2016 Aug 30].
4. Habicht JP. Estandarizacion de metodos epidemiologicos cuantitativos sobre el terreno. Boletin de la oficina Sanitaria Panamericana. 1974.

3. ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO DE PESQUISA

Em relação ao projeto original, as seguintes alterações foram feitas:

- Em virtude do número restrito de questões por mestrando, na ocasião da elaboração do questionário geral e de todos os mestrandos, houve uma “força-tarefa” para a diminuição do número de questões, sendo aconselhado permanecer apenas com o estritamente necessário, uma vez que o instrumento estava extenso demais e muitas vezes – na maioria delas, conforme de fato ocorreu – as entrevistas seriam realizadas no período de trabalho dos moradores da zona rural e não poderiam ser demasiadamente longas. Portanto, todo o bloco de perguntas sobre atividade ocupacional agrícola dos entrevistados nas propriedades rurais, o qual pertenceria ao bloco geral, foi excluído do questionário e, assim, não foram feitas perguntas relacionadas ao cultivo do tabaco. Na tentativa de se chegar o mais próximo possível da relação entre tipo de trabalho e consumo de cigarro, essa variável foi substituída pela variável “situação atual de trabalho”, a qual foi construída a partir das perguntas: *O(a) Sr(a) está trabalhando atualmente? (sim/não)*; em caso positivo: *“O(a) Sr(a) trabalha na cidade, na zona rural ou em ambos os locais? (cidade/zona rural/ambos)”*; caso o entrevistado respondesse que trabalhava na zona rural ou em ambos, a seguinte pergunta era feita: *“O(a) sr.(a) realiza algum trabalho rural, como os relacionados à plantação, criação de animais, pesca, entre outros? (sim ou não)”*. Assim, a variável foi posteriormente categorizada em: não trabalha / não realiza trabalho rural / realiza trabalho rural.

A Figura abaixo ilustra uma parte do questionário sobre atividade ocupacional agrícola e também perguntas específicas sobre o cultivo do tabaco que no início da construção do questionário estavam sendo elaboradas (por todos, alunos e professoras do consórcio) e que se cogitou fazer parte do bloco geral de perguntas. Porém, com o corte de questões, essas perguntas não foram incluídas.

BLOCO 1: AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA ATIVIDADE AGRICOLA	
NA SUA RESIDÉNCIA, O(A) SR(A) OU ALGUM FAMILIAR PLANTA FUMO?	
(0) NÃO	
(1) SIM	
(9) IGN	
NA SUA RESIDÉNCIA, O(A) SR(A) OU ALGUM FAMILIAR PLANTA HORTIFRUTI?	
(0) NÃO	
(1) SIM	
(9) IGN	
NA SUA RESIDÉNCIA, O(A) SR(A) OU ALGUM FAMILIAR PLANTA SOJA?	
(0) NÃO	
(1) SIM	
(9) IGN	
NA SUA RESIDÉNCIA, O(A) SR(A) OU ALGUM FAMILIAR PLANTA MILHO?	
(0) NÃO	
(1) SIM	
(9) IGN	
NA SUA RESIDÉNCIA, O(A) SR(A) OU ALGUM FAMILIAR PLANTA OUTRO PRODUTO DE CULTIVO NÃO PERTINENTE?	
(0) NÃO	
(1) SIM	
(9) IGN	
QUAL?	
O(A) SR(A) TRABALHA COM ATIVIDADE AGRICOLA EM OUTRO LUGAR?	
(0) NÃO	
(1) SIM	
(9) IGN	
BLOCO 9:	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A COLHEITA DAS FOLHAS DE FUMO EM RELAÇÃO AO ÚLTIMO ANO:	
O(A) SR(A) COSTUMA COLHER O FUMO QUANDO A FOLHA ESTA MOLHADA (CHUVA/SERENO/ORVALHO)?	
(0) NÃO	
(1) SIM	
(9) IGN	
O(A) SR(A) USA ALGUMA ROUPA DE PROTEÇÃO PARA EVITAR O CONTATO DO FUMO COM SUA PELE DURANTE A COLHEITA (ROUPA DE TECIDO GROSSO, MACACÃO, PLÁSTICO, ETC)?	
(0) NÃO	
(1) DE VEZ EM QUANDO	
(2) COM FREQUÊNCIA/SEMPRE	
(9) IGN	

- Também em virtude desse aconselhamento para redução do número de questões no instrumento de cada mestrando, não foi aplicado o questionário de dependência de nicotina (Teste de dependência de nicotina de Fagerstrom).
- Por questões de análise, poder amostral e, especialmente, pelo modelo hierárquico construído para o artigo desta dissertação, optou-se por não avaliar, nesse momento, a relação entre tabagismo e morbidade crônica auto-referida. Ainda, também por questões de análise pensando novamente o modelo hierárquico construído especificamente para esse estudo, os autores optaram por não incluir a variável de qualidade do sono. As duas variáveis serão utilizadas futuramente para outras análises com objetivos diferentes dos que foram propostos na presente análise.
- Ainda que não estivesse previsto no projeto de pesquisa, optou-se por incluir o estado nutricional dentre as variáveis relacionadas à saúde que pudessem estar associadas ao tabagismo entre os moradores da zona rural de Pelotas. Embora existam estudos disponíveis na literatura sobre essa relação

tabagismo/estado nutricional (CHATKIN R; CHATKIN, JM, 2007), não foram localizados estudos de base populacional que tenham avaliado essa relação, especificamente na zona rural do Brasil.

- Com relação à amostragem do estudo, é importante ressaltar que houve uma modificação. Conforme consta no projeto de pesquisa deste volume, inicialmente foram sorteados 24 setores (entre os 50 que compõem a zona rural de Pelotas) e 1.008 domicílios. A decisão sobre o número de setores a serem amostrados levou em consideração o número de domicílios permanentes de cada um dos distritos. Foram considerados, em média, 2 adultos por domicílio. Dessa forma, para obter o número necessário de participantes ($N = 2016$), seriam necessários 42 domicílios por setor (24 setores * 42 domicílios por setor * 2 adultos em média por domicílio = 2016 indivíduos estimados). Contudo, conforme já mencionado no relatório de trabalho de campo deste volume, foram necessárias mudanças logísticas, devido às dificuldades de locomoção na zona rural, custo e tempo para o término da pesquisa. A principal mudança consistiu na redução do número de domicílios, sendo mantidos o número de setores e a média de adultos/domicílio. O número de domicílios por setor passou a ser 30, resultando em 720 domicílios, finalizando em 1.440 indivíduos estimados. Entretanto, ressalta-se que o processo de amostragem manteve-se o mesmo, não sendo alterada a representatividade da amostra.

Referência

CHATKIN, Raquel; CHATKIN, José Miguel. Tabagismo e variação ponderal: a fisiopatologia e genética podem explicar esta associação?. *J. bras. pneumol.*, São Paulo , v. 33, n. 6, p. 712-719, Dec. 2007.

4. ARTIGO ORIGINAL

Este artigo será submetido para a Revista de Saúde Pública. As normas de publicação desse periódico estão apresentadas na seção “Apêndices e anexos” deste volume.

Epidemiologia do tabagismo em zona rural de um município de médio porte no Sul do Brasil

Smoking epidemiology in a rural area of a medium-sized city in Southern Brazil

Título resumido: Tabagismo em zona rural

Mariana Otero Xavier¹

Bianca Del Ponte da Silva¹

Iná S. Santos¹

¹Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Correspondência:

Mariana Otero Xavier

marryox@hotmail.com

Rua Marechal Deodoro, 1160- 3º Piso

Bairro Centro- Pelotas, RS

Cep: 96020-220- Caixa Postal 464

Tel/fax +55 (53) 3284-1300

Resumo

Objetivo: estimar a prevalência de tabagismo e fatores associados entre moradores da zona rural de Pelotas, RS.

Métodos: estudo transversal de base populacional realizado com 1.519 indivíduos, em 2016. Foram aleatoriamente selecionados 24 dos 50 setores censitários que compõem os oito distritos rurais do município. Indivíduos com ≥ 18 anos de idade residentes nos domicílios selecionados eram elegíveis. Foram considerados tabagistas aqueles que fumavam um ou mais cigarros por dia há pelo menos um mês e os que declararam haver parado de fumar há menos de um mês. As variáveis independentes incluíram características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde. Foram investigados: idade de início, duração, número de cigarros fumados/dia, carga tabágica e tipos de cigarros consumidos. Foi realizada regressão de Poisson para o cálculo das razões de prevalências ajustadas e intervalos confiança 95% ($IC_{95\%}$).

Resultados: a prevalência de tabagismo foi de 16,6% ($IC_{95\%}$ 13,6-20,0%), sendo duas vezes maior nos homens que nas mulheres (RP:1,99; $IC_{95\%}$ 1,44-2,74), nas classes econômicas D/E em comparação à A/B (RP:2,23; $IC_{95\%}$ 1,37-3,62) e naqueles que consideraram sua saúde ruim/muito ruim, comparados a muito boa/boa (RP:2,01; $IC_{95\%}$ 1,34-3,02). Também foi superior entre os com 30-59 anos de idade, com 5-8 anos de escolaridade, com rastreio positivo para transtorno relacionado ao consumo de álcool e foi menor entre indivíduos com sobrepeso/obesidade. O tabagismo iniciou em média aos 17 anos, eram consumidos em média cerca de 14 cigarros/dia e a carga tabágica média foi de 22 maços/ano. O cigarro de papel enrolado à mão foi o mais consumido (57,6%).

Conclusões: aproximadamente um em cada seis adultos da zona rural de Pelotas é fumante atual. Os achados evidenciam a existência de desigualdades sociais relacionadas ao vício tabágico. As ações de prevenção e controle do uso do tabaco devem seguir sendo estimuladas, com atenção especial aos subgrupos mais vulneráveis.

Descritores: Hábito de Fumar. Adulto. População Rural. Prevalência. Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to estimate the prevalence of smoking and associated factors among residents of the rural area of Pelotas, Brazil.

Methods: a cross-sectional, population-based study of 1,519 individuals was carried out in 2016. Twenty-four of the 50 census tracts that compose the eight rural districts of the city were randomly selected. Individuals aged ≥ 18 years of the households selected were eligible. Were considered smokers those who smoked one or more cigarettes per day for at least one month and those who reported having quit smoking less than a month ago. The independent variables included socioeconomic, demographic, behavioral and health characteristics. Were investigated: age of onset, duration, number of cigarettes smoked per day, pack years and types of cigarettes consumed. Poisson regression was performed to obtain crude and adjusted prevalence ratios with 95% confidence interval (95%CI).

Results: smoking prevalence was 16.6% (95%CI 13.6-20.0%), twice higher in male than in female subjects (PR:1.99; 95%CI 1.44-2.74), among those in the D/E economic class compared to A/B (PR:2.23; 95%CI 1.37-3.62) and in those who considered their health bad/very bad compared to very good/good (PR:2.01; 95%CI 1.34-3.02). The prevalence of smoking was also higher among those with 30-59 years old, with 5-8 years of schooling, with positive screening for alcohol-related disorder and was lower among overweight/obese individuals. Smoking began on average at 17 years, the average number of cigarettes/day consumed was about 14 and the pack years average was 22. The paper hand-rolled cigarette was the most consumed (57.6%).

Conclusions: approximately one in six adults in rural Pelotas is a current smoker. The findings highlight the existing social inequalities related to tobacco addiction. Actions to prevent and control tobacco use should continue to be stimulated with special attention to the most vulnerable subgroups.

Keywords: Smoking. Adult. Rural Population. Prevalence. Cross-Sectional Studies.

Introdução

O tabagismo é reconhecido como doença epidêmica, um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponsável por cerca de 6 milhões de mortes por ano no mundo²⁶. Com frequência estimada de cerca de um bilhão de fumantes atualmente no mundo²⁶, a meta do Plano de Ação Global para Prevenção e Controle de DCNT é alcançar redução de 30% na prevalência de tabagismo, entre 2013 e 2020²⁴.

Ao reconhecer o tabagismo como importante problema de saúde pública, na década de 80 o Brasil criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e, posteriormente, em 2005, assinou o Tratado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco^{1,21}. Assim, uma série de medidas de monitoramento e prevenção do tabagismo foram adotadas, dentre as quais, proibição do uso de tabaco fumado em lugares públicos e meios de transporte coletivos, ampliação de impostos sobre produtos do tabaco e inclusão de advertências sobre os perigos do cigarro nos maços do produto^{1,17}.

O Brasil tem recebido destaque pela adoção de políticas para redução do tabagismo. Dentre os países participantes do *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), o Brasil apresentou a menor prevalência de fumantes atuais¹⁰. Inquéritos nacionais têm demonstrado contínua redução nas prevalências de tabagismo^{21,17}. Apesar da diminuição, a prevalência ainda é alta (14,7%) e distinta em relação a características sociodemográficas, região do país e localidade (urbana/rural)¹⁷.

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) avaliou indivíduos de 18 anos ou mais de todo o Brasil. O tabagismo foi mais frequente entre os homens, naqueles com baixa escolaridade, de cor da pele preta ou parda, residentes na região Sul e em localidades rurais¹³. Maiores prevalências de tabagismo na zona rural do Brasil, em comparação à urbana, já haviam sido verificadas em outras pesquisas^{1,21}.

Estudos de base populacional sobre fatores comportamentais e de saúde associados ao tabagismo em áreas rurais do país, não foram localizados na literatura.

Tendo em vista a importância do contínuo monitoramento para controle do uso do tabaco, além da identificação de grupos de risco para formulação de políticas de assistência qualificadas, direcionadas às necessidades particulares da

população, este estudo objetivou estimar a prevalência de tabagismo e sua relação com fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de saúde, entre adultos, residentes na zona rural de Pelotas, RS.

Métodos

Realizou-se estudo transversal de base populacional, entre janeiro-junho de 2016, com indivíduos que tivessem atingido a maioridade legal (≥ 18 anos) residentes da zona rural de Pelotas. Este município localiza-se na metade sul do Rio Grande do Sul e possui cerca de 330 mil habitantes, sendo cerca de 7% residentes da zona rural, a qual é composta por oito distritos¹².

Para cálculo do tamanho amostral considerou-se prevalência de tabagismo em torno de 20%^{9,13}, nível de confiança 95%, margem de erro de 3 pontos percentuais e efeito de delineamento de 2,0. Ao valor obtido, foram acrescidos 10%, para perdas/recusas. A amostra mínima requerida seria de 1458 indivíduos. Para análises de associação, o maior tamanho de amostra requerido foi de 1737 indivíduos (para identificar associação com cor da pele), após acréscimo de 10% para perdas/recusas e 15% para controle de confusão. O processo de amostragem foi realizado em dois estágios: primeiro, as unidades amostrais primárias foram 24 setores censitários selecionados aleatoriamente, proporcional ao número de domicílios permanentes em cada distrito, dentre os 50 que compõem a zona rural¹²; e, segundo, para seleção dos domicílios (30 em cada setor), foram identificados os núcleos comunitários de cada setor. Maiores detalhes sobre a metodologia do estudo estão disponíveis em outra publicação²⁸. Todos os moradores com ≥ 18 anos dos domicílios selecionados eram elegíveis para o estudo.

