UNIVERSIDADE FEDERAL DE GÓIAS
REGIONAL CATALÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GETÃO ORGANIZACIONAL

NAIANE DIAS SIMÕES

QUALIDADE DO SONO NA POPULAÇÃO GERAL E EM TABAGISTA: INDICADORES PARA GESTÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

CATALÃO, 2020

Processo 23070.007300/2020-43 Documento 1357325

UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE GESTÃO E NEGÓCIOS

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

[x] Dissertação [ ] Tese

2. Nome completo do autor

NAIANE DIAS SIMÕES

3. Título do trabalho

QUALIDADE DO SONO NA POPULAÇÃO GERAL E EM TABAGISTA: INDICADORES PARA GESTÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento [x] SIM [ ] NÃO[1]

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:
a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou disserta
O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.
Casos de embargo:
- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.

sei! assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **Roselma Lucchese**, **Professor do Magistério Superi** em 29/05/2020, às 17:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1 do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

sei! assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **NAIANE DIAS SIMÕES**, **Discente**, em 02/06/2020, à 13:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.5 de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **135** e o código CRC **8ABD28B9**.

NAIANE DIAS SIMÕES

QUALIDADE DO SONO NA POPULAÇÃO GERAL E EM TABAGISTA: INDICADORES PARA GESTÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Gestão Organizacional, da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Gestão Organizacional.

Área de concentração: Gestão Organizacional
Linha de pesquisa II: Indivíduo, Organização, Trabalho e Sociedade
Orientação: Profª. Drª. Roselma Lucchese

CATALÃO, 2020

Ficha catalográfica elaborada automaticamente

com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Simões, Naiane Dias,
Qualidade do sono na população geral e em tabagista: Indicadores para Gestão em Promoção da Saúde
GO, Brasil (manuscrito) / Naiane Dias Simões. - 2020.
58f.

Orientadora: Profa. Dra. Roselma Lucchese. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, Catalão, 2020. Bibliografia.

1. Gestão. 2.Promoção da saúde. 3. Qualidade. 4. Sono. 5. Tabagismo. I Lucchese, Roselma, orient. II. Título.

UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE GESTÃO E NEGÓCIOS

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **07/2020** da sessão de Defesa de Dissertação de **Naiane Dias Simões**, que confere o título de Mestra em **Gestão Organizacional**, na área de concentração em **Gestão Organizacional**.

Aos **quatro dias do mês de março de dois mil e vinte**, a partir das **catorze horas**, na **sala 108** do **Bloco Administrativo**, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada **"QUALIDADE DO SONO NA POPULAÇÃO GERAL E EM TABAGISTA: INDICADORES PARA GESTÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE"**. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora **Roselma Lucchese** (Ibiotec/UFG-RC/UFCAT em transição) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professora Doutora **Graciele Cristina Silva** (CCOM/UFG-RC/UFCAT em transição), membro titular interno; Professor Doutor **Edirlei Machado dos Santos (UFMS)**, membro titular externo, cuja participação ocorreu através de videoconferência; Professora Doutora **Ivânia Vera** (Ibiotec/UFG-RC/UFCAT em transição), membro suplente interno e Professora Doutora **Emilse Terezinha Naves** (Ibiotec/UFG-RC/UFCAT em transição), membro suplente externo. Durante a arguição os membros da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus membros. Proclamados os resultados pela Professora Doutora **Roselma Lucchese**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos **quatro dias do mês de março de dois mil e vinte**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

"QUALIDADE DO SONO NA POPULAÇÃO GERAL E EM TABAGISTA: INDICADORES PARA GESTÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE"

sei! assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **Roselma Lucchese**, **Professor do Magistério Superior**, em 25/05/2020, às 11:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

sei! assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **Edirlei Machado dos Santos**, **Usuário Externo**, em 25/05/2020, às 11:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

sei! assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **Graciele Cristina Silva**, **Professor do Magistério Superior**, em 25/05/2020, às 12:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1346266** e o código CRC **730EF5F3**.

Dedico este trabalho a Deus,
aos meus pais, familiares, meu noivo,
aos pesquisados e aos meus amigos
presentes nessa jornada.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, pela força espiritual, me acalmando e me ensinando a esperar, quando minha força humana, queria esgotar-se.

À Virgem Maria, por estar presente intercedendo, com sua luz, todos os caminhos percorridos, até chegar o presente momento.

Aos meus pais, Arlei e Suelaine, exemplo de amor, de companheirismo, de proteção, responsáveis por todas as minhas conquistas.

Aos meus irmãos, Naiara e Matheus, meus cunhados (a) e meus sobrinhos, por toda paciência, risos e cumplicidade.

Aos meus primos e primas, em especial a Mariana, presente em todos os momentos, me acolhendo com abraços e com as melhoras palavras de encorajamento.

À minha querida vovó, Amália, por ter compreendido todos os momentos de minha ausência.

Ao meu noivo, Wellington, pelo incentivo, pela paciência, cumplicidade e por estar presente em todos os momentos desse trajeto.

À orientadora, Dra. Roselma Lucchese, inspiração para todo profissional, exemplo a ser espelhado, minha gratidão por cada orientação, cada momento e por todas experiências propiciadas para o meu aprendizagem e crescimento profissional.

Às professoras, Dra. Ivânia Vera e Dra. Graciele Cristina, gratidão por toda colaboração e sugestões para o progresso do trabalho.