O desfecho de interesse foi tabagismo atual. Foram considerados “fumantes atuais” os indivíduos que fumavam um ou mais cigarros por dia, há pelo menos um mês, ou que relataram haver parado de fumar há menos de um mês. Foram considerados “ex-fumantes” aqueles que haviam parado de fumar há mais de um mês. Foram investigados idade de início e duração do tabagismo; intensidade (número médio de cigarros fumados/dia, atualmente e em todo o período de tabagismo); períodos de interrupção; e tipos de cigarros consumidos atualmente e ao longo do período. A partir da idade de início do tabagismo e idade atual, bem como da intensidade de consumo de tabaco e períodos de interrupção, foi construída a variável “carga tabágica” (“pack years”):

$$\{[(\text{Idade atual} - \text{idade de início}) - (\text{tempo sem fumar})] \times \text{número médio de cigarros/dia durante todo período de adição tabágica}\}/20.$$

Foram coletadas informações sobre características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde. As socioeconômicas incluíram: classe econômica segundo a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP)², que considera a posse de bens (televisão em cores, rádio, automóvel, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer), escolaridade do chefe da família, número de banheiros no domicílio e presença de empregada mensalista, a qual foi posteriormente categorizada em: A/B - mais ricas; C; D/E; escolaridade (0-4, 5-8 e ≥ 9 anos completos de estudo); situação atual de trabalho (não trabalha, não realiza trabalho rural e realiza trabalho rural) – variável construída a partir de questões sobre trabalho atual (sim/não), local de trabalho (cidade/zona rural/ambos) e a pergunta: “O(a) sr.(a) realiza algum trabalho rural, como os relacionados a plantação, criação de animais, pesca, entre outros? (sim ou não)”.

As características demográficas coletadas foram: sexo; idade (18-29, 30-39, 40-49, 50-59 e ≥ 60 anos); cor da pele auto-referida (branca e não branca); e situação conjugal (casado/com companheiro, divorciado/separado, solteiro e viúvo).

As variáveis comportamentais incluíram rastreio para transtorno relacionado ao consumo de álcool, avaliado pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT)³ (≥ 8 pontos considerado rastreio positivo)¹⁵ e prática de atividade física, avaliada pelo *Global Physical Activity Questionnaire* (QPAQ)²⁵, sendo indivíduos com ≥ 150 minutos/semana de atividade moderada a vigorosa, considerando os três domínios – trabalho, deslocamento e lazer – classificados como fisicamente ativos.

As variáveis relacionadas à saúde foram estado nutricional, presença de sintomas depressivos e autopercepção de saúde. Para o cálculo do estado nutricional, foram coletados o peso - com balanças eletrônicas marca TANITA®, modelo Ironman BC558, capacidade máxima de 150 quilogramas e precisão de 100 gramas - e altura, utilizando antropômetro adulto montável marca ALTURAEXATA®, com escala de 100 centímetros e graduação em milímetros. Foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) e categorizado em desnutrição ($<18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$) ou obesidade ($\geq 30\text{kg/m}^2$), de acordo com critérios da OMS²⁷. Como a proporção de indivíduos desnutridos foi muito baixa ($n=25$; 1,7%), nas análises estes foram incluídos no grupo dos eutróficos. A presença de sintomas depressivos foi avaliada pela *Edinburgh Depression Scale* (EPDS)⁸, sendo o escore ≥ 8 pontos considerado rastreio positivo¹⁸. A autopercepção de saúde foi categorizada em muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim.

A coleta dos dados foi realizada por entrevistadoras treinadas e padronizadas. Foram excluídos indivíduos com incapacidade cognitiva ou mental, que não contavam com auxílio de cuidadores/familiares; pessoas hospitalizadas ou institucionalizadas durante a coleta de dados; e os que não falavam/compreendiam português (pequena parcela da população tem origem Pomerana e não fala português). Definiram-se como perdas os que não foram encontrados após, pelo menos, três tentativas de contato, em dias e horários distintos; e, como recusas, os que não aceitaram participar. A qualidade dos dados coletados foi verificada pelos supervisores do trabalho de campo, por meio de ligação telefônica a cerca de 10% da amostra, aleatoriamente selecionada, para aplicação de versão reduzida do questionário. O coeficiente Kappa da variável tabagismo (sim/não) foi 0,96.

Os dados foram analisados no Software Stata, versão 14.0. Para análise, o desfecho foi dicotomizado em fumantes atuais e não fumantes (englobou indivíduos que nunca fumaram e ex-fumantes). Variáveis categóricas foram descritas como proporções, com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}), enquanto as numéricas, como médias (desvio padrão) e medianas (intervalo interquartil).

Inicialmente analisou-se a prevalência de fumantes atuais, de acordo com as variáveis independentes, utilizando-se o teste qui-quadrado de heterogeneidade. Foi realizada regressão de Poisson para obtenção das razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Na análise ajustada, seguiu-se modelo hierárquico, construído pelos autores, com três níveis. O primeiro nível (superior), mais distal, incluiu variáveis socioeconômicas; as variáveis demográficas compuseram o segundo nível; e as comportamentais e de saúde, o terceiro. As variáveis foram ajustadas para as de mesmo nível e para as de nível superior. Todas as variáveis foram levadas para a análise ajustada e selecionadas em *backward*, sendo mantidas aquelas com valor-p <0,20. Foi utilizado o comando svy, para considerar o efeito de delineamento amostral. Os dados foram ponderados em função do número de domicílios amostrados, em relação ao número total de domicílios permanentes em cada distrito.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, conforme Parecer Nº 1.363.979. A participação dos indivíduos foi voluntária e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelos participantes antes da coleta de dados.

Resultados

Foram identificados 1.697 adultos elegíveis para o estudo. As perdas contabilizaram 5,1% ($n=87$) e as recusas, 5,4% ($n=91$), restando 1.519 indivíduos entrevistados. Perdas e recusas foram maiores entre os homens ($p<0,001$) e naqueles com 18-24 anos de idade ($p=0,007$).

A prevalência de fumantes atuais foi 16,6% (IC_{95%} 13,6-20,0%) e 18,8% eram ex-fumantes (IC_{95%} 16,7-21,0%). A Tabela 1 mostra a descrição da amostra e a prevalência de tabagismo, de acordo com variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde. A maioria dos indivíduos pertencia à classe econômica C (53,7%) e a maior proporção (38,7%) tinha no máximo 4 anos de estudo. A maioria era do sexo feminino (51,7%), 40,5% não estavam trabalhando, mais de um quarto (26,8%) tinha idade ≥ 60 anos, a maioria eram brancos (85,1%) e casados(as) ou viviam com companheiro(a) (60,3%). Quanto às características comportamentais e de saúde, 8,6% apresentaram rastreio positivo para transtorno relacionado ao álcool, 83,6% eram fisicamente ativos, mais de um terço apresentou sobrepeso (36,0%) e rastreio positivo para sintomas depressivos (35,3%). Cerca de dois terços (64,1%) consideraram a própria saúde muito boa/boa.

A prevalência de fumantes atuais foi maior entre os que pertenciam à classe econômica D/E (25,7%), nos menos escolarizados (18,6%), nos homens (21,9% vs. 11,6% nas mulheres), naqueles com idades entre 50-59 anos (22,5%), nos não brancos (24,0%) e nos divorciados/separados (24,0%). Também foi superior entre indivíduos com rastreio positivo para transtorno relacionado ao álcool, um terço dos quais eram fumantes (33,5%), nos eutróficos (26,1%) e nos que percebiam a saúde como ruim/muito ruim (29,1%) (Tabela 1).

As características dos fumantes atuais estão descritas na Tabela 2. As médias de idade de início, duração e intensidade atual de consumo de cigarros foram, respectivamente, 16,9 anos (DP=5,3), 28,6 anos (DP=14,0) e 14,4 cigarros/dia (DP=10,8). A média geral de carga tabágica foi 22,0 maços/ano (DP=18,7). Destaca-se que, 66,3% dos fumantes referiram já ter interrompido o vício pelo menos uma vez na vida, sendo de 1,1 ano (DP=2,4) o tempo médio total de abstinência (dados não mostrados). Os tipos de cigarros consumidos são mostrados na Figura 1. O mais consumido durante todo o período de vício tabágico, foi o de papel enrolado à mão (57,6%), seguido do industrializado com filtro (39,8%).

A Tabela 3 apresenta as RP brutas e ajustadas de tabagismo conforme as variáveis independentes. Após ajuste, a prevalência de fumantes atuais foi mais de duas vezes maior entre os pertencentes à classe econômica D/E ($RP=2,23$; $IC_{95\%} 1,37-3,62$), comparados aos da classe A/B; e, 60% maior naqueles com 5-8 anos de estudo, em relação aos com 9 anos ou mais ($IC_{95\%} 1,11-2,42$). A prevalência foi quase 2 vezes maior entre os homens ($RP= 1,99$; $IC_{95\%} 1,44-2,74$), do que entre as mulheres e naqueles com 50-59 anos, comparados aos de 18-29 anos ($RP=1,97$; $IC_{95\%} 1,16-3,35$).

Indivíduos com rastreio positivo para transtorno relacionado ao álcool apresentaram cerca de 50% maior probabilidade de ser fumante atual. Indivíduos com sobrepeso/obesidade apresentaram menor prevalência de fumo atual do que os eutróficos. Ainda, o tabagismo foi 2 vezes mais frequente entre os que consideravam sua saúde ruim/muito ruim, em relação aos que a consideravam muito boa/boa (Tabela 3).

Para checar a possibilidade de que a inclusão de ex-fumantes no grupo de comparação pudesse enviesar as RP em direção à unidade, as análises foram repetidas comparando-se os fumantes atuais exclusivamente com os que nunca fumaram. Tais análises mostraram que os resultados foram muito semelhantes aos das análises anteriores, havendo pouca variação nas RP brutas e ajustadas.

Ainda, como as perdas e recusas foram maiores entre os homens, estimou-se a prevalência de tabagismo supondo-se, primeiro, que todos os homens fossem fumantes. Com isso, a prevalência geral de tabagismo seria de 22,7% ($IC_{95\%} 20,7-24,7\%$). Posteriormente, pressupôs-se o contrário, que todos eram não fumantes (nunca fumaram ou ex-fumantes) e a prevalência de tabagismo ficou em 15,0% ($IC_{95\%} 13,3-16,7\%$).

Discussão

O presente estudo mostrou que um em cada seis adultos da zona rural de Pelotas é fumante atual de tabaco. Quanto ao sexo, a relação de homens:mulheres tabagistas foi de 2:1. As prevalências também foram maiores naqueles de menor nível socioeconômico, com 5-8 anos de escolaridade, 30-59 anos de idade, com rastreio positivo para transtorno relacionado ao uso de álcool e que avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim. Ainda, a probabilidade de ser fumante foi menor naqueles com sobrepeso ou obesidade.

A proporção de fumantes encontrada nesse estudo é consistente com achados da zona rural do Brasil. Na PNS (2013), considerando apenas os fumantes diários de tabaco (mesma definição utilizada no presente estudo), a prevalência na zona rural foi 14,0% (IC_{95%} 12,7-15,2%), sendo 19,1% (IC_{95%} 17,2-20,9%) vs. 8,6% (IC_{95%} 7,4; 9,8%), para homens e mulheres, respectivamente¹³.

Realizar comparações com outros estudos conduzidos em localidades rurais é difícil, devido às diferentes metodologias e distintas definições do desfecho “tabagismo”. Resguardando essas diferenças metodológicas, de acordo com a OMS, as maiores prevalências de tabagismo (geral, áreas urbanas e rurais) são verificadas no continente europeu (cerca de 30%) e menores, na região africana (cerca de 12%)²⁶. Assim como no Brasil¹⁷, outros países verificaram maiores prevalência de tabagismo em áreas rurais²². Especificamente em Pelotas, inquérito de base populacional, realizado com adultos da zona urbana, em 2010, observou prevalência de tabagismo (utilizando o mesmo critério desse estudo) de 21,3% (IC_{95%} 19,3-23,3%)⁹, superior à encontrada na zona rural. Cabe salientar, no entanto, que a diferença nos períodos avaliados (2010 e 2016) tem uma importância singular, já que aquele mesmo estudo mostrou que, entre 2004 e 2010, a prevalência na área urbana reduziu de 26,6% para 21,3% (queda de 20% em 6 anos⁹). Portanto, caso fosse mantida a mesma taxa de redução na zona urbana, a prevalência de tabagismo em 2016 seria próxima à observada no atual estudo.

A média de idade de início do tabagismo observada vem ao encontro de achados de outros estudos^{5,6}. A média de cerca de 14 cigarros/dia também foi semelhante ao observado em inquérito nacional¹⁰, assim como em estudo de base populacional na zona rural do Marrocos⁵. Ainda, a carga tabágica média foi 22 maços/ano, aumentando com a idade, devido ao maior tempo de exposição ao vício.

Na zona rural dos Estados Unidos, entre indivíduos ≥60 anos, a média de 34,5 (DP=3,4) maços/ano foi similar ao observado nesse estudo⁴.

Em relação aos tipos de cigarro, verificou-se que o mais consumido foi o de papel enrolado à mão. Em 2008, no Brasil, também foi constatado maior uso de cigarros enrolados à mão na zona rural (13,8% vs. 3,6%, na zona urbana)¹. Uma possível explicação para esse achado talvez seja o menor custo dos cigarros enrolados, comparados aos prontos, além de a forma artesanal de produzir o próprio cigarro poder refletir um costume ou tradição mais comum em comunidades rurais. Contudo, é importante ressaltar que essa forma de consumo pode ser ainda mais prejudicial à saúde, já que estudos demonstraram que indivíduos que fumavam cigarros de palha ou papel enrolados à mão apresentaram maiores prevalências de bronquite crônica²⁰ e de doença pulmonar obstrutiva crônica¹⁹.

Não é apenas no Brasil que os homens fumam mais que as mulheres. Estudo que avaliou os outros 13 países participantes do GATS (inquéritos que incluíram zona urbana e rural) verificou que, em todos, as prevalências foram maiores nos homens²². Autores sugerem que essas diferenças podem refletir aspectos culturais e religiosos, além de que, globalmente, o consumo de cigarros iniciou mais precocemente entre os homens e demorou a ser introduzido no mundo feminino^{1,17}. Outra hipótese para essa diferença de gênero em relação ao tabagismo, especificamente no Brasil, é que os homens se expõem mais a comportamentos de risco (como o consumo excessivo de álcool)¹³ e, ao mesmo tempo, tomam menos cuidados relacionados à saúde (utilizam menos os serviços de saúde)¹³.

Neste estudo, o tabagismo foi mais frequente nos indivíduos de menor nível socioeconômico e com escolaridade intermediária. Inquéritos nacionais já haviam demonstrado achados semelhantes²¹. A PNS identificou maior frequência de fumantes diários de tabaco na zona rural entre aqueles com menor grau de instrução (17,6%; IC_{95%} 16,0-19,3%)¹³. Fora do Brasil, também foram encontradas maiores prevalências de tabagismo em áreas rurais entre os mais pobres^{11,16} e menos escolarizados^{11,14}.

Com relação às maiores prevalências de tabagismo em idades medianas observadas nesse estudo, ressalta-se que os achados também estão em consonância com o observado na PNS para fumantes diários em localidade rural. A maior prevalência no inquérito nacional foi na faixa etária de 40-59 anos (21,1%; IC_{95%} 18,7-23,6%) e menor, entre 18-24 anos (3,9%; IC_{95%} 2,6-5,1%)¹³. É provável

que as medidas de prevenção do tabagismo estejam influenciando os jovens a não fumarem. Contudo, no presente estudo não deve ser descartada a ocorrência do viés de sobrevivência para explicar a menor prevalência a partir dos 60 anos, visto que, diante da estreita relação entre tabagismo e uma série de morbidades²⁶, cabe a hipótese de que os fumantes tenham morrido em idades mais precoces, em decorrência de doenças tabaco-relacionadas. É possível, também, que os mais velhos tenham descontinuado o vício por aconselhamento médico ou devido a sintomas decorrentes do uso do tabaco.

A associação positiva verificada entre tabagismo e transtorno relacionado ao consumo de álcool já é bastante reconhecida na literatura. Achados semelhantes foram constatados em estudos em áreas rurais de outros países, a exemplo de inquéritos conduzidos no Quênia¹⁶ e na Índia¹⁴.

Relação inversa foi observada entre tabagismo e estado nutricional. Pesquisas revelam que a nicotina pode influenciar no aumento da taxa metabólica basal, além de que a dopamina e a serotonina liberadas atuam, em nível de hipotálamo, no controle e regulação do apetite e da saciedade⁷. Uma subanálise do presente estudo, para avaliar a associação entre tabagismo e estado nutricional, encontrou maiores prevalências de sobrepeso/obesidade entre os ex-fumantes, comparados aos fumantes atuais (77,1% e 46,5%, respectivamente; $p<0,001$), mesmo após ajuste para idade e sexo (dados não mostrados). Além do metabolismo basal diminuir na ausência da nicotina, pode ocorrer um aumento no consumo de alimentos calóricos, como mecanismo compensatório⁷.

Nesse estudo, maior probabilidade de ser fumante foi verificada entre os que consideraram sua saúde ruim/muito ruim. A pior percepção da saúde entre os tabagistas pode estar atrelada à maior ocorrência de morbidades nesses indivíduos, tendo em vista os malefícios do cigarro a curto, médio e longo prazo²⁶.

Como limitações do presente estudo, ressaltam-se as perdas e recusas maiores entre os homens, o que poderia subestimar a prevalência de tabagismo. De fato, nas análises de sensibilidade, se todos os homens considerados perdas/recusas fumassem, a prevalência geral seria maior (22,7%). Devido ao caráter transversal do estudo, há a possibilidade de viés de causalidade reversa para associações entre tabagismo e variáveis comportamentais e de saúde, as quais podem ser bidirecionais. Outra limitação diz respeito à obtenção de informações referidas, já que, tratando-se de comportamentos indesejáveis, há possibilidade de

subestimativas. Ainda, análises *post-hoc* mostraram que, para associação entre cor da pele e tabagismo, o poder foi de 87,8%. Porém, para as associações com EPDS e situação atual de trabalho, o poder foi muito baixo (6% e 12,9%, respectivamente). Em virtude de terem sido selecionados domicílios dos maiores núcleos e os residentes em áreas mais isoladas poderem ter comportamentos distintos, é possível que haja algum viés de seleção na amostra, cuja direção não é possível prever, em virtude de não se conhecer a natureza deste comportamento.

Dentre os aspectos positivos deste estudo, destacam-se: o fato de ser o primeiro estudo de base populacional realizado com adultos na zona rural de Pelotas; o baixo percentual de perdas e recusas; o controle de qualidade, para verificação da repetibilidade das respostas; e a descrição do perfil dos usuários de tabaco. Quanto a este último, as informações coletadas poderão ser úteis aos gestores locais de saúde para subsidiar ações de combate ao tabagismo, como intervenções educacionais direcionadas à prevenção do início do tabagismo entre os jovens. Ademais, este estudo poderá servir de linha de base, para posteriores análises de tendência e contínuo monitoramento do uso do tabaco na região.

Por fim, considerando-se a peculiaridade local relacionada à alta produção de fumo na região²³, bem como as maiores prevalências de tabagismo no Sul do país¹⁷, os dados demonstraram que a prevalência de tabagismo na zona rural de Pelotas foi menor do que a esperada, estando próxima à encontrada em inquérito nacional para a área rural do Brasil¹³. Também nas localidades rurais de Pelotas, o padrão de consumo de cigarros reflete as desigualdades sociais brasileiras, já que indivíduos mais pobres e com menor escolaridade são mais propensos a fumar.

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

Fontes de financiamento

O Consórcio de Pesquisa dos mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas foi financiado por recursos provenientes do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES).

Referências

1. Almeida L, Szklo A, Sampaio M, Souza M, Martins LF, Szklo M, Malta DC, Caixeta R. Global Adult Tobacco Survey Data as a Tool to Monitor the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) Implementation: The Brazilian Case. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2012; 9(7):2520-2536. DOI:10.3390/ijerph9072520.
2. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2014.
3. Babor TF, Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT - The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Genebra: World Health Organization/PAHO-92; 1992.
4. Bell RA, Arcury TA, Chen H, Anderson AM, Savoca MR, Kohrman T et al. Use of tobacco products among rural older adults: prevalence of ever use and cumulative lifetime use. *Addict Behav.* 2009; 34(8):662-7. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.03.031.
5. Berraho M, Serhier Z, Tachfouti N, Elfakir S, El Rhazi K, Slama K et al. Burden of smoking in Moroccan rural areas. *East Mediterr Health J.* 2010; 16(6):677-83.
6. Cai L, Wu X, Goyal A, Han Y, Cui W, Xiao X et al. Patterns and socioeconomic influences of tobacco exposure in tobacco cultivating rural areas of Yunnan Province, China. *BMC Public Health.* 2012; 12(1):1.
7. Chatkin R, Chatkin JM. Smoking and changes in body weight: can physiopathology and genetics explain this association?. *J. bras. pneumol.* 2007; 33(6):712-719. DOI.org/10.1590/S1806-37132007000600016.
8. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of post natal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987; 150(6): 782-786.
9. Dias-Dame JL, Cesar JA, Silva SM. [Time trends in smoking in an urban population: a population-based study in Southern Brazil]. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(11):2166-74. DOI.org/10.1590/S0102-311X2011001100010.
10. 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. DOI.org/10.1016/S0140-6736(12)61085-X.
11. Hanifi SM, Mahmood SS, Bhuiya A. Smoking has declined but not for all: findings from a study in a rural area of Bangladesh. *Asia Pac J Public Health.* 2011; 23(5):662-71. DOI: 10.1177/1010539509351051.
12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.

13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde; 2014. [citado 2016 nov 10] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>.
14. Kaur P, Rao SR, Radhakrishnan E, Ramachandran R, Venkatachalam R, Gupte MD et al. High prevalence of tobacco use, alcohol use and overweight in a rural population in Tamil Nadu, India. *Journal of postgraduate medicine*. 2011; 57(1): 9-15.
15. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of the Audit in urban Brazilian sample. *Alcohol and Alcoholism*. 2005; 40: 584-589. DOI: 10.1093/alcalc/agh202.
16. Lo TQ, Oeltmann JE, Odhiambo FO, Beynon C, Pevzner E, Cain KP et al. Alcohol use, drunkenness and tobacco smoking in rural western Kenya. *Trop Med Int Health*. 2013; 18(4):506-515. DOI: 10.1111/tmi.12066.
17. Malta DC, Vieira ML, Szwarcwald CL, Caixeta R, Brito SMF, Reis AAC. Tendência de fumantes na população Brasileira Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18 suppl 2: 45-56. DOI: 10.1590/1980-5497201500060005.
18. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa AP, da Silva DM, Abitante MS, Dall'Agnol TA, Santos IS. Validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry*. 2014 Oct 8;14:284. DOI: 10.1186/s12888-014-0284-x.
19. Menezes AMB, Hallal PC. Tabagismo. In: PLATINO: Projeto Latino- Americano de investigação em Obstrução Pulmonar. Associação Latino- Americana de Tórax (ALAT), 2006 p.79-91. [citado 2016 nov 10] Disponível em: http://www.platino-alat.org/docs/livro_platino_pt.pdf.
20. Menezes AM, Victora CG, Rigatto M. Chronic bronchitis and the type of cigarette smoked. *Int J Epidemiol*. 1995; 24(1): 95-9.
21. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85(7): 527-534. DOI.org/10.1590/S0042-96862007000700010.
22. Palipudi KM, Gupta PC, Sinha DN, Andes LJ, Asma S, McAfee T. Social determinants of health and tobacco use in thirteen low and middle income countries: evidence from Global Adult Tobacco Survey. *PLoS One*. 2012; 7: e33466. DOI: 10.1371/journal.pone.0033466.

23. SINDITABACO. Dimensão do setor. 2010. [citado 2016 nov 10] Disponível em: <<http://www.sinditabaco.com.br/?link=setor.dimensao>>.
24. World Health Organization (WHO). Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020; 2013 [citado 2016 nov 18] Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf.
25. World Health Organization (WHO). Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): Analysis Guide. Genebra, 2010.
26. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable disease 2014. Geneva: WHO; 2014 [citado 2016 nov 18] Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1.
27. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Obesity Technical Report Series, 2000; 284:256.
28. Xavier, MO. Epidemiologia do tabagismo na zona rural de Pelotas. 2016. 189 f. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia] – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, RS.

Tabela 1. Descrição da amostra e prevalência de tabagismo segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde. Zona rural de Pelotas, RS, 2016.

Características	N (%)	Prevalência de tabagismo N (%)	IC _{95%}	Valor-p*
Nível socioeconômico (ABEP) (n=1503)				
A/B	301 (20,0)	31 (10,2)	7,0 - 14,6	
C	814 (53,7)	113 (14,1)	10,9 - 18,1	<0,001
D/E	388 (26,3)	98 (25,7)	19,4 - 33,2	
Escolaridade (n=1509)				
0-4 anos	582 (38,7)	106 (18,6)	15,0 - 22,8	
5-8 anos	558 (36,9)	102 (18,5)	14,1 - 23,8	0,002
≥9 anos	369 (24,4)	38 (10,7)	7,6 - 14,9	
Situação atual de trabalho (n=1517)				
Não trabalha	613 (40,5)	99 (16,6)	12,9 - 21,2	
Não realiza trabalho rural	395 (26,1)	72 (18,3)	14,8 - 22,6	0,358
Realiza trabalho rural	509 (33,4)	76 (15,2)	11,8 - 19,3	
Sexo (n=1519)				
Masculino	734 (48,3)	159 (21,9)	18,5 - 25,6	
Feminino	785 (51,7)	88 (11,6)	8,2 - 16,2	<0,001
Idade (n=1519)				
18-29 anos	287 (18,9)	34 (12,4)	7,3 - 20,2	
30-39 anos	228 (15,1)	41 (18,4)	13,2 - 24,9	
40-49 anos	296 (19,6)	60 (20,4)	15,5 - 26,3	<0,001
50-59 anos	297 (19,5)	66 (22,5)	18,1 - 27,5	
60 anos ou mais	411 (26,8)	46 (11,3)	9,0 - 14,2	
Cor da pele (n=1519)				
Branca	1296 (85,1)	195 (15,2)	12,7 - 18,2	
Não Branca	223 (14,9)	52 (24,0)	16,1 - 34,3	0,026

Situação conjugal (n=1519)				
Casado/Companheiro	920 (60,3)	131 (14,4)	11,8 - 17,5	
Divorciado/Separado	67 (4,4)	16 (24,0)	15,4 - 35,3	
Solteiro	397 (26,4)	83 (21,4)	15,7 - 28,4	0,012
Viúvo	135 (8,9)	17 (12,9)	8,1 - 19,8	
Consumo de álcool (AUDIT) (n=1519)				
Sem risco	1390 (91,4)	204 (15,0)	12,0 - 18,6	
Transtorno relacionado ao álcool	129 (8,6)	43 (33,5)	25,7 - 42,2	<0,001
Prática de atividade física (GPAQ) (n=1441)				
Insuficientemente ativo	235 (16,4)	33 (14,4)	10,0 - 20,4	
Ativo	1206 (83,6)	203 (17,1)	13,8 - 21,0	0,371
Estado nutricional (n=1408)				
Eutrofia	474 (33,9)	123 (26,1)	20,3 - 32,9	
Sobrepeso	509 (36,0)	62 (12,5)	9,4 - 16,5	<0,001
Obesidade	425 (30,1)	44 (10,5)	6,9 - 15,6	
Sintomas depressivos (EPDS) (n=1453)				
Não	941 (64,7)	152 (16,5)	12,9 - 20,9	
Sim	512 (35,3)	88 (17,4)	13,5 - 22,1	0,749
Autopercepção de saúde (n=1507)				
Muito boa/boa	964 (64,1)	142 (14,9)	11,9 - 18,5	
Regular	461 (30,4)	80 (17,6)	14,9 - 20,6	0,001
Ruim/Muito Ruim	82 (5,5)	23 (29,1)	19,6 - 40,9	
TOTAL	1519 (100)	247 (16,6)	13,6 - 20,0	

IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%;

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa³; AUDIT: *Alcohol Use Disorder Identification Test*⁴; GPAQ: *Global Physical Activity Questionnaire*²⁶;
EPDS: *Edinburgh Depression Scale*⁹

*Valor-p: teste qui-quadrado de heterogeneidade

Tabela 2. Características dos fumantes atuais moradores da zona rural de Pelotas. Pelotas, RS, 2016.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mediana	IQ (75-25)*
Idade de início (anos)	16,9	5,3	16,0	4,0
Duração do vício** (anos)	28,6	14,0	28,0	20,5
Intensidade média atual (cigarros/dia)	14,4	10,8	11,0	14,0
Intensidade média ao longo da vida (cigarros/dia)	14,9	9,2	15,0	11,0
18-29 anos	12,5	6,8	15,0	15,0
30-39 anos	15,0	9,4	15,0	10,0
40-49 anos	15,6	9,7	15,0	10,0
50-59 anos	15,9	10,8	15,0	11,0
60 anos ou mais	14,0	7,2	12,0	10,0
Carga tabágica (maços-ano)	22,0	18,7	16,2	22,0
18-29 anos	5,5	4,0	4,0	5,2
30-39 anos	13,8	11,1	11,5	9,1
40-49 anos	21,1	15,1	18,2	17,5
50-59 anos	29,9	22,4	23,0	28,1
60 anos ou mais	32,9	16,9	32,9	27,1

* IQ: Intervalo interquartil; **Tempo total de tabagismo excluídos os períodos de interrupção (caso tenham ocorrido)

Tabela 3. Análise bruta e ajustada da associação entre fumantes atuais e variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde na zona rural de Pelotas. Pelotas, RS, 2016.