Ao professor Ms. Thiago Aquino e a equipe do meu trabalho pelo apoio, compreensão e flexibilidade nas disposições de horários, ao longo desse período.

Aos alunos e pesquisadores, destacando Shayenne, Leiliane, Mariana, Alice, Mariana e Luiz Henrique gratidão, por toda a ajuda, persistência e momentos compartilhados que sempre serão lembrados.

Aos colaboradores que ajudaram nos momentos das coletas, organizando e com o imenso carinho, nós recebendo nos locais da pesquisa.

Aos colegas discentes, minha gratidão pela troca de experiência e grandes aprendizados.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos e tornar-se esse sonho realidade.

RESUMO

SIMÕES, N. D. **Qualidade do sono na população geral e em tabagista: Indicadores para gestão em promoção da saúde** [Dissertação]. Catalão: Universidade Federal de Goiás; 2020. 58 p.

Introdução: O sono é primordial, para manutenção da vida, pois é o período transitório, reversível e essencial para o equilíbrio das funções orgânicas. E influenciado pelo tempo e pela qualidade nas horas dormidas. No entanto, essa pesquisa foi desenvolvida utilizando um instrumento para avaliação do sono, em duas populações especificas: população geral e em tabagista. No primeiro artigo, aplicou-se um instrumento para investigar a qualidade e tempo de sono da população geral, e no segundo a prevalência e a qualidade do sono em tabagistas. **Artigo I: Objetivo:** Avaliar a qualidade e tempo de sono entre usuários da rede pública de saúde e fatores associados. **Método:** Estudo transversal, realizado com 775 indivíduos. Utilizou-se um questionário semiestruturado para avaliar as características sociodemográficas, os hábitos de vida, as condições de saúde, o *binge drinking* e Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh*. Aplicou-se a regressão de *Poisson* para identificação dos fatores associados a qualidade do sono ruim e a duração de sono (curta e longa). **Resultados:** Na análise múltipla, os fatores associados a qualidade de sono ruim foram: sexo feminino, *binge drinking,* uso de substancias ilícitas, angina e depressão. A obesidade associou-se a curta duração do sono, idade > 55 anos associou-se à longa duração do sono. **Artigo II: Objetivo:** Estimar a prevalência da qualidade do sono e seus fatores associados em tabagistas. **Método:** Estudo transversal analítico, com 606 tabagistas. Aplicou-se um questionário com características sociodemográficas, os hábitos de vida, as condições de saúde, instrumento da Qualidade de Sono de *Pittsburgh* e *o* Teste de *Fagerström.* A análise de bivariada com regressão logística e medida de efeito *Poisson*, após utilizou-se o método de análise multinível, ajustando o fator contextual, local de abordagem do indivíduo. **Resultados:** Foram associados sexo feminino, angina, tem filhos, se cansar com facilidade, ideia de acabar com a própria vida e no último mês apresentou dificuldade de recordar de suas ações depois de ter bebido. **Conclusão:** Percebe-se que o sono, estar intimamente relacionada, com fatores sociodemográficos, culturais, estilo de vida e doenças cardiovasculares, de tal forma que influência na qualidade social e econômica do indivíduo na comunidade. São necessárias ações de promoção, prevenção e tratamento voltados ao cuidado do sono, para que tenha atuações direcionadas às reais necessidades da população.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão. Promoção da saúde. Qualidade. Sono. Tabagismo.

ABSTRACT

SIMÕES, N. D. **Sleep quality in the general and smoking population: Indicators for Health Promotion Management [Dissertation].** Catalão: Universidade Federal de Goiás; 2020. 58 p.

Introduction: Sleep is essential for maintaining life, as it is the transient, reversible and essential period for the balance of organic functions. And influenced by the time and quality of the hours slept. However, this research was developed using an instrument for sleep assessment, in two specific populations: general population and smoker. In the first article, an instrument was applied to investigate the quality and sleep time of the general population, and in the second, the prevalence and quality of sleep in smokers. Article I: **Objective:** To evaluate the quality and time of sleep among users of the public health network and associated factors. **Method:** Cross-sectional study, carried out with 775 individuals. A semi-structured questionnaire was used to assess sociodemographic characteristics, lifestyle, health conditions, binge drinking and the Pittsburgh Sleep Quality Index. Poisson regression was applied to identify factors associated with poor sleep quality and sleep duration (short and long). **Results:** In the multiple analysis, the factors associated with poor sleep quality were: female gender, binge drinking, use of illegal substances, angina and depression. Obesity was associated with short sleep duration, age> 55 years was associated with long sleep duration. Article II: Objective: To estimate the prevalence of sleep quality and its associated factors in smokers. Method: Analytical cross-sectional study with 606 smokers. A questionnaire with sociodemographic characteristics, life habits, health conditions, a Pittsburgh Sleep Quality instrument and the Fagerström Test was applied. The bivariate analysis with logistic regression and Poisson effect measure, after using the multilevel analysis method, adjusting the contextual factor, the individual's approach location. Results: Female sex, angina, children, getting tired easily, the idea of ending their own life and in the last month had difficulty remembering their actions after drinking. **Conclusion:** It is perceived that sleep is closely related to sociodemographic, cultural, lifestyle and cardiovascular diseases, in such a way that it influences the social and economic quality of the individual in the community. Promotion, prevention and treatment actions aimed at sleep care are necessary, so that actions are directed to the real needs of the population.