Variáveis*	Fumantes atuais			
	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP (IC _{95%})	Valor-p	RP (IC _{95%})	Valor-p
1º NIVEL				
Nível socioeconômico (ABEP)				
A/B	1		1	
C	1,38 (0,87 - 2,20)	<0,001**	1,27 (0,80 - 2,03)	0,002**
D/E	2,52 (1,58 - 4,02)		2,23 (1,37 - 3,62)	
Escolaridade				
0-4 anos	1,74 (1,28 - 2,37)		1,51 (1,00 - 2,28)	
5-8 anos	1,73 (1,23 - 2,44)	0,004	1,64 (1,11 - 2,42)	0,050
≥9 anos	1		1	
Situação atual de trabalho				
Não trabalha	1		1	
Não realiza trabalho rural	1,11 (0,83 - 1,47)	0,375	1,28 (0,92 - 1,79)	0,163
Realiza trabalho rural	0,91 (0,74 - 1,13)		0,95 (0,78 - 1,15)	
2º NIVEL				
Sexo				
Masculino	1,88 (1,39 - 2,54)		1,99 (1,44 - 2,74)	
Feminino	1	<0,001	1	<0,001
Idade				
18-29 anos	1		1	
30-39 anos	1,48 (1,01 - 2,16)		1,62 (1,11 - 2,37)	
40-49 anos	1,64 (1,06 - 2,54)	<0,001	1,84 (1,13 - 2,99)	<0,001
50-59 anos	1,81 (1,12 - 2,92)		1,97 (1,16 - 3,35)	
60 anos ou mais	0,91 (0,53 - 1,57)		0,92 (0,52 - 1,63)	
Cor da pele				
Branca	1	0,022	1	0,111

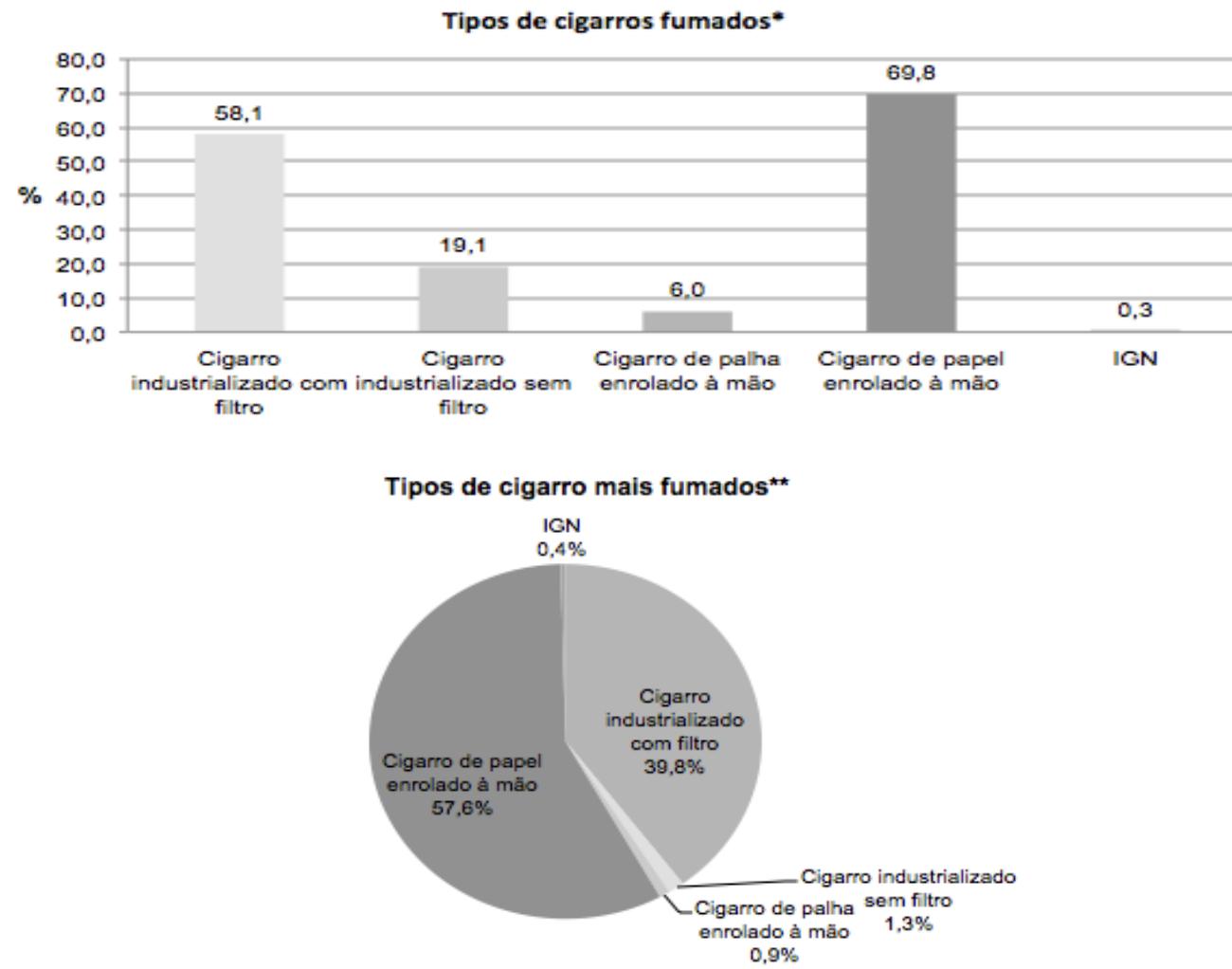
Não branca	1,58 (1,08 - 2,31)		1,33 (0,93 – 1,89)	
Situação conjugal				
Casado/Companheiro	1		1	
Divorciado/Separado	1,66 (1,08 - 2,56)	<0,001	1,38 (0,85 - 2,23)	
Solteiro	1,49 (1,09 - 2,02)		1,38 (1,03 - 1,86)	0,082
Viúvo	0,89 (0,54 - 1,49)		1,00 (0,55 - 1,81)	
3º NIVEL				
Consumo de álcool (AUDIT)				
Sem risco	1		1	
Transtorno relacionado ao álcool	2,24 (1,60 - 3,12)	<0,001	1,48 (1,04 - 2,10)	0,032
Estado nutricional				
Eutrofia	1		1	
Sobrepeso	0,48 (0,35 - 0,65)	<0,001	0,49 (0,36 - 0,66)	<0,001
Obesidade	0,40 (0,24 - 0,66)		0,42 (0,27 - 0,66)	
Autopercepção de saúde				
Muito boa/boa	1		1	
Regular	1,18 (0,97 - 1,44)	0,003	1,14 (0,91 - 1,43)	0,005
Ruim/Muito Ruim	1,95 (1,36 - 2,78)		2,01 (1,34 - 3,02)	

*Variáveis que permaneceram no modelo ajustado por níveis hierárquicos com valor-p < 0,20.

RP: Razão de prevalência; IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%;

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa³; AUDIT: *Alcohol Use Disorder Identification Test*⁴

Valor-p: Teste de Wald de heterogeneidade; **Valor-p do teste de Wald de tendência linear.



*Tipos de cigarros fumados atualmente (cada indivíduo podia referir mais de um tipo); **Tipo de cigarro mais fumado ao longo da vida (cada indivíduo podia referir apenas um).

Figura 1. Tipos de cigarros fumados por fumantes atuais residentes na zona rural de Pelotas, RS, 2016.

5. NOTA PARA A IMPRENSA (*PRESS RELEASE*)

Pesquisa aponta que 16% dos moradores da zona rural de Pelotas são fumantes

Um estudo da Universidade Federal de Pelotas revela que 16,6% dos moradores da zona rural de Pelotas são fumantes. A proporção é duas vezes maior entre os homens do que entre as mulheres – com percentuais de 21,9% no grupo masculino e 11,6% no feminino. A maioria (57,6%) tem preferência pelo consumo do cigarro de papel enrolado à mão.

“Pesquisas já tinham demonstrado que as formas artesanais de cigarro são bastante consumidas em áreas rurais, mas não esperávamos encontrar uma proporção tão alta na zona rural de Pelotas, quase 60%. É um dado que preocupa, pois essa forma de consumo do tabaco pode ser ainda mais prejudicial à saúde. Um amplo estudo realizado na América Latina mostrou que fumantes de cigarros feitos à mão, especialmente o de papel, apresentaram maiores prevalências de doença pulmonar obstrutiva crônica”, afirma a mestrandona Mariana Otero Xavier, autora de dissertação sobre o tema, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Dra. Iná da Silva dos Santos e co-orientada pela Dra. Bianca Del Ponte da Silva.

A coleta dos dados integrou o inquérito da Pesquisa sobre a Saúde da População Rural de Pelotas, realizada pelo curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel. Entre janeiro e junho de 2016, o estudo entrevistou 1519 moradores com 18 anos de idade ou mais nos oito distritos da zona rural de Pelotas - Cascata, Cerrito Alegre, Colônia Z3, Monte Bonito, Quilombo, Rincão da Cruz, Santa Silvana e Triunfo.

Os resultados apontam que aproximadamente uma em cada seis pessoas fuma, em média, 14 cigarros por dia, na população rural de Pelotas com 18 anos de idade ou mais. Ainda, 18% dos entrevistados são ex-fumantes, enquanto quase 70% dos que fumam já tentaram abandonar o vício pelo menos uma vez na vida.

De acordo com as análises, o número de fumantes é maior nas faixas etárias intermediárias (entre 30 e 59 anos) e menores frequências são observadas, tanto

nos mais jovem (18 a 29 anos), quanto nos idosos (60 anos ou mais). Em média, o consumo inicia aos 17 anos de idade.

Os dados mostram que o nível socioeconômico tem influência sobre o consumo de cigarros. O tabagismo é mais de duas vezes maior entre as pessoas das classes D/E em comparação com as das classes A/B.

Outro dado não menos importante revela associação entre consumo de tabaco e álcool. O percentual de fumantes é cerca de 50% maior entre aqueles que apresentam algum transtorno relacionado ao consumo de álcool em comparação com os que não apresentam esse tipo de transtorno.

“Nosso estudo faz o primeiro levantamento sobre o tabagismo na população rural de Pelotas, investigando a relação com fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde. Os resultados sugerem que políticas públicas de combate ao fumo na região devem levar em consideração as desigualdades sociais. O planejamento deve incluir estratégias de prevenção ao início precoce do vício, com atenção especial aos grupos menos escolarizados e com menor nível socioeconômico”, conclui a autora.

6. APÊNDICES E ANEXOS

6.1 Parecer do aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do Consórcio rural 2015/2016

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas - RS.

Pesquisador: Luciana Tovo Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51399615.7.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.363.979

Apresentação do Projeto:

A saúde de populações residentes em zonas rurais de municípios brasileiros tem sido estudada em algumas grandes pesquisas de âmbito nacional. Apesar disso, em comparação com os estudos em regiões urbanas, há uma escassez de pesquisas e estudos que se dedicuem a pesquisar exclusivamente as populações residentes em zonas rurais. A partir da constatação desta lacuna de conhecimento acerca destas populações específicas, esta pesquisa irá realizar um estudo transversal de base populacional na zona rural do município de Pelotas, RS. A presente pesquisa será realizada no formato de consórcio, método adotado pelo mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Neste formato, todos os mestrando dos anos 2015/2016, e alguns pesquisadores colaboradores do consórcio, realizam seus estudos a partir de uma coleta de dados realizada em conjunto. Dentro deste consórcio de pesquisa serão estudados temas relacionados à saúde da população adulta com 18 anos ou mais de idade residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, tais como os seguintes: qualidade de vida, qualidade de sono, hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, transtornos depressivos, obesidade, atividade física e avaliação dos serviços de saúde. Este consórcio de pesquisa tem como objetivo principal avaliar a saúde da população adulta residente na zona rural do município de Pelotas, RS. Como parte deste objetivo, pretende-se estimar as

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301
 Bairro: Centro CEP: 96.020-360
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.363.979

prevalências de alguns hábitos de vida e de agravos à saúde, bem como de alguns fatores relacionados a eles. Espera-se que os resultados obtidos através desta pesquisa forneçam informações importantes sobre o estado de saúde desta população, bem como permitam, a partir deste conhecimento, um melhor planejamento de futuras ações e planejamentos de saúde específicos para as necessidades da população estudada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a o estado de saúde da população adulta com 18 anos de idade ou mais, residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, e os fatores associados às condições pesquisadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto apresenta riscos mínimos

Benefícios:

Conhecer os estados de saúde e doença de uma população rural específica. Gerar conhecimentos que possam resultar em políticas públicas de saúde para a população estudada e, possivelmente, para outras populações residentes em zonas rurais do Brasil.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa "Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas - RS" é de extrema relevância para o conhecimento da saúde das populações rurais, pois poderá servir de base no planejamento de ações para área rural do município e mesmo de outras regiões rurais do Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301
 Bairro: Centro CEP: 96.020-360
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3564 E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.363.979

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Resposta.pdf	11/12/2015 15:50:37	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	Projetao.docx	11/12/2015 15:49:48	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_629937.pdf	23/11/2015 10:48:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFFPel.docx	23/11/2015 10:47:36	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	23/11/2015 10:46:19	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Mestrado_PPGE_UFFPel.pdf	23/11/2015 10:36:43	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 11 de Dezembro de 2015

Assinado por:

Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

6.2 Termo de consentimento livre e esclarecido do consórcio rural 2015/2016



Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Medicina

Departamento de Medicina Social

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr.(a),

Nós, professores e alunos do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa com a população que reside na zona rural de Pelotas, RS, com 18 anos ou mais de idade. O objetivo do estudo é avaliar as condições de saúde das pessoas que residem na zona rural do município. Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento da saúde da população rural de Pelotas com 18 ou mais anos de idade e deverão fazer parte de artigos científicos, podendo também ser divulgados nos jornais locais e na página oficial da internet do Centro de Pesquisas Epidemiológicas: <http://www.epidemio-ufpel.org.br>. *No final, pretendemos ainda enviar a todos os participantes um informativo sobre os principais resultados do estudo.*

Para que o(a) Sr.(a) possa entender melhor, informamos que:

PROCEDIMENTOS: Para participar da pesquisa o(a) Sr.(a) responderá a um questionário contendo perguntas sobre a sua saúde, hábitos de vida, alimentação, uso de medicamentos e de serviços de saúde, se pratica atividade física, entre outros temas importantes. Além disso, pretendemos realizar medidas da cintura e avaliar o peso e a altura. Com essas medidas poderemos avaliar a sua composição corporal. O(a) Sr.(a) receberá o resultado das medidas mediante contato pessoal ou telefônico.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação é voluntária. O(A) Sr.(a) mesmo após ter sido entrevistado poderá cancelar a sua participação no estudo, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

DESPESAS:O(A) Sr.(a) NÃO terá que pagar nada para participar do estudo, em momento algum.

RISCOS: A sua participação não trará riscos ou prejuízos à sua saúde ou segurança. Na realização das medidas toda a segurança será providenciada.

SIGILO: Garantimos total sigilo das informações obtidas, ou seja, tudo o que for respondido será usado somente para esta pesquisa e seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo.