KEYWORDS: Management. Health Promotion. Quality. Sleep. Smoking.

SUMÁRIO

RESUMO
ABSTRACT

LISTA DE ARTIGOS
LISTA DE TABELAS
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 Introdução 13

2 Objetivos 17

2.1 Objetivo geral 17

2.2Objetivos específicos 17

3 Resultados.....18

3.1 Artigo 1 19

3.2 Artigo 2 33

4 Conclusões.....34

5 Referências 39

APÊNDICES

ANEXOS

LISTA DE ARTIGOS

Artigo 1	Qualidade e duração de sono entre usuários da rede pública de saúde
Artigo 2	Má qualidade do sono e fatores associados em tabagistas: uma análise multinível

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 Análise bivariada das variáveis dependentes relativas ao qualidade e duração de sono com variáveis independentes sociodemográficos, hábitos de vida e condição de saúde.

Tabela 2 Análise múltipla dos fatores associados às variáveis dependentes de qualidade e duração de sono alteradas.

Artigo 2

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica e descrição do hábito de fumar da amostra do estudo, Brasil Central, 2019, (n 606).

Tabela 2 Análise bivariada da má qualidade do sono e fatores associados. Brasil Central, 2019, (n = 606).

Tabela 3 Análise multinível, nível I individual, nível II fator contextual, cidade de origem. Brasil Central 2019.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
INCA	Instituto Nacional de Câncer
et al.	e colaboradores
FTND	*Fagerström Test for Nicotine Dependence*
PSQI-BR	Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh
REM	*Rapid Eye Movement*
NREM	*Non Rapid Eye Movement*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
WHO	World Health Organization

1 INTRODUÇÃO

O ritmo biológico é regulado pelo sistema nervoso central (SNC), e coordena as funções presentes no organismo, pela qual se repetem em forma de ciclos. Alterações no ciclo e mudanças no ritmo sono-vigília podem acarretar interrupção do relógio biológico e causar danos saúde (COPERTARO, BRACCI,2019). O período entre o sono-vigília, é essencial, para a manutenção da vida, e denomina-se ritmo circadiano, com duração de 24 horas, ocorre a regulação e restauração das funções vitais do corpo, tanto nos aspectos físico, intelectual e psíquico (JASEN et al., 2007; BATHORY, TOMOPOULOS, 2016). Em relação ao sono, os processos que envolvem sua homeostasia, baseia-se nos ciclos *Rapid Eye Movement* (REM) e *Non Rapid Eye Movement* (NREM). O sono REM, define-se como o movimento rápido dos olhos (atividade mais rápida do cérebro) e NREM a movimento mais lento dos olhos (atividade mais lenta no cérebro) (BATHORY, TOMOPOULOS, 2016).

A fisiologia do sono, ocorre no sistema nervoso simpático e parassimpático, no estágio do sono não-REM, ocorre um relaxamento dos tônus muscular esquelético, queda da pressão arterial, bradicardia, bradipnéia, rebaixamento de diversas funções metabólicas, diminuição do estado alerta até ocorrer a perda da consciência (LUYSTER et al., 2012; WEGLARZ; RESZKA, 2018). A média de duração do sono, para jovens, adultos e idosos (idade de 18 há mais que 65 anos) recomendada varia de 7 a 9 horas, em um tempo de 24 horas, para que o corpo alcance descanso, variando de organismo para organismo, o que garante qualidade (NATIONAL SLEEP FOUNDATION, 2020)

Nesse ciclo há também a atuação do hormônio melatonina, produzido pela glândula pineal e distribuído apenas durante à noite, com a função e sincronizar os ritmos circadianos, alinhando o início, a duração e a qualidade do sono, os quais (XIE, et al, 2017) influenciam diretamente no comportamento de saúde, social, ocupacional e econômico do indivíduo e da sociedade em geral (TOUITOU, TOUITOU, REINBERG, 2017).

Sabe-se que uma noite mal dormida pode acarretar, diversos distúrbio de sono, como: pesadelo, insônia, apneia, alterações hormonais, metabólicas, neurológicas, cardiológica e humorais (DUGAS et al., 2016; XIE et al, 2017). Além de alterações sociais, dentre elas: falta de atenção, fadiga, perda da produtividade e violência (GRANDNER, 2017). Ora, tal fato, pode ser ocasionado pela influência do ambiente, pelo uso de dispositivos sociais, por estilos de vida inadequado (como tabagismo, bebida alcoólica e outras drogas) (GRANDNER, 2017; WANG et al, 2017; TOUITOU, TOUITOU, REINBERG, 2017).

A presente investigação, preocupou-se com a qualidade do sono na população geral, uma vez que, pode trazer impactos negativos na vida das pessoas, como alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. Da mesma forma, esse estudo, preocupou-se com a população tabagista pelo fato de estar mais vulnerável aos agravos crônicos da saúde, e má qualidade do sono corrobora potencializando as alterações advindas do uso do tabaco.

O tabagismo é definido como o consumo de diversas substâncias tóxicas (flavorizantes, intensificadores, umectantes, açúcares e compostos de amônio), dentre esses a nicotina, e o principal componente. A partir da queima desses produtos, gera uma fumaça, exalada pelo usuário ou mesmo por quem estar próximo (fumante passivo). O consumo superior a cem cigarros na vida, e o uso continuo, caracteriza-se como fumante regular (BRASIL, 2015). O fumante passivo, caracteriza pela inalação da fumaça de derivados do tabaco, expelida pelo fumante, pela qual se difunde no ambiente, e contém aproximadamente três vezes mais nicotina, mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que o fumante inala (INCA 2019).