Queremos salientar que alguns entrevistados poderão ser novamente entrevistados, especialmente quando algumas perguntas podem não ter sido feitas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas. O(A) Sr.(a) ficará com uma cópia deste documento com o nosso telefone e endereço, podendo nos procurar para tirar suas dúvidas sobre o estudo e a sua participação quando achar melhor. A sua assinatura nesse documento significa que entendeu todas as informações e concorda em participar desse estudo. Por favor, assinale abaixo os procedimentos que o(a) Sr.(a) concorda em fazer:

- Questionário
- Medida de peso e altura
- Medida de circunferência da cintura

NOME COMPLETO: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ___/___/2016

**Prof^a. Luciana Tovo
Rodrigues**

**Prof^a. Helen
Gonçalves**

**Prof^a. Maria Cecília
Formoso Assunção**

**Prof^a. Elaine
Tomasi**

(Pesquisadoras responsáveis)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel

Centro de Pesquisas Epidemiológicas

Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso

Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464

Tel/fax +55 (53)3284 – 1300 RAMAL CONSÓRCIO: 1334

6.3 Questionário apenas com questões utilizadas nesta dissertação (Blocos B e A)

BLOCO B – DOMICILIAR <i>COMPOSIÇÃO DE RENDA/BENS E DESPESAS</i> <i>Este bloco deve ser aplicado preferencialmente ao chefe da família</i>
<i>Entrevistadora:</i> ____ <i>Data da entrevista:</i> ____ / ____ / ____ — — <i>Horário de início da entrevista:</i> ____ : ____ <i>Número do distrito:</i> ____ <i>Número do setor:</i> ____ <i>Número do núcleo:</i> ____ <i>Número da família:</i> ____
IDENTIFICAR O RESPONDENTE (NOME): _____
<BOM DIA/ BOA TARDE>. MEU NOME É <ENTREVISTADORA>. ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, REALIZADA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. IREMOS ESTUDAR COMO ESTÁ A SAÚDE DOS ADULTOS MORADORES EM ÁREAS RURAIS DE PELOTAS. GOSTARIA DE CONVERSAR COM O(A) SR.(A) E É IMPORTANTE ESCLARECER QUE TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA. INICIALMENTE PRECISAMOS CONVERSAR COM O RESPONSÁVEL DA FAMÍLIA E DEPOIS PRECISAREMOS ENTREVISTAR OS MORADORES COM 18 ANOS DE IDADE OU MAIS.
B001) QUEM É O CHEFE DA SUA FAMÍLIA? (1) Próprio entrevistado (2) Pai (3) Mãe (4) Tio (5) Tia (6) Avô (7) Avó (10) Irmão (11) Irmã (12) Marido/Esposa (13) Outro QUAL? _____ <i>[grau de parentesco com o entrevistado]</i>
B002) ATÉ QUE ANO DE ESTUDO <O(A) SR(A)/ O CHEFE DA FAMÍLIA> COMPLETOU? ____ série/ano [00 = completou faculdade ou mais / 88 = nunca estudou / 99 = IGN] Grau: (<i>marcar</i>) (1) fundamental (2) médio (3) curso técnico ou médio integrado (4) faculdade (5) especialização/residência (6) mestrado (7) doutorado (8) NSA – nunca estudou (9) IGN

B003) QUANTAS PESSOAS MORAM NESTE DOMICÍLIO?

____ moradores
[99 = IGN]

B004) GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME DISSESSE O PRIMEIRO NOME DAS PESSOAS QUE MORAM NESTA CASA, COMEÇANDO PELO(A) SR(A). POR FAVOR, ME DIGA TAMBÉM A IDADE DELAS.

NOME:	QUAL A IDADE DO(A) <NOME>? [00 = menores de 1 ano]	Anotar o sexo: (1) Masculino (2) Feminino
1)	1) ____	1) ____
2)	2) ____	2) ____
3)	3) ____	3) ____
4)	4) ____	4) ____
5)	5) ____	5) ____
6)	6) ____	6) ____

AGORA VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE A ÁGUA E O ESGOTO DA SUA CASA.**B005) QUAL É A PRINCIPAL FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DA SUA CASA? *Ler opções***

- (1) Rede geral de distribuição do SANEP
- (2) Poço ou nascente na propriedade
- (3) Poço ou nascente fora da propriedade
- (4) Carro-pipa
- (5) Água da chuva armazenada em cisterna
- (6) Água da chuva armazenada de outro modo
- (7) Rio, lago
- (10) Outro **QUAL?** _____
- (9) IGN

B006) DENTRO DA SUA CASA, TEM ÁGUA ENCANADA EM PELO MENOS UMA PEÇA?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

B007) NA MAIORIA DAS VEZES, A ÁGUA QUE VOCÊS BEBEM NESTA CASA É...? *Ler opções*

- (1) Filtrada
- (2) Fervida
- (3) Filtrada e fervida
- (4) Água mineral industrializada de garrafa ou garrafão (*bombona*)
- (5) Direto da torneira / bica / poço
- (9) IGN

B008) O QUE É FEITO COM O LIXO DOMÉSTICO DESTA CASA?

- (1) Coletado por serviço de limpeza
- (2) Queimado na propriedade
- (3) Enterrado na propriedade
- (4) Jogado em terreno baldio ou logradouro
- (5) Jogado em rio ou lago
- (6) Outro **QUAL?** _____

(9) IGN
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ITENS QUE POSSAM TER NA SUA CASA. TODOS OS APARELHOS QUE VOU CITAR DEVEM ESTAR FUNCIONANDO, INCLUINDO OS QUE ESTÃO GUARDADOS. CASO NÃO ESTEJAM FUNCIONANDO, POR FAVOR, ME AVISE.
ME DIGA SE NA SUA CASA TEM E QUANTOS TÊM:
B009) ASPIRADOR DE PÓ? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B010) MÁQUINA DE LAVAR ROUPA? NÃO CONSIDERAR TANQUINHO (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B011) MÁQUINA DE SECAR ROUPA? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B012) MÁQUINA DE LAVAR LOUÇA? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B013) DVD, INCLUINDO QUALQUER APARELHO QUE LEIA DVD, MAS SEM CONTAR ODE AUTOMÓVEL? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B014) VIDEOCASSETE? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B015) GELADEIRA? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B016) FREEZER OU GELADEIRA DUPLEX? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B017) FORNO DE MICROONDAS? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B018) COMPUTADOR DE MESA? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B019) COMPUTADOR PORTÁTIL (NOTEBOOK OU NETBOOK)? <i>Não contar tablets, palms ou celular</i> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B020) RÁDIO? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B021) TELEVISÃO? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B022) APARELHO DE AR CONDICIONADO? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B023) TV A CABO OU POR ASSINATURA? <i>Não contar parabólica</i> (0) Não (1) Sim (9) IGN
B024) ACESSO À INTERNET? <i>Sem contar do celular</i> (0) Não (1) Sim (9) IGN
B025) AUTOMÓVEL DE PASSEIO? <i>Uso particular</i> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B026) MOTOCICLETA? <i>Somente uso particular</i> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
SE SIM NA B25 OU B26:
B027) NO ANO PASSADO (2015), QUAL FOI O VALOR TOTAL PAGO DE IPVA PARA ESSE(S) VEÍCULO(S)? (0) Isento de IPVA/Não pagou IPVA (1) Até 500 Reais

- (2) 501 a 1000 Reais
- (3) 1001 a 2000 Reais
- (4) Mais de 2000 Reais
- (8) NSA
- (9) IGN

AGORA VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE A CASA E O TERRENO ONDE VOCÊS MORAM.

B031) QUANTOS BANHEIROS EXISTEM NA CASA?

___ banheiros

[0 = sem banheiro / 9 = IGN] → Vá para B033

SE 1 BANHEIRO:

B031a) NESTE BANHEIRO, HÁ CHUVEIRO E/OU BANHEIRA?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA

SE RESPONDEU B031a → Vá para B032

SE 2 OU MAIS BANHEIROS:

B031b) DESTES BANHEIROS COM VASO SANITÁRIO, QUANTOS POSSUEM CHUVEIRO E/OU BANHEIRA?

___ banheiros

[00 = sem chuveiro e/ou banheira / 88 = NSA]

B032) PARA ONDE VAI O ESCOAMENTO DO(S) VASO(S) SANITÁRIO(S)...? Ler opções

- (1) Rede geral de esgoto
- (2) Fossa
- (3) Vala, valeta, valão
- (4) Direto para o rio ou lago
- (5) Outro **QUAL?** _____
- (8) NSA
- (9) IGN

B034) NA SUA CASA TEM EMPREGADOS(AS) DOMÉSTICO(AS), OU SEJA, QUE TRABALHEM SOMENTE NA LIDA DA CASA?

- (0) Não → Vá para B035
- (1) Sim
- (9) IGN → Vá para B035

a) **QUANTOS?** ___ empregado(as)

[88 = NSA]

[99 = IGN]

BLOCO A – INDIVIDUAL*Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos com 18 anos ou mais de idade**Entrevistadora:* ____*Data da entrevista:* ____ / ____ / ____ —*Horário de início da entrevista:* ____ : ____*Número do distrito:* ____*Número do setor:* ____*Número do núcleo:* ____*Número da família:* ____*Número da pessoa:* ____***OBS.: IGNORAR O ANÚNCIO PARA AQUELES QUE JÁ RESPONDERAM AO DOMICILIAR***

<BOM DIA/ BOA TARDE>. MEU NOME É <ENTREVISTADORA>. ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, REALIZADA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. ESTE É UM ESTUDO QUE IRÁ AVALIAR COMO ESTÁ SAÚDE E OUTROS ASPECTOS DA VIDA DOS ADULTOS MORADORES EM ÁREAS RURAIS DE PELOTAS. GOSTARIA DE CONVERSAR COM O(A) SR.(A) E É IMPORTANTE ESCLARECER QUE TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA.

A000) ENDEREÇO: _____

A000a) TELEFONE: _____

A001) QUAL O SEU NOME?

A002) QUAL É A SUA IDADE?

____ anos completos

A003) QUAL É A SUA DATA DE NASCIMENTO?

____ / ____ / ____ —

A004) A SUA COR OU RAÇA/ETNIA É...? *Ler opções*

(1) Branca (2) Preta/Negra (3) Mulata/Parda (4) Amarela (5) Indígena

A005) *Observar e anotar:* Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

A008) O(A) SR.(A) MORA COM COMPANHEIRO(A)?

(0) Não

(1) Sim

(9) IGN

A009) QUAL É O SEU ESTADO CIVIL...?

(1) Casado(a)/mora com companheiro(a) → Vá para A011

(2) Divorciado(a)/Separado(a)

(3) Solteiro(a)

(4) Viúvo(a)

(9) IGN → Vá para A011

SE O ENTREVISTADO RESPONDEU “SIM” NA QUESTÃO A008 → Vá para A011

A010) O(A) SR.(A) TEM NAMORADO(A)?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN

A011) O(A) SR.(A) SABE LER E ESCREVER?

- (0) Não → Vá para A016
- (1) Sim
- (2) Só assina → Vá para A016
- (8) NSA
- (9) IGN → Vá para A016

A012) O SR.(A) ESTÁ ESTUDANDO ATUALMENTE?

- (0) Não → Vá para A015
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN → Vá para A015

A013) EM QUE SÉRIE/ANO O SR.(A) ESTÁ?

____ série/ano
 [00 = faculdade ou mais]
 [33 = EJA/PEJA]
 [44 = Pré-vestibular]
 [88 = NSA / 99 = IGN]

Grau (*marcar*):

- (1) fundamental
- (2) médio
- (3) curso técnico ou médio integrado
- (4) curso técnico ou profissionalizante
- (5) faculdade
- (6) especialização/residência
- (7) mestrado
- (10) doutorado
- (11) curso preparatório
- (12) EJA/PEJA (atual supletivo)
- (8) NSA
- (9) IGN

SE FAZ EJA/PEJA (atual supletivo):

A014) EM QUAL NÍVEL O(A) SR.(A) ESTÁ NO EJA?

- (1) Nível fundamental – séries iniciais
- (2) Nível fundamental – séries finais
- (3) Ensino médio
- (8) NSA
- (9) IGN

***SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ ESTUDANDO ATUALMENTE (RESPONDEU “SIM” NA QUESTÃO A012)
 → Vá para A016***

SE O(A) ENTREVISTADO(A) FOR O CHEFE DA FAMÍLIA, VÁ PARA A016:

A015) ATÉ QUE SÉRIE/ANO O(A) SR.(A) COMPLETOU ANTES <DE PARAR DE ESTUDAR/ DE ENTRAR NO EJA/ DE ENTRAR NO CURSO TÉCNICO OU PROFISSIONALIZANTE / DE ENTRAR NO CURSO PREPARATÓRIO>?

____ série/ano

[00 = Completou faculdade ou mais]
 [88 = NSA/ 99=IGN]

Grau (*marcar*):

- (1) fundamental
- (2) médio
- (3) curso técnico ou médio integrado
- (4) faculdade
- (5) especialização/residência
- (6) mestrado
- (7) doutorado
- (8)NSA
- (9) IGN

A016) O(A) SR(A). ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE?

- (0) Não
- (1) Sim → Vá para A018
- (8) NSA
- (9) IGN → Vá para A018

A017) QUAL A SUA SITUAÇÃO NO MOMENTO...? Ler opções

- (1) Encostado(a) → Vá para A020
- (2) Do lar → Vá para A020
- (3) Desempregado(a) → Vá para A020
- (4) Aposentado → Vá para A020
- (5) Estudante → Vá para A020
- (6) Aposentado e trabalhando
- (8) NSA
- (9) IGN

SE O ENTREVISTADO(A) RESPONDEU A QUESTÃO A017 → Vá para A020

A018) O(A) SR(A). TRABALHA NA CIDADE, NA ZONA RURAL OU EM AMBOS OS LOCAIS?

- (1) Trabalho na cidade → Vá para A019
- (2) Trabalho na zona rural
- (3) Ambos os locais
- (8) NSA
- (9) IGN

A018a) O(A) SR.(A) REALIZA ALGUM TRABALHO RURAL, COMO OS RELACIONADOS A PLANTAÇÃO, CRIAÇÃO DE ANIMAIS, PESCA, ENTRE OUTROS?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) IGN

A019) QUE TIPO DE TRABALHO O(A) SR.(A) REALIZA?

- a) _____ [888 = NSA/ 999=IGN]
- b) _____ [888 = NSA/ 999 = IGN]

A020) NO MÊS PASSADO, <QUANTO O(A) SR.(A) GANHOU / QUAL FOI A SUA RENDA>?

- (1) Em R\$
- (2) Em salários mínimos → Vá para A020b

A020a) R\$ _____ → Vá para A021

[888= NSA]

[999=IGN]

[000= sem renda]

A020b) Número de salários mínimos? __ __, __
 [88,8= NSA]
 [99,9=IGN]
 [00,0= sem renda]

A020c) O VALOR DO SALÁRIO MÍNIMO QUE O(A) SR.(A) RECEBE É DE PISO NACIONAL, REGIONAL OU OUTRO?