No ato de fumar, ocorre intoxicações pulmonares, que são absorvidas na corrente sanguínea, e direcionada aos órgãos e tecidos do corpo, potencializam ou predispõem a doenças, tanto para o fumante ativo e o passivo. Em seguida, no sistema nervoso central, age liberando neurotransmissores, dopamina e serotonina que constantemente presentes no núcleo *accumbens,* aumenta a dependência da nicotina. Acarretando ao longo do tempo, alterações metabólicas e fisiológicas crônicas (PUPULIM et al.,2015), como também o aumento do estado de alerta, sensação euforia e de bem-estar, assim, quanto mais nicotina inaladas por dia, mais chance de apresentar sintomas acentuados de má qualidade do sono (DUGAS et al., 2016).

O cigarro é um dos principais fatores causadores de cormobidades no mundo, cerca de mais ou menos 7 milhões de mortes no ano, outros estudos apontam que, até 2030, esse número será de10 milhões (WHO, 2011; WHO, 2018). No Brasil, o uso abusivo de tabaco foi responsável por 147.072 óbitos evitáveis, ou seja, 403 mortes por dia, pelo qual corresponderam a 14,7% do total de mortes (PINTO; RIVIERE; BARDACH, 2015). Tal, fato discorre, devido ao tabaco ser um fator determinante para o desenvolvimento de agravos crônicos à saúde, destacando, os agravos cardiovasculares (22%), respiratórias (56 – 80%) e cânceres (30 – 90%) (INCA, 2011; WANG et al.,2017). Além do que, os tabagistas, encontram mais dificuldades de realizar atividades físicas, alimentação pouco saudável, consumo de bebida alcoólica, e tem maior predisposição à problemas psíquicos (PATTERSON et al., 2016).

Estudos demostram, que os fumantes, apresentam, alterações do ritmo do sono, como acordar três a quatro horas por noite, depois de dormirem; movimentação nas pernas durante a noite; diminuição da eficiência e qualidade do sono, além da redução da sensação de bem-estar no período da vigília (JASEN et al., 2007; JAEHNE et al., 2014). Nota-se que a má qualidade de sono e o tabaco, se retroalimentam, e são extremamente impactados pelo tempo, tempo de uso e quantidades de cigarros inalados, isso devido ao aumento da inalação da nicotina no organismo, que altera mais os problemas advindos do sono, devido a exposição constate da toxidade da substancia, fragilizando o organismo (KIM, et al., 2012; INCA, 2011).

Além do mais, o uso do cigarro tem uma forte tendência, de ser associado ao consumo de outras substâncias como narguilé, charutos, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. Sabe-se que essas substancias são psicoativas, deprimem ou estimulam excessivamente o sistema nervoso central, afetando o relógio biológico, e modificam o ritmo biológico do corpo. Assim como as bebidas alcoólicas, que consumidas juntamente ao cigarro, intensifica os sintomas de euforia, dificultando o sono e aumentando a chances de morbidades, associadas a uma manutenção fisiológica, do corpo inadequada, para suprimir suas necessidades básicas de vida (JASEN et al., 2007).

Considerando que a realização deste estudo, foi relevante, por se tratar de um problema de pesquisa com estudos ainda insipientes para sua complexidade. Entre eles destacam-se achados importantes na gestão no âmbito da promoção da saúde na população em geral (LUYSTER et al ;2011; YOUNGSTEDT et al, 2016) e em tabagista (SABANAYAGAM; SHANKAR, 2011, KIM et al., 2012; ZANUTO et al., 2015; TOUITOU, TOUITOU, REINBERG, 2017). Uma vez que o sono é fundamental na vida do indivíduo, sua má qualidade e os distúrbios associados, podem gerar agravos crônicos à saúde da população, assim, se faz necessário a compreensão, para o manejo de ações que intensifique o cuidado na qualidade do sono da população.

As evidências científicas sobre o sono na população geral e entre os que têm o hábito de fumar, são capazes de desvelar o período de vigília sobretudo quanto uma noite mal dormida, que pode provocar problemas como: absenteísmo no trabalho, aumento de riscos de acidentes, cansaço, fadiga, prejuízos na memória, dificuldade de atenção e concentração, taquicardia e alterações do humor (FERNANDES, 2006).Ao mesmo tempo, quando relacionada ao cigarro, pode gerar altos custos, para o estado, no tratamento das morbidades, gastos com assistência à saúde, perda da produção, diminuição da produtividade, aposentadorias precoces, incêndios e

outros tipos de acidentes, poluição e degradação ambiental, pesquisa e educação, além do sofrimento dos familiares (WHO, 2018).