- (1) Nacional
- (2) Regional
- (3) Outro
- (8) NSA
- (9) IGN

SE RELIZA TRABALHO RURAL, RESPONDER QUESTÕES A021 ATÉ A025

SE NÃO → Vá para A026

A023) QUAIS SÃO AS TAREFAS QUE O(A) SR.(A) COSTUMA FAZER, NO GERAL? *Múltipla escolha.*

Ler opções

- (1) Plantar lavoura
- (2) Colher lavoura
- (3) Fazer consertos
- (4) Lidar com máquinas
- (5) Cuidar horta
- (6) Podar plantação
- (7) Preparar solo
- (10) Cuidar lavoura
- (11) Lidar com animais
- (12) Usar produtos veterinários
- (13) Usar agrotóxicos
- (14) Armazenar produção
- (15) Cuidar da casa (limpar, organizar, cozinhar...)
- (16) Outro
- (8) NSA
- (9) IGN

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA SAÚDE OU COMO O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO.

A033) COMO O(A) SR.(A) CONSIDERA SUA SAÚDE...? *Ler opções*

- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (9) IGN

ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM:

A034) HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA), MESMO QUE CONTROLADA?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

A035) DIABETES OU AÇÚCAR ALTO NO SANGUE? (0) Não (1) Sim (9) IGN

A036) PROBLEMA NA TIROIDE? (0) Não (1) Sim (9) IGN

A037) INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, “CORAÇÃO FRACO” OU “CORAÇÃO GRANDE”?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

A038) ANGINA? (0) Não (1) Sim (9) IGN

- A039) **ASMA?** (0)Não (1)Sim (9)IGN
- A040) **BRONQUITE?** (0)Não (1)Sim (9)IGN
- A041) **ENFISEMA?** (0)Não (1)Sim (9)IGN
- A042) **ISQUEMIAS, DERRAMES CEREBRAIS?** (0)Não (1)Sim (9)IGN
- A043) **ARTRITE, REUMATISMO OU ARTROSE?** (0)Não (1)Sim (9)IGN
- A044) **DOENÇA DE PARKINSON?** (0)Não (1)Sim (9)IGN
- A045) **PERDA DA FUNÇÃO DOS RINS?** (0)Não (1)Sim (9)IGN
- A046) **COLESTEROL ALTO OU GORDURA NO SANGUE?**
(0)Não (1)Sim (9)IGN
- A047) **ÚLCERA NO ESTÔMAGO OU ÚLCERA NERVOSA?**
(0)Não (1)Sim (9)IGN
- A048) **SOMENTE PARA HOMENS: DOENÇA DA PRÓSTATA?**
(0) Não (1) Sim (9)IGN (8)NSA
- A049) **ALGUMA VEZ, UM MÉDICO DISSE QUE O(A) SR.(A) ESTAVA COM CÂNCER?**
(0) Não → Vá para A051
(1) Sim
(8) NSA
(9) IGN → Vá para A051
- A050) **QUAL(IS) TIPO(S) DE CÂNCER QUE O(A) SR.(A) TEM OU TEVE?**
-
-

[888 = NSA / 999 = IGN]

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO. PRIMEIRO VOU LHE PERGUNTAR SOBRE CIGARROS INDUSTRIALIZADOS (PRONTOS) OU FEITOS A MÃO. VAMOS CONSIDERAR COMO FUMANTE A PESSOA QUE FUMA UM OU MAIS CIGARRO(S) POR DIA HÁ MAIS DE UM MÊS.

- A082) **O(A) SR.(A) FUMA OU JÁ FUMOU?** Ler opções
(0) Não → Vá para A099
(1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) → Vá para A084
(2) Já fumou, mas parou de fumar
(9) IGN → Vá para A099

- A083) **HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE FUMAR?**

a) ___ anos
[99 = IGN / 88 = NSA]

b) ___ meses
[88 = NSA / 99 = IGN]

c) ___ dias
[88 = NSA / 99 = IGN]

SE PAROU HÁ MAIS DE UM MÊS (30 DIAS) → Vá para A099
SE PAROU HÁ MENOS DE UM MÊS (30 DIAS) → Vá para A092

- A084) **COM QUE IDADE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR?**

____ anos
[88 = NSA / 99 = IGN]

A085) HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMA? (CONSIDERAR O TEMPO TOTAL DE FUMO NA VIDA, DESDE QUE COMEÇOU A FUMAR, SEM DESCONTAR ALGUM PERÍODO QUE TENHA FICADO SEM FUMAR).

a)____ anos
[88 = NSA / 99 = IGN]

b)____ meses
[88 = NSA / 99 = IGN]

A086) DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, ALGUMA(S) VEZ(ES) O(A) SR.(A) PAROU DE FUMAR?

- (0) Não, nunca → Vá para A088
- (1) Sim

(8) NSA
(9) IGN → Vá para A088

A087) POR QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) FICOU SEM FUMAR?

a)____ anos
[88 = NSA / 99 = IGN]

b)____ meses
[88 = NSA / 99 = IGN]

c)____ dias
[88 = NSA / 99 = IGN]

A088) ATUALMENTE, QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMA POR DIA?

____ cigarros
[88 = NSA / 99 = IGN]

A089) CONSIDERANDO TODO O PERÍODO, DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUANTOS CIGARROS, EM MÉDIA, O(A) SR.(A) FUMOU POR DIA?

____ cigarros
[88 = NSA / 99 = IGN]

A090) O(A) SR.(A) FUMA: Ler opções

- a) **Cigarro industrializado com filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- b) **Cigarro industrializado sem filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- c) **Cigarro de palha enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- d) **Cigarro de papel enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- e) **Outro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se sim: **QUAL?** _____

A091) DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUAL O TIPO DE CIGARRO QUE O(A) SR.(A) MAIS TEM FUMADO? Marque apenas uma opção. Se for “outro”, especifique

- (1) Cigarro industrializado com filtro
- (2) Cigarro industrializado sem filtro
- (3) Cigarro de palha enrolado a mão
- (4) Cigarro de papel enrolado a mão
- (5) Outro **QUAL?** _____
- (8) NSA
- (9) IGN

SE O(A) ENTREVISTADO(A) FOR FUMANTE ATUAL → Vá para A099

*SEO(A) ENTREVISTADO(A) FOR EX-FUMANTE QUE PAROU DE FUMAR HÁ MENOS DE 30 DIAS
RESPOSTA AS QUESTÕES ABAIXO (A092 a A098). SE PAROU HÁ MAIS DE 30 DIAS → Vá para A099*

A092) COM QUE IDADE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR?

____ anos

[88 = NSA / 99 = IGN]

A093) DURANTE QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMOU? (CONSIDERAR O TEMPO TOTAL DE FUMO NA VIDA, DESDE QUE COMEÇOU A FUMAR, SEM DESCONTAR ALGUM PERÍODO QUE TENHA FICADO SEM FUMAR).

a) ____ anos

[88 = NSA / 99 = IGN]

b) ____ meses

[88 = NSA / 99 = IGN]

A094) DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, ALGUMA(S) VEZ(ES) O(A) SR.(A) PAROU DE FUMAR?

(0) Não, nunca → Vá para A096

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN → Vá para A096

A095) POR QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) FICOU SEM FUMAR?

a) ____ anos

[88 = NSA / 99 = IGN]

b) ____ meses

[88 = NSA / 99 = IGN]

c) ____ dias

[88 = NSA / 99 = IGN]

A096) ANTES DE PARAR DE FUMAR, QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMAVA POR DIA?

____ cigarros

[88 = NSA / 99 = IGN]

A096a) CONSIDERANDO TODO O PERÍODO, DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUANTOS CIGARROS, EM MÉDIA, O(A) SR.(A) FUMOU POR DIA?

____ cigarros

[88 = NSA / 99 = IGN]

A097) O(A) SR.(A) FUMAVA...? Ler opções

a) **Cigarro industrializado com filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

b) **Cigarro industrializado sem filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

c) **Cigarro de palha enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

d) **Cigarro de papel enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

e) **Outro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se sim: **QUAL?** _____

A098) DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUAL O TIPO DE CIGARRO QUE O(A) SR.(A) MAIS FUMOU? (Marque apenas uma opção. Se for “outro”, especifique).

(1) Cigarro industrializado com filtro

- (2) Cigarro industrializado sem filtro
- (3) Cigarro de palha enrolado a mão
- (4) Cigarro de papel enrolado a mão
- (5) Outro QUAL? _____
- (8) NSA
- (9) IGN

AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.

A099) ALGUM FAMILIAR COM LAÇO DE SANGUE DO(A) SR.(A) JÁ TEVE PROBLEMAS RELACIONADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL A PONTO DE PRECISAR DE ALGUM TIPO DE TRATAMENTO?

- (0) Não → Vá para A101
- (1) Sim
- (9) IGN → Vá para A101

A100) QUAL O PARENTESCO DESTE FAMILIAR COM O(A) SR.(A)? Múltipla escolha

- (1) Pai
- (2) Mãe
- (3) Irmãos QUANTOS? _____
- (4) Avós maternos
- (5) Avós paternos
- (6) Parentes de segundo grau maternos (tio/tia/primos)
- (7) Parentes de segundo grau paternos (tio/tia/primos)
- (10) Outro QUAL GRAU DE PARENTESCO? _____
- (8) NSA
- (9) IGN

A101) COM QUE IDADE O(A) SR.(A) EXPERIMENTOU BEBIDAS ALCOÓLICAS PELA PRIMEIRA VEZ?

— anos completos

[00= nunca bebeu → Vá para A112/ IGN = 99]

AGORA EU FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES. É MUITO IMPORTANTE PARA NÓS SABERMOS QUANTO O(A) SENHOR (A) GERALMENTE BEBE E SE EM ALGUM MOMENTO JÁ TEVE ALGUM TIPO DE PROBLEMA COM BEBIDAS ALCOÓLICAS. POR FAVOR, SEJA O MAIS SINCERO E PRECISO O POSSÍVEL. TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO TRATADAS COM TOTAL SIGILO.

A102) QUANTAS VEZES POR ANO, MÊS OU SEMANA O(A) SR.(A) TOMA BEBIDAS DE ÁLCOOL?

Ler opções

- (0) Nunca → Vá para A112
- (1) Uma vez por mês ou menos
- (2) Duas a quatro vezes por mês
- (3) Duas a três vezes por semana
- (4) Quatro ou mais vezes por semana
- (9) IGN → Vá para A112

A103) NAS OCASIÕES EM QUE BEBE, QUANTAS DOSES, COPOS OU GARRAFAS O(A) SR.(A) COSTUMA BEBER? Mostrar cartão 2A

— doses

[88 = NSA / 99=IGN]

A104) QUANTAS VEZES POR ANO, MÊS OU SEMANA O(A) SR.(A) TOMA “SEIS OU MAIS DOSES” EM UMA OCASIÃO... Ler opções e mostrar cartão 2B

- (0) Nunca

- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos
- (8) NSA
- (9) IGN

A105) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) ACHOU QUE NÃO SERIA CAPAZ DE CONTROLAR A QUANTIDADE DE BEBIDA DEPOIS DE COMEÇAR? *Ler opções*

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos
- (8) NSA
- (9) IGN

A106) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) NÃO CONSEGUIU CUMPRIR COM ALGUM COMPROMISSO POR CAUSA DA BEBIDA? *Ler opções*

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos
- (8) NSA
- (9) IGN

A107) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) DEPOIS DE TER BEBIDO MUITO, PRECISOU BEBER PELA MANHÃ PARA SE SENTIR MELHOR? *Ler opções*

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos
- (8) NSA
- (9) IGN

A108) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) SENTIU CULPA OU REMORSO DEPOIS DE BEBER? *Ler opções*

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos
- (8) NSA
- (9) IGN

A109) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) NÃO CONSEGUIU SE LEMBRAR DO QUE ACONTEceu NA NOITE ANTERIOR POR CAUSA DA BEBIDA? *Ler opções*

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês

- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos
- (8) NSA
- (9) IGN

AGORA FAREI MAIS DUAS PERGUNTAS SOBRE USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, PORÉM ESSAS PODEM SE REFERIR A TODO O PERÍODO DE SUA VIDA, E NAO SOMENTE AO ÚLTIMO ANO (12 MESES).

A110) ALGUMA VEZ NA VIDA O(A) SR.(A) OU ALGUMA OUTRA PESSOA JÁ SE MACHUCOU, SE PREJUDICOU POR CAUSA DE O(A) SR.(A) TER BEBIDO? *Ler opções*

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano
- (8) NSA
- (9) IGN

A111) ALGUMA VEZ NA VIDA ALGUM PARENTE, AMIGO, MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ SE PREOCUPOU COM O(A) SR.(A) POR CAUSA DE BEBIDA OU LHE DISSE PARA PARAR DE BEBER? *Ler opções*

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano
- (8) NSA
- (9) IGN

ALERTA:As questões A135 até A144 só poderão ser respondidas pelo(a) próprio(a) entrevistado(a). NÃO poderão ser respondidas por outra pessoa (cuidador ou responsável).

O(A) entrevistado(a) está respondendo o questionário sozinho(a) ou sem ajuda?

- (0) Não →Vá para A145
- (1) Sim

AGORA EU VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS E O(A) SR.(A.) IRÁ ESCOLHER A RESPOSTA QUE MELHOR REFLETE COMO TEM SE SENTIDO NA ÚLTIMA SEMANA

ATENÇÃO: Entregue o cartão 3 ao(a) entrevistado(a) para que ele(a) acompanhe a aplicação do questionário.

A135) O(A) SR.(A) TEM SIDO CAPAZ DE RIR E ACHAR GRAÇA DAS COISAS...? *Mostrar cartão 3*

- (0) Como sempre fiz

- (1) Não tanto quanto antes

- (2) Sem dúvida, menos que antes

- (3) De jeito nenhum

- (8) NSA

- (9) IGN

A136) O(A) SR.(A) TEM PENSADO NO FUTURO COM ALEGRIA...? *Mostrar cartão 3*

- (0) Sim, como de costume

- (1) Um pouco menos que de costume

- (2) Muito menos que de costume

- (3) Praticamente não

- (8) NSA

- (9) IGN

A137) O(A) SR.(A) TEM SE CULPADO SEM RAZÃO QUANDO AS COISAS DÃO ERRADO...? *Mostrar cartão 3*

- (0) Não, de jeito nenhum
- (1) Raramente
- (2) Sim, às vezes
- (3) Sim, muito frequentemente
- (8) NSA
- (9) IGN

A138) O(A) SR.(A) TEM FICADO ANSIOSO(A) OU PREOCUPADO(A) SEM UMA BOA RAZÃO...? *Mostrar cartão 3*

- (3) Sim, muito seguido
- (2) Sim, às vezes
- (1) De vez em quando
- (0) Não, de jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN

A139) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO ASSUSTADO(A) OU EM PÂNICO SEM UM BOM MOTIVO...?

Mostrar cartão 3

- (3) Sim, muito seguido
- (2) Sim, às vezes
- (1) Raramente
- (0) Não, de jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN

A140) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO SOBRECARREGADO(A) PELAS TAREFAS E ACONTECIMENTOS DO SEU DIA-A-DIA...? *Mostrar cartão 3*

- (3) Sim. Na maioria das vezes não consegue lidar bem com eles
- (2) Sim. Algumas vezes consegue lidar bem como antes
- (1) Não. Na maioria das vezes consegue lidar bem com eles
- (0) Não. Consegue lidar com eles tão bem quanto antes
- (8) NSA
- (9) IGN

A141) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TÃO INFELIZ QUE TEM TIDO DIFICULDADE DE DORMIR...? *Mostrar cartão 3*

- (3) Sim, na maioria das vezes
- (2) Sim, algumas vezes
- (1) Raramente
- (0) Não, nenhuma vez
- (8) NSA
- (9) IGN

A142) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TRISTE OU MUITO MAL...? *Mostrar cartão 3*

- (3) Sim, na maioria das vezes
- (2) Sim, muitas vezes
- (1) Raramente
- (0) Não, de jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN

A143) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TÃO TRISTE QUE TEM CHORADO...? *Mostrar cartão 3*

- (3) Sim, a maior parte do tempo

- (2) Sim, muitas vezes
- (1) Só de vez em quando
- (0) Não, nunca
- (8) NSA
- (9) IGN

A144) O(A) SR.(A) TEM PENSADO EM FAZER ALGUMA COISA CONTRA SI MESMO(A) ...? *Mostrar cartão 3*

- (3) Sim, muitas vezes
- (2) Às vezes
- (1) Raramente
- (0) Nunca
- (8) NSA
- (9) IGN

ATENÇÃO!!

Se a soma das alternativas de resposta (questões A135 a A144) for
→ IGUAL OU MAIOR A 13, ao final da entrevista entregue a lista com locais
 de atendimento ao entrevistado.

ALERTA: Para as questões A145 até A159, serão excluídos os indivíduos cadeirantes e/ou acamados ou com alguma impossibilidade de permanecer em pé.

- O(A) entrevistado(a) apresenta alguma dessas condições?
- (0) Não
 - (1) Sim → Vá para A160

**AGORA EU PERGUNTAREI SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO
 DIFERENTES TIPOS DE ATIVIDADES FÍSICAS EM UMA SEMANA NORMAL.**

**POR FAVOR, RESPONDA ESTAS PERGUNTAS MESMO QUE NÃO SE CONSIDERE UMA PESSOA
 FISICAMENTE ATIVA.**

PENSE PRIMEIRO SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA NO TRABALHO.

**CONSIDERE TRABALHO COMO SENDO AS TAREFAS QUE O(A) SR.(A) TEM QUE FAZER,
 REMUNERADAS OU VOLUNTÁRIAS, INCLUINDO ESTUDAR, TREINAR, ARRUMAR A CASA OU
 VARRER O QUINTAL.**

PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES, POR FAVOR, CONSIDERE QUE ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE CAUSAM UM GRANDE AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO, E QUE ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELA QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MODERADO E PROVOCAM UM PEQUENO AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO.

A145) O SEU TRABALHO ENVOLVE ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS COMO CARREGAR GRANDES PESOS, CAPINAR, TRABALHAR COM ENXADA OU TRABALHAR COM CONSTRUÇÃO, FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS DENTRO DE CASA OU NO QUINTAL POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS? *Mostrar cartão 4A*

- (0) Não → Vá para A148
- (1) Sim

(9) IGN → Vá para A148

A146) EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) FAZ ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS COMO PARTE DO SEU TRABALHO?

___ dias
[8 = NSA / 9=IGN]

A147) QUANTO TEMPO O(A)SR.(A)PASSA REALIZANDO ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS EM UM DIA NORMAL DE TRABALHO?

___ horas ___ minutos
[88/88 = NSA / 99/99=IGN]

A148) O SEU TRABALHO ENVOLVE ATIVIDADES DE INTENSIDADE MÉDIA COMO CAMINHAR EM RITMO RÁPIDO OU CARREGAR PESOS LEVES, ATIVIDADES DOMÉSTICAS DENTRO DE CASA OU NO QUINTAL COMO VARRER, ASPIRAR, OU CORTAR A GRAMA POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS? Mostrar cartão 4B

- (0) Não → Vá para A151
(1) Sim
(9) IGN → Vá para A151

A149) EM UMA SEMANA NORMAL, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) REALIZA ATIVIDADES DE INTENSIDADE MÉDIA COMO PARTE DO SEU TRABALHO?

___ dias
[8 = NSA / 9=IGN]

A150) QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO ATIVIDADES DE INTENSIDADE MÉDIA EM UM DIA NORMAL DE TRABALHO?

___ horas [88/88 = NSA / 99/99 = IGN]
___ minutos[88/88 = NSA / 99/99=IGN]

**POR FAVOR, PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES EXCLUA AS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR.(A) REALIZA NO TRABALHO E JÁ MENCIONADAS ANTERIORMENTE.
AGORA, POR FAVOR, PENSE SOBRE COMO O(A) SR.(A) COSTUMA SE DESLOCAR DE UM LUGAR PARA OUTRO, COMO, POR EXEMPLO, PARA IR AO TRABALHO, MERCADO, IGREJA, LAVOURA OU OUTROS LOCAIS QUE O(A) SR.(A) FREQUENTA.**

A151) O(A) SR.(A) CAMINHA OU UTILIZA BICICLETA POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS PARA IR DE UM LUGAR PARA OUTRO?

- Mostrar cartão 4C
(0) Não → Vá para A154
(1) Sim
(9) IGN → Vá para A154

A152) EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) CAMINHA OU ANDA DE BICICLETA POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO?

___ dias
[8 = NSA / 9=IGN]

A153) QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA CAMINHANDO OU ANDANDO DE BICICLETA PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO EM UM DIA NORMAL?

___ horas ___ minutos
[88/88 = NSA / 99/99=IGN]

POR FAVOR, PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES NÃO CONSIDERE AS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR.(A) REALIZA NO SEU TRABALHO OU AO SE DESLOCAR DE UM LUGAR PARA O OUTRO, QUE O(A) SR.(A) JÁ MENCIONOU ANTERIORMENTE.

AGORA, POR FAVOR, PENSE SOBRE ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS E OUTRAS ATIVIDADES RECREATIVAS COMO DANÇAR E PEDALAR, QUE O(A) SR.(A) FAZ EM UMA SEMANA NORMAL. LEMBRE-SE QUE ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE CAUSAM UM GRANDE AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO, E QUE ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELAS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MODERADO E PROVOCAM UM PEQUENO AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO.

A154) O(A) SR.(A) REALIZA ALGUM ESPORTE, EXERCÍCIO FÍSICO OU ATIVIDADE RECREATIVA INTENSA COMO CORRER OU PRATICAR ESPORTES INTENSOS COMO GINÁSTICA AERÓBICA, FUTEBOL, PEDALAR RÁPIDO DE BICICLETA, BASQUETE, VÔLEI, MUSCULAÇÃO, LUTAS POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS? *Mostrar cartão 4D*

- (0) Não → Vá para A157
- (1) Sim
- (9) IGN → Vá para A157

A155) EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) REALIZA ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ATIVIDADES RECREATIVAS INTENSAS?

__ dias

[8 = NSA / 9=IGN]

A156) QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ATIVIDADES RECREATIVAS INTENSAS EM UM DIA NORMAL?

__ horas __ minutos
[88/88 = NSA / 99/99=IGN]

A157) O(A) SR.(A) REALIZA ALGUM ESPORTE, EXERCÍCIO FÍSICO OU ATIVIDADE RECREATIVA DE INTENSIDADE MÉDIA COMO CAMINHARRÁPIDO, PEDALAR DEVAGAR A BICICLETA, NADAR, GINÁSTICA, YÔGA, PILATES, JOGAR ESPORTES RECREATIVOS POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS? *Mostrar cartão 4E*

- (0) Não → Vá para A160
- (1) Sim
- (9) IGN

A158) EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) REALIZA ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ATIVIDADES RECREATIVAS DE INTENSIDADE MÉDIA?

__ dias
[8 = NSA / 9=IGN]

A159) QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ATIVIDADES RECREATIVAS DE INTENSIDADE MÉDIA EM UM DIA NORMAL?

__ horas __ minutos
[88/88 = NSA / 99/99=IGN]

AGORA, POR FAVOR, PENSE SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA SENTADO EM CASA, NO TRABALHO OU SE DESLOCANDO DE CARRO/ÔNIBUS. POR FAVOR, NÃO CONSIDERE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA DORMINDO.

A160) QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) COSTUMA FICAR SENTADO(A) OU RECLINADO(A) EM UM

DIA NORMAL? Mostrar cartão 4F

____ horas ____ minutos

[88/88 = NSA / 99/99=IGN]

MEDIDAS

A171) *Observar e anotar. O(A) entrevistado(a) tem alguma impossibilidade de permanecer na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados ou com prótese nos membros inferiores)?*

(0) Não

(1) Sim → Vá para A174

SÓ PARA MULHERES:

A172) **A SRA ESTÁ GRÁVIDA OU TEVE FILHO HÁ MENOS DE 6 MESES?**

(0) Não

(1) Sim → Vá para A174

(8) NSA

A173) **O(A) SR.(A) USA GESSO EM ALGUMA PARTE DO CORPO?**

(0) Não

(1) Sim → Vá para medida 3

Medida 1 – AGORA, GOSTARIA DE MEDIR A SUA ALTURA. O(A) SR.(A) PODE FICAR DESCALÇO, POR FAVOR. SUBA NO ESTADIÔMETRO DE COSTAS PARA ELE, COM OS PÉS JUNTOS, DE MANEIRA QUE OS OSSOS DO TORNOZELO FIQUEM ENCOSTADOS. POR FAVOR, PERMANEÇA COM AS MÃOS AO LONGO DO CORPO E OLHANDO PARA FREnte.

Alerta: Para registrar a medida utilize vírgula. Utilize a casa decimal após a vírgula e não arredonde.

Resultado da medida 1: ____ , ____ cm

[888,8 = NSA]

[999,9 = IGN]

Se a altura não pode ser medida por qualquer motivo, registre aqui:

Medida 2 :AGORA, GOSTARIA DE PESAR O(A) SR.(A). POR FAVOR, VOU PRECISAR QUE O(A) SR.(A) SUBA NA BALANÇA E OLHE PARA FREnte, COM OS BRAÇOS AO LONGO DO CORPO. PERMANEÇA EM PÉ, COM O PESO IGUALMENTE DISTRIBUÍDO EM AMBOS OS PÉS.

Alerta: Para registrar a medida utilize vírgula. Preencha todas as casas, incluindo o zero quando necessário e não arredonde. Ex.: 90,8 = 090,8

Anote o valor que aparecer no visor da balança:

____ , ____ kg

[888,8 = NSA]

[999,9 = IGN]

Se o peso não pode ser aferido por qualquer motivo, registre aqui.

Anote as roupas que o entrevistado está usando.

MUITO OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO E POR TER RESPONDIDO NOSSAS PERGUNTAS!

6.4 Manual de instruções apenas para o bloco de perguntas sobre tabagismo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



Saúde rural
Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas

MANUAL DE INSTRUÇÕES

PELOTAS
Janeiro de 2016

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO. PRIMEIRO VOU LHE PERGUNTAR SOBRE CIGARROS INDUSTRIALIZADOS (PRONTOS) OU FEITOS A MÃO. VAMOS CONSIDERAR COMO FUMANTE A PESSOA QUE FUMA UM OU MAIS CIGARRO(S) POR DIA HÁ MAIS DE UM MÊS.

A082) **O(A) SR.(A) FUMA OU JÁ FUMOU?** Ler opções

(0) **Não** → vá para A099

(1) **Sim, fuma(1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)** → vá para A084

(2) **Já fumou, mas parou de fumar**

(9) **IGN** → vá para A099

→ Se fumar menos de um cigarro por dia (por exemplo, só nos finais de semana ou só em festas) e/ou há menos de um mês, considere como "(0) Não".

Atenção: não se incluem indivíduos que fumam cigarros que não sejam de tabaco (cigarros de maconha, por exemplo). Também não serão incluídos indivíduos que fumam outros produtos do tabaco, como charuto, cachimbo, cigarrilhas, narguilé (ou cachimbo d'água) e produtos do tabaco que não fazem fumaça, como rapé e fumo para mascar.

No caso de questionário impresso:

→ Se "(0) Não", preencha da questão **A083** até **A098** com "(8) NSA", e prossiga o questionário normalmente a partir da questão **A099**.

→ No caso de uma resposta "(1) Sim, fuma(1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)", preencha a questão **A083** com "(8) NSA" e prossiga o questionário normalmente a partir da questão **A084** até **A091** e as questões de **A092** até **A098** deverão ser preenchidas com "(8) NSA". Após, prossiga o questionário normalmente a partir da questão **A099**.

→ Se a resposta for "(2) Já fumou, mas parou de fumar", prossiga o questionário respondendo a questão **A083**.

→ Lembrando que no *tablet* esses pulos ocorrerão de forma automática.

A083) HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE FUMAR?

a) ____ anos

[99 = IGN]

[88 = NSA]

b) ____ meses

[88 = NSA]

[99 = IGN]

c) ____ dias

[88 = NSA]

[99 = IGN]

SE PAROU HÁ MAIS DE UM MÊS (30 DIAS) → VÁ PARA A099

SE PAROU HÁ MENOS DE UM MÊS (30 DIAS) → VÁ PARA A092

→ Se o(a) entrevistado(a) parou de fumar há menos de um mês (30 dias), preencha da questão **A084** até **A091** com "(8) NSA" e prossiga o questionário normalmente a partir da questão **A092**.

→ Se o(a) entrevistado(a) parou de fumar há um mês (30 dias) ou mais, preencha da questão **A084** até **A098** com "(8) NSA", e prossiga o questionário normalmente a partir da questão **A099**.

No *tablet*, a pergunta virá dividida. Preencha o campo "____ anos" com o número de anos, aperte "Next" e, então, preencha o campo "____ meses" com o número correspondente de meses "sobressalentes" (ano incompleto). No caso da ausência de anos ou meses, preencha as lacunas com "00" no campo correspondente. Por exemplo, seis meses correspondem a "00 anos", "06 meses" e "00 dias"; um ano e meio seria igual a "01 ano", "06 meses" e "00 dias"; dois anos correspondem a "02 anos", "00 meses" e "00 dias". Da mesma forma, se parou de fumar há apenas

alguns dias, preencha as lacunas com “00 anos” e “00 meses” e inclua o número de dias que o(a) entrevistado(a) parou de fumar no espaço correspondente aos dias. Por exemplo, parou há nove dias: “00 anos”; “00 meses” e “09 dias”.

→ Lembrando que no *tablet* os pulos ocorrerão de forma automática.

A084) COM QUE IDADE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR?

____ anos

[88 = NSA]

[99 = IGN]

→ Digite a idade em anos completos. Se o(a) entrevistado(a) não souber responder, digite “99”.

A085) HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMA? (CONSIDERAR O TEMPO TOTAL DE FUMO NA VIDA, DESDE QUE COMEÇOU A FUMAR, SEM DESCONTAR ALGUM PERÍODO QUE TENHA FICADO SEM FUMAR).

a)____ anos

[88 = NSA]

[99 = IGN]

b)____ meses

[88 = NSA]

[99 = IGN]

→ Anotar há quanto tempo o(a) entrevistado(a) fuma, desde que começou a fumar, independentemente se parou em algum momento da vida. Se houve algum ou alguns períodos que o(a) entrevistado(a) ficou sem fumar (interrupções), será questionado na próxima pergunta.