Nesse interim, os estudos têm evidenciados que as práticas de promoção da saúde, como o incentivo de política de redução de danos e agravos a saúde em tabagista, e importante, para diminuir os riscos a longo prazo para fumantes e fumantes passivos; além de ações e atividades educativas, promoção da saúde e na cessação do tabagismo e mobilização de medidas legislativas(WHO,2018) tais, medidas além de diminuir os danos causados pelo o cigarro, no meio ambiente, econômico e meio social, utiliza-se de estratégias de baixo custo nas intervenções, facilitando a implementação de programas, de acordo com a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde (BARRETO, 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Verificar indicadores da qualidade do sono na população geral e entre tabagistas com perspectivas na gestão da atenção à saúde e redução de agravos crônicos. Com a finalidade de levantar os fatores associados ao atendimento à saúde, a partir das evidências levantadas pelos estudos.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a qualidade e tempo de sono entre usuários da rede pública de saúde e fatores associados.
- Estimar a prevalência da qualidade do sono e seus fatores associados em tabagistas.
- Identificar variáveis associadas à qualidade de sono e indicá-las como orientadoras para a promoção da saúde destes indivíduos, com vistas a redução de danos e agravos à saúde.

3 RESULTADOS

Os resultados da presente pesquisa, foram apresentados em formato de dois artigos, que atendem as normas da revista o qual estar publicado ou pretende-se publicar.

Artigo 1: Qualidade e duração de sono entre usuários da rede pública de saúde.

Autores: Naiane Dias Simões e colaboradores.
Revista: Acta Paul Enferm (ISSN: 1982-0194)
Enviado em: 9 de janeiro de 2019
Link: *http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002019000500010&tlng=pt*
DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900074
Situação: publicado.

Artigo 2: Má qualidade do sono e fatores associados em tabagistas: uma análise multinível

Autores: Naiane Dias Simões e colaboradores.
Revista: ainda não definida
Enviado em: não se aplica
Situação: em processo de finalização para publicação.

Artigo Original

Qualidade e duração de sono entre usuários da rede pública de saúde

Quality and sleep duration among public health network users

Calidad y duración del sueño en usuarios del sistema de salud pública

Naiane Dias Simões[1]
Luiz Henrique Batista Monteiro[2]
Roselma Lucchese[1]
Thiago Aquino de Amorim[1]
Tainara Cartozzi Denardi[1]
Ivânia Vera[1]
Graciele Cristina Silva[1]
Carolina Sverzut[1]

Descritores
Alcoolismo; Antipsicóticos; Transtornos do sono-vigília; Obesidade; Sono

Keywords
Alcoholism; Antipsychotic Agents; Sleep Wake Disorders; Obesity; Sleep

Descriptores
Aalcoholismo; Antipsicóticos; Trastornos del sueño-vigilia; Obesidad; Sueño

Submetido
9 de Janeiro de 2019

Aceito
20 de Maio de 2019

Autor correspondente
Graciele Cristina Silva
https://orcid.org/0000-0003-1108-306X
Email: gcsilvanut@gmail.com

DOI
http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900074

Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade e tempo de sono entre usuários da rede pública de saúde e fatores associados.
Métodos: Estudo transversal, realizado com 775 indivíduos de ambos os sexos, em um município da região Centro-Oeste do Brasil. Aplicou-se questionário semiestruturado para avaliar as características sociodemográficas, os hábitos de vida, as condições de saúde, o *binge drinking* e qualidade e duração do sono, avaliadas pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. Aplicou-se a regressão de Poisson para identificação dos fatores associados à qualidade do sono ruim e à duração de sono (curta e longa).
Resultados: Na análise múltipla, os fatores associados à qualidade de sono ruim foram sexo feminino (razão de prevalência: 1,10; intervalo e confiança de 95% – IC95% 1,05-1,16; p<0,00), *binge drinking* (razão de prevalência: 1,08; IC95% 1,03-1,13; p<0,01), uso de substâncias ilícitas (razão de prevalência: 1.06, IC95% 1.00-1,12; p=0.03), angina (razão de prevalência: 1,10;, IC95% 1,03-1,18; p<0,01) e depressão (razão de prevalência: 1,07 IC95% 1,00-1,14; p=0,02). A obesidade associou-se à curta duração de sono (razão de prevalência: 1,10 IC95% 1,02-1,17; p<0,01). Idade > 55 anos associou-se à longa duração de sono (razão de prevalência: 1,39, IC95% 1,00-1,92; p=0,04).
Conclusão: Ser mulher, ter idade >55 anos, consumir bebida alcoólica, usar substâncias ilícitas, angina, obesidade e depressão foram fatores de risco para alterações na qualidade e duração de sono. Os resultados do presente estudo reforçam a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção dos agravos relacionados às alterações no sono na população estudada.

Abstract

Objective: To assess the quality and sleep time between public health network users and associated factors.
Methods: A cross-sectional study of 775 individuals of both genders in a city in the Center-West region of Brazil. A semi-structured questionnaire was used to assess the sociodemographic characteristics, life habits, health conditions, binge drinking, and quality and sleep duration assessed by the Pittsburgh Sleep Quality Index. Poisson regression was used to identify the factors associated with poor sleep quality and sleep duration (short and long).
Results: In the multiple analysis, the factors associated with poor sleep quality were female gender (prevalence ratio: 1.10, 95% Confidence Interval and 95%CI 1.05-1.16, p <0.00), binge drinking (prevalence ratio: 1.08; 95%CI 1.03-1.13; p <0.01), illegal drug use (prevalence ratio: 1.06, 95%CI 1.00-1.12, p=0.03), angina (prevalence ratio: 1.07, 95%CI 1.03-1.18, p <0.01) and depression (prevalence ratio: 1.07 95%CI 1.00-1.14, p=0.02). Obesity was associated with short sleep duration (prevalence ratio: 1.10 95%CI 1.02-1.17, p <0.01). Age> 55 years was associated with long sleep duration (prevalence ratio: 1.39, 95%CI: 1.00-1.92; p=0.04).
Conclusion: Being a woman, being over 55 years old, consuming alcoholic beverages, using illegal substances, angina, obesity and depression were risk factors for changes in quality and sleep duration. The results of the present study reinforce the need for the development of actions aimed at the prevention of diseases related to sleep disorders in the study population.