→ No *tablet*, a pergunta virá dividida. Preencha o campo “____ anos” com o número de anos, aperte “Next” e, então, preencha o campo “____ meses” com o número correspondente de meses “sobressalentes” (ano incompleto). No caso da ausência de anos ou meses, preencha as lacunas com “00” no campo correspondente. Por exemplo, seis meses correspondem a “00 anos” e “06 meses”; um ano e meio seria igual a “01 ano” e “06 meses”; dois anos correspondem a “02 anos” e “00 meses”.

A086) DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, ALGUMA(S) VEZ(ES) O(A) SR.(A) PAROU DE FUMAR?

(0) Não, nunca → vá para A088

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN → vá para A088

→ Se o(a) entrevistado(a) durante todo o tempo de fumo parou uma ou mais vezes de fumar, ele deve responder “(1) sim”. Se nunca parou, pular para a questão **A088**.

A087) POR QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) FICOU SEM FUMAR?

a)____ anos

[88 = NSA]

[99 = IGN]

b)____ meses

[88 = NSA]

[99 = IGN]

c) ___ dias
 [88 = NSA]
 [99 = IGN]

→ Nesta questão se deve informar a SOMA de todos os períodos que o(a) entrevistado(a) ficou sem fumar. Se ficou sem fumar por apenas alguns dias, por exemplo, seis dias, marque: "00 anos", "00 meses" e "06 dias". Se por exemplo parou por dois anos, marque "02 anos", "00 meses" e "00 dias". Lembrando que se o(a) entrevistado(a) parou de fumar mais de uma vez, ele deve lembrar o tempo que ficou sem fumar em cada uma das vezes para informar a soma, o TEMPO TOTAL que ficou sem fumar.

A088) ATUALMENTE, QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMA POR DIA?

___ cigarros
 [88 = NSA]
 [99 = IGN]

→ Digite o número de cigarros fumados por dia. Mesmo que o(a) entrevistado(a) não saiba informar o número exato de cigarros que fuma por dia ele(a) deverá tentar fazer uma média, informar a quantidade aproximada.

→ Nesta pergunta se quer conhecer a intensidade atual do consumo de cigarros.

→ Se o(a) entrevistado(a) fuma cigarros de palha ou papel enrolado à mão e não souber dizer quantos cigarros ele consome no dia, anotar no caderno de anotações quantos pacotes de fumo ele consome no mês e perguntar qual o tamanho do pacote (ele vai responder, de meio quilo, um quilo...), anotar o número do questionário e encaminhar ao/a seu/sua supervisor (a).

→ Se o(a) entrevistado(a) responder, por exemplo, que fuma uma carteira e meia, calcule a quantidade de cigarros considerando que um maço (carteira) possui 20 cigarros.

A089) CONSIDERANDO TODO O PERÍODO, DESDE QUE O SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUANTOS CIGARROS, EM MÉDIA, O(A) SR.(A) FUMOU POR DIA?

___ cigarros
 [88 = NSA]
 [99 = IGN]

→ Digite o número médio de cigarros fumados por dia durante todo o período que o(a) entrevistado(a) fumou. Mesmo que o(a) entrevistado(a) não saiba informar o número exato de cigarros que fumou por dia durante todo o período de fumo, ele(a) deverá tentar fazer uma média, informar a quantidade aproximada.

→ Nesta pergunta se quer conhecer a intensidade do consumo de cigarros durante todo o tempo que o(a) entrevistado(a) fuma e não apenas atualmente.

→ Da mesma forma, se o(a) entrevistado(a) fuma cigarros de palha ou papel enrolado a mão e não souber dizer quantos cigarros ele consome no dia, anotar no caderno de anotações quantos pacotes de fumo ele consome no mês e perguntar qual o tamanho do pacote (ele vai responder, de meio quilo, um quilo...), anotar o número do questionário e encaminhar ao/a seu/sua supervisor (a).

→ E, se o(a) entrevistado(a) responder, por exemplo, que fuma uma carteira e meia, calcule a quantidade de cigarros considerando que um maço (carteira) possui 20 cigarros.

A090) O(A) SR.(A) FUMA: Ler opções (Marque a(s) opção(ões). Se for "outro", especifique).

- a) **Cigarro industrializado com filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- b) **Cigarro industrializado sem filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- c) **Cigarro de palha enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- d) **Cigarro de papel enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
- e) **Outro → A090a) QUAL?** _____

→ Nesta questão deve ser lida cada uma das opções, lembrando que o(a) entrevistado(a) poderá responder “sim” para mais de um tipo de cigarro e, ainda, algum tipo de cigarro que não tenha sido questionado, como por exemplo, cigarro eletrônico, cigarro de cravo (ou de bali), cigarros indiano (ou bidis), entre outros. Se responder “outro”, especificar qual.

A091) DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUAL O TIPO DE CIGARRO QUE O(A) SR.(A) MAIS TEM FUMADO? (Marque apenas uma opção. Se for “outro”, especifique).

- (1) Cigarro industrializado com filtro
- (2) Cigarro industrializado sem filtro
- (2) Cigarro de palha enrolado a mão
- (3) Cigarro de papel enrolado a mão
- (5) Outro → A091a) **QUAL?** _____
- (8) NSA
- (9) IGN

→ Nesta questão o(a) entrevistado(a) deverá responder apenas um item (não ler opções, esperar que ele(a) responda), o tipo de cigarro que **MAIS** utiliza. Se responder “(5) outro”, especificar qual.

SE O(A) ENTREVISTADO(A) FOR FUMANTE ATUAL → VÁ PARA A099

SE O(A) ENTREVISTADO(A) FOR EX-FUMANTE QUE PAROU DE FUMAR HÁ MENOS DE 30 DIAS, RESPONDER AS QUESTÕES ABAIXO (A092 a A098). SE PAROU DE FUMAR HÁ MAIS DE 30 DIAS → VÁ PARA A099

→ Lembrando que no *tablet* esses pulos ocorrerão de forma automática.

A092) COM QUE IDADE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR?

- ___ anos
- [88 = NSA]
- [99 = IGN]

→ Digite a idade em anos completos. Se o(a) entrevistado(a) não souber responder, digite 99.

A093) DURANTE QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMOU? (CONSIDERAR O TEMPO TOTAL DE FUMO NA VIDA, DESDE QUE COMEÇOU A FUMAR, SEM DESCONTAR ALGUM PERÍODO QUE TENHA FICADO SEM FUMAR).

a) ___ anos

[88 = NSA]

[99 = IGN]

b) ___ meses

[88 = NSA]

[99 = IGN]

→ Anotar durante quanto tempo o(a) entrevistado(a) fumou, desde que começou a fumar, independentemente se parou em algum momento da vida. Se houve algum ou alguns períodos que o(a) entrevistado(a) ficou sem fumar (interrupções), será questionado na próxima pergunta.

→ No programa do *tablet*, a pergunta virá dividida. Preencha o campo “___ anos” com o número de anos, aperte “Next” e, então, preencha o campo “___ meses” com o número correspondente de meses “sobressalentes” (ano incompleto). No caso da ausência de anos ou meses, preencha as lacunas com “00” no campo correspondente. Por exemplo, seis meses correspondem a “00 anos” e

“06 meses”; um ano e meio seria igual a “01 ano” e “06 meses”; dois anos correspondem a “02 anos” e “00 meses”.

A094) DESDE QUE O SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, ALGUMA(S) VEZ(ES) O(A) SR(A) PAROU DE FUMAR?

- (0) Não, nunca → vá para A096
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN → vá para A096

→ Se o(a) entrevistado(a) durante todo o tempo que fumou parou uma ou mais vezes de fumar, ele deve responder “(1) sim”. Se nunca parou, pular para a questão **A096**. NÃO CONTAR OS DIAS ATUAIS QUE ESTÁ SEM FUMAR!

A095) POR QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) FICOU SEM FUMAR?

a) ___ anos
[88 = NSA]
[99 = IGN]

b) ___ meses
[88 = NSA]
[99 = IGN]

c) ___ dias
[88 = NSA]
[99 = IGN]

→ Nesta questão se deve informar a SOMA de todos os períodos que o entrevistado ficou sem fumar. Se ficou parado por apenas alguns dias, por exemplo, seis dias, marque: “00 anos”, “00 meses” e “06 dias”. Se por exemplo parou por dois anos, marque “02 anos”, “00 meses” e “00 dias”. Lembrando que se o(a) entrevistado(a) parou de fumar mais de uma vez, ele deve lembrar o tempo que ficou sem fumar em cada uma das vezes para informar a soma, o TEMPO TOTAL que ficou sem fumar. NÃO SOMAR O TEMPO ATUAL QUE ESTÁ SEM FUMAR!

A096) ANTES DE PARAR DE FUMAR, QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMAVA POR DIA?

___ cigarros
[88 = NSA]
[99 = IGN]

→ Digite o número de cigarros que o(a) entrevistado(a) fumava por dia. Mesmo que o(a) entrevistado(a) não saiba informar o número exato de cigarros que fumava por dia, ele(a) deverá tentar fazer uma média, informar um número aproximado.

→ Nesta pergunta se quer conhecer a intensidade “atual” (nesse caso, antes de parar de fumar) do consumo de cigarros.

→ Se o(a) entrevistado(a) fumava cigarros de palha ou papel enrolado a mão e não souber dizer quantos cigarros ele consumia no dia, anotar no caderno de anotações quantos pacotes de fumo ele consumia no mês e perguntar qual o tamanho do pacote (ele vai responder, de meio quilo, um quilo...), anotar o número do questionário e encaminhar ao/a seu/sua supervisor(a).

→ Se o(a) entrevistado(a) responder, por exemplo, que fumava uma carteira e meia, calcule a quantidade de cigarros considerando que um maço (carteira) possui 20 cigarros.

A096a) CONSIDERANDO TODO O PERÍODO, DESDE QUE O SR(A) COMEÇOU FUMAR, QUANTOS CIGARROS, EM MÉDIA, O(A) SR.(A) FUMOU POR DIA?

___ cigarros

[88 = NSA]

[99 = IGN]

→ Digite o número médio de cigarros que o(a) entrevistado(a) fumava por dia durante todo o período que fumou. Mesmo que o(a) entrevistado(a) não saiba informar o número exato de cigarros que fumou por dia durante todo o período que fumou, ele(a) deverá tentar fazer uma média, informar a quantidade aproximada.

→ Nesta pergunta se quer conhecer a intensidade do consumo de cigarros durante todo o tempo que o(a) entrevistado(a) fumou.

→ Da mesma forma, se o(a) entrevistado(a) fumava cigarros de palha ou papel enrolado a mão e não souber dizer quantos cigarros ele consumia no dia, anotar no caderno de anotações quantos pacotes de fumo ele consumia no mês e perguntar qual o tamanho do pacote (ele vai responder, de meio quilo, um quilo...), anotar o número do questionário e encaminhar ao/a seu/sua supervisor(a).

→ E, se o(a) entrevistado(a) responder, por exemplo, que fumava uma carteira e meia, calcule a quantidade de cigarros considerando que um maço (carteira) possui 20 cigarros.

A097) O(A) SR.(A) FUMAVA? *Ler opções (Marque a(s) opção(es). Se for “outro”, especifique).*

a) Cigarro industrializado com filtro (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

b) Cigarro industrializado sem filtro (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

c) Cigarro de palha enrolado a mão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

d) Cigarro de papel enrolado a mão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

e) Outro → A097a) **QUAL?** _____

→ Nesta questão deve ser lida cada uma das opções, lembrando que o(a) entrevistado(a) poderá responder “sim” para mais de um tipo de cigarro e, ainda, algum tipo de cigarro que não tenha sido questionado, como por exemplo, cigarro eletrônico, cigarro de cravo (ou de bali), cigarros indiano (ou bidis), entre outros. Se responder “outro”, especificar qual.

A098) DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUAL O TIPO DE CIGARRO QUE O(A) SR.(A) **MAIS** FUMOU? *(Marque apenas uma opção. Se for “outro”, especifique).*

(1) Cigarro industrializado com filtro

(2) Cigarro industrializado sem filtro

(2) Cigarro de palha enrolado a mão

(3) Cigarro de papel enrolado a mão

(5) Outro → A098a) **QUAL?** _____

(8) NSA

(9) IGN

→ Nesta questão o(a) entrevistado(a) deverá responder apenas um item (não ler opções, esperar que ele(a) responda), o tipo de cigarro que **MAIS** utilizava. Se responder “outro”, especificar qual.

6.5 Normas para publicação – Revista de Saúde Pública

CATEGORIAS DE ARTIGOS

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês. O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes **recomendações**, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- **CONSORT** checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- **STARD** checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- **MOOSE** checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- **PRISMA** checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- **STROBE** checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- **RATS** checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos

Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das recomendações citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

- Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MANUSCRITO

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

CONFLITO DE INTERESSES

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS

Em conformidade com as diretrizes do **International Committee of Medical Journal Editors**, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de apresentação	Todos os autores	Na submissão
b. Declaração de responsabilidade	Todos os autores	Na submissão
c. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
d. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.
- Responder- Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

- Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.
- No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.
- Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

c) AGRADECIMENTOS

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d) TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

PREPARO DO MANUSCRITO

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário “**Descritores em Ciências da Saúde**” (**DeCS**), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no **Medical Subject Headings** (**MeSH**). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *key words*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-8123200000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001 [citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do

nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por 'e'. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de 'et al.' em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobreescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/programa, grau e o ano de defesa.
10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, verificando se todas estão citadas no texto.
11. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

PROCESSO EDITORIAL

a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

TAXA DE PUBLICAÇÃO

Em janeiro de 2012, a RSP instituiu a cobrança de uma taxa por artigo publicado. Esta taxa deve ser paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos **aprovados** para publicação. Essa cobrança destina-se a complementar os recursos públicos obtidos da Universidade de São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Essa complementação é essencial para assegurar qualidade, impacto e regularidade do periódico, incluindo manutenção do sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, revisão da redação científica e tradução/revisão para o inglês de todos os manuscritos aprovados.

A taxa de publicação é de **R\$ 1.800,00** para **artigo original, revisão e comentário**; e para comunicação-breve, a taxa é de R\$ 1.200,00. Assim que o manuscrito for aprovado, o autor receberá instruções de como proceder para o pagamento da taxa – transferência ou depósito bancário.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

SUPLEMENTOS

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, __[dia]__ de Mês de Ano.

Prezado Sr. Editor, *Revista de Saúde Pública*

Submetemos à sua apreciação o trabalho “_____ [título] _____”, o qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

O autor 1 participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; e, o autor 2 participou na interpretação e redação do trabalho. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

O trabalho está sendo submetido exclusivamente à RSP. Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

_____ nome completo do autor 1 + assinatura

_____ nome completo do autor 2 + assinatura

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

“Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo.”

“Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.”

“Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores.

Contribuição: _____

_____ Local, data

_____ Assinatura

c) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____
DATA

_____ NOME COMPLETO E ASSINATURA

d) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro para os devidos fins que concordamos que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para a publicação na Revista de Saúde Pública, se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedada qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que seja solicitada a prévia e necessária autorização.

Autores:

_____ Local, data

_____ NOME COMPLETO + Assinatura

_____ Local, data

_____ NOME COMPLETO + Assinatura