Resumen

Objetivo: evaluar la calidad y tiempo de sueño en usuarios del sistema de salud pública y factores asociados.
Métodos: estudio transversal, realizado con 775 individuos de ambos sexos, en un municipio de la región Centro-Oeste de Brasil. Se aplicó un cuestionario semiestructurado para evaluar las características sociodemográficas, los hábitos de vida, las condiciones de salud, el *binge drinking* y la calidad y duración del sueño, evaluadas mediante el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. Se aplicó la regresión de Poisson para identificar los factores asociados a la mala calidad del sueño y a la duración del sueño (corta o larga).
Resultados: en el análisis múltiple, los factores asociados a una mala calidad del sueño fueron sexo femenino (razón de prevalencia: 1,10; intervalo de confianza de 95% – IC95% 1,05-1,16; p<0,00), *binge drinking* (razón de prevalencia: 1,08; IC95% 1,03-1,13; p<0,01), uso de sustancias ilícitas (razón de prevalencia: 1.06, IC95% 1,00-1,12; p=0.03), angina (razón de prevalencia: 1,10;, IC95% 1,03-1,18; p<0,01) y depresión (razón de prevalencia: 1,07 IC95% 1,00-1,14; p=0,02). La obesidad se asoció a una corta duración del sueño (razón de prevalencia: 1,10 IC95% 1,02-1,17; p<0,01). La edad > 55 años se asoció a una larga duración del sueño (razón de prevalencia: 1,39, IC95% 1,00-1,92; p=0,04).
Conclusión: ser mujer, tener >55 años, consumir bebida alcohólica, usar sustancias ilícitas, angina, obesidad y depresión fueron factores de riesgo para alteraciones en la calidad y duración del sueño. Los resultados del presente estudio refuerzan la necesidad de desarrollar acciones orientadas hacia la prevención de los perjuicios relacionados con las alteraciones del sueño en la población estudiada.

Como citar:
Simões ND, Monteiro LH, Lucchese R, Amorim TA, Denardi TC, Vera I, et al. Qualidade e duração de sono entre usuários da rede pública de saúde. Acta Paul Enferm. 2019;32(5):530-7.

[1]Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão, Catalão, GO, Brasil.
[2]Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Artigo 1

Qualidade e duração de sono entre usuários da rede pública de saúde

Sleep quality and duration among users of the public health system

Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade e tempo de sono entre usuários da rede pública de saúde e fatores associados.

Métodos: Estudo transversal, realizado com 775 indivíduos de ambos os sexos, em um município da região Centro-Oeste do Brasil. Aplicou-se questionário semiestruturado para avaliar as características sociodemográficas, os hábitos de vida, as condições de saúde, o *binge drinking* e qualidade e duração do sono, avaliadas pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. Aplicou-se a regressão de Poisson para identificação dos fatores associados à qualidade do sono ruim e à duração de sono (curta e longa).

Resultados: Na análise múltipla, os fatores associados à qualidade de sono ruim foram sexo feminino (razão de prevalência: 1,10; intervalo e confiança de 95% − IC95% 1,05-1,16; p<0,00), *binge drinking* (razão de prevalência: 1,08; IC95% 1,03-1,13; p<0,01), uso de substâncias ilícitas (razão de prevalência: 1.06, IC95% 1.00-1.12; p=0.03), angina (razão de prevalência: 1,10; IC95% 1,03-1,18; p<0,01) e depressão (razão de prevalência: 1,07 IC95% 1,00-1,14; p=0,02). A obesidade associou-se à curta duração do sono (razão de prevalência: 1,10 IC95% 1,02-1,17; p<0,01). Idade > 55 anos associou-se à longa duração do sono (razão de prevalência: 1,39, IC95% 1,00-1,92; p=0,04).

Conclusão: Ser mulher, ter idade >55 anos, consumir bebida alcoólica, usar substâncias ilícitas, angina, obesidade e depressão foram fatores de risco para alterações na qualidade e duração de sono. Os resultados do presente estudo reforçam a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção dos agravos relacionados às alterações no sono na população estudada.

Descritores

Alcoolismo; Antipsicóticos; Transtornos do sono-vigília; Obesidade; Sono

Abstract

Objective: To assess the quality and sleep time between public health network users and associated factors.

Methods: A cross-sectional study of 775 individuals of both genders in a city in the Center-West region of Brazil. A semi-structured questionnaire was used to assess the sociodemographic characteristics, life habits, health conditions, binge drinking, and quality and sleep duration assessed by the Pittsburgh Sleep Quality Index. Poisson regression was used to identify the factors associated with poor sleep quality and sleep duration (short and long).

Results: In the multiple analysis, the factors associated with poor sleep quality were female gender (prevalence ratio: 1.10, 95% Confidence Interval and 95%CI 1.05-1.16, p <0.00), binge drinking (prevalence ratio: 1.08; 95%CI 1.03-1.13; p <0.01), illegal drug use (prevalence ratio: 1.06, 95%CI 1.00-1.12, p=0.03), angina (prevalence ratio: 1.07, 95%CI 1.03-1.18, p <0.01) and depression (prevalence ratio: 1.07 95%CI 1.00-1.14, p=0.02). Obesity was associated with short sleep duration (prevalence ratio: 1.10 95%CI 1.02-1.17, p <0.01). Age> 55 years was associated with long sleep duration (prevalence ratio: 1.39; 95%CI: 1.00-1.92; p=0.04).

Conclusion: Being a woman, being over 55 years old, consuming alcoholic beverages, using illegal substances, angina, obesity and depression were risk factors for changes in quality and sleep duration. The results of the present study reinforce the need for the development of actions aimed at the prevention of diseases related to sleep disorders in the study population.

Keywords

Alcoholism; Antipsychotic Agents; Sleep Wake Disorders; Obesity; Sleep

Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad y tiempo de sueño en usuarios del sistema de salud pública y factores asociados.

Métodos: Estudio transversal, realizado con 775 individuos de ambos sexos, en un municipio de la región Centro-Oeste de Brasil. Se aplicó un cuestionario semiestructurado para evaluar las características sociodemográfi cas, los hábitos de vida, las condiciones de salud, el binge drinking y la calidad y duración del sueño, evaluadas mediante el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. Se aplicó la regresión de Poisson para identifi car los factores asociados a la mala calidad del sueño y a la duración del sueño (corta o larga).

Resultados: En el análisis múltiple, los factores asociados a una mala calidad del sueño fueron sexo femenino (razón de prevalencia: 1,10; intervalo de confi anza de 95% − IC95% 1,05-1,16;

p 55 años se asoció a una larga duración del sueño (razón de prevalencia: 1,39, IC95% 1,00-1,92; p=0,04).

Conclusión: ser mujer, tener >55 años, consumir bebida alcohólica, usar sustancias ilícitas, angina, obesidad y depresión fueron factores de riesgo para alteraciones en la calidad y duración del sueño. Los resultados del presente estudio refuerzan la necesidad de desarrollar acciones orientadas hacia la prevención de los perjuicios relacionados con las alteraciones del sueño en la población estudiada.

Introdução

Estima-se que a qualidade e duração de sono tenham sofrido prejuízos nas últimas décadas, em razão das demandas da vida moderna, sendo frequentemente observado na população mundial a curta duração (menor que 8 horas) e sono de má qualidade. [1] A literatura tem apontado que ao longo de um período de 20 anos, metade dos adultos não apresentaram duração de sono satisfatória, e um sexto manifestou hipersonia.[2] O sono insatisfatório interfere negativamente na saúde humana e, se não tratado, pode resultar em doenças graves. [3]

Diversos estudos têm revelado os mecanismos fisiológicos do sono e suas alterações. [4,5] Distúrbios advindos do sono acontecem quando sua duração e qualidade são alterados, o que tem sido associado a doenças crônicas e à morbimortalidade, além de ser fator influenciador nas relações sociais.[6,7] A qualidade de sono, na contemporaneidade, decorre de rápidas transformações econômicas e sociais, e expõe o indivíduo a um sono de má qualidade. São elas: eventos de estresse, trabalhos em horários prolongados, refeição irregular, carência de exercícios físicos, hábitos de fumar, ingestão de bebida alcoólica e doenças crônicas. [4,8]

Ao mesmo tempo, a qualidade do sono dos indivíduos sofre influências de cunho sociocultural, [9,10] tendo como fatores de risco distúrbios emocionais, comorbidades e idade, sendo mais prevalente em mulheres. [11] Assim, prejuízos qualidade do sono têm sido associados a: ausência de atividade física, tabagismo e consumo de álcool, comportamento sedentário e sofrimento psicológico. [11]

Embora o sono seja frequentemente investigado na população [1,2,4], ações dos serviços de saúde voltadas seu cuidado muitas vezes são negligenciadas. Neste sentido, os distúrbios do sono têm merecido atenção no âmbito da saúde pública, uma vez que a boa qualidade do sono propicia melhor saúde e bem-estar, e representa um processo biológico primordial para a saúde física e mental. [12]

Diante do exposto, e pela relevância do tema para a promoção e prevenção de agravos crônicos à saúde, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade e duração de sono entre

usuários da rede pública de saúde e fatores associados.

Método

Estudo transversal, realizado com usuários de dispositivos de saúde em um município de médio porte, referência na atenção à saúde para 11 outros municípios, localizado na região Centro-Oeste do Brasil. Os dados foram coletados entre os meses de março a outubro de 2016, na Atenção Primária à Saúde em três unidades de saúde da família (ESF), duas unidades básicas de saúde (UBS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h); na Atenção de Média Complexidade à saúde abarcou-se dois hospitais gerais e um hospital Materno-Infantil.

Para o cálculo amostral, considerou-se a população de 67 mil habitantes no município da investigação dentro da faixa etária escolhida, conforme os critérios de inclusão, a prevalência antecipada de qualidade de sono ruim de 38%,[13] o poder estatístico de 80% (β= 20%), o grau de significância de 5% (α= 0,05) e o efeito de desenho de 3,0, 10% de acréscimo para possíveis perdas e totalizando uma amostra probabilística de 777 indivíduos. Incluíram-se pacientes com idade ≥18 anos, de ambos os sexos, residentes no município, usuários do sistema de saúde pública local e sem diagnóstico médico prévio de distúrbio de sono. Excluíram-se os indivíduos em estado aparente de confusão mental, após a realização de breve exame físico.

Antecedendo a coleta de dados, realizou-se o teste piloto com dez indivíduos que estavam nos serviços de saúde, porém não residentes no município. A coleta de dados foi conduzida por entrevista face a face em ambiente privativo cedido pelos gestores dos serviços de saúde. Aplicou-se instrumento semiestruturado, que contemplava informações sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde. A qualidade do sono foi avaliada pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, validado no Brasil em 2011. Este índice avalia a qualidade do sono no último mês, sendo composto por 19 perguntas autoavaliadas e cinco direcionadas aos cônjuges ou parceiros de quarto. As 19 questões iniciais classificam-se em sete componentes, que recebem a pontuação de zero a 3: qualidade do sono subjetiva, latência do sono, duração do sono, sono habitual, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. Sua pontuação final oscila de zero a 21 pontos. Escore >5 indica qualidade de sono ruim.[14] Foram consideradas três variáveis dependentes provenientes do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh: “qualidade do sono ruim”, com escore >5; “curta duração do sono”, definida como 6 ou menos horas de sono diária; e “longa duração do sono”, entendida como mais de 8 horas de sono diárias.[14]

Consideraram-se como variáveis independentes: sexo (masculino e feminino); idade (≤55 e >55 anos); estado marital (sem companheiro e com companheiro); escolaridade (>8 e

≤8 anos); renda familiar categorizada em estratos econômicos: C1=R$2.705,00 (>2.705.00 e ≤ 2.705,00), entre os demais (A=R$20.888,00, B1=R$9.254,00, B2=R$4.852,00, C2=R$1.625,00, D-E=R$768,00);[15] ter filhos (não e sim); cor da pele (branca e não branca); emprego (formal e informal); morar com amigos (não e sim); morar somente com filhos (não e sim); atendimento na Unidade de Atenção Secundária à Saúde (não e sim); e relato de *binge drinking* (não e sim). O *binge drinking* refere-se ao consumo excessivo de álcool, sendo, para o sexo feminino, ≥4 doses de álcool e, para o masculino, ≥5 em uma mesma ocasião,[16] além do uso de drogas ilícitas (não e sim) e presença de condições e os agravos crônicos não transmissíveis (angina, colesterol aumentado e hipertensão arterial sistêmica autoreferida).

A obesidade foi verificada pelo cálculo do índice de massa corporal. Foram considerados obesos indivíduos com índice de massa corporal ≥30kg/m².[17],. O peso foi mensurado por meio de uma balança digital e a altura foi identificada através do estadiômetro. A variável ter ansiedade foi obtida por meio da pergunta "você já fez tratamento ou recebeu o diagnóstico médico de ansiedade? E depressão, você já fez tratamento ou recebeu o diagnóstico médico de depressão?"

Os dados foram digitados em planilha eletrônica em dupla entrada e, posteriormente, analisados com apoio do *software* STATA versão 12.0. As variáveis quantitativas foram analisadas por média, intervalo de confiança de 95% (IC95%) e desvio padrão; as categóricas, em números absolutos, prevalências e IC95%. Nas análises bivariada e múltipla, aplicou-se regressão de Poisson, e a medida de efeito foi a razão de prevalência. O teste do qui-quadrado verificou as diferenças entre as proporções na análise bivariada. As variáveis independentes que apresentaram na análise bruta p<0,10 foram submetidas ao modelo de múltiplo. Nele, as variáveis com p<0,05 foram considerados associadas.

A pesquisa faz parte de um projeto matricial intitulado: Doenças relacionadas ao coração e outros agravos à saúde entre fumantes no sudeste goiano e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o parecer 2.331.604 e respeitou os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

RESULTADOS

Participaram da presente investigação 775 indivíduos. Houve a perda de dois indivíduos, sem impacto, pois isso estava dentro da possibilidade das perdas amostrais. Mais da metade da amostra (53,9%; IC95% 50,1-57,6) era do sexo feminino. Em relação à idade dos participantes, a média foi de 39,7 anos (IC95% 38,61-40,77; desvio padrão de 14,8). A escolaridade média foi de 9,7 anos (IC95% 9.40-10.06; desvio padrão de 4,5). A renda média encontrada foi de

R$2.777,33 (IC95% 2.559,49-3.024,97; desvio padrão R$2.947,64). A prevalência para a qualidade de sono ruim, pelo escore do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, foi de 57,4% (IC95% 53,8-60,9). A prevalência para curta duração de sono foi de 9,3% (IC95% 7,4-11,1) e a de longa duração de sono foi 24,9% (IC95% 21,8-28,4). Os fatores associados às variáveis dependentes do estudo, na análise bivariada, são evidenciados na tabela 1.

Tabela 1. Análise bivariada das variáveis dependentes relativas ao qualidade e duração de sono com variáveis independentes sociodemográficos, hábitos de vida e condição de saúde

Variáveis	Todos*	Qualidade do sono ruim		Valor de p	Curta duração do sono		Valor de p	Longa duração do sono		Valor de p
		n (%)	RP (IC95%)		n (%)	RP (IC95%)		n (%)	RP (IC95%)	
Sexo										
Masculino	359	178	1,0		89 (24,8)	1,0		96 (26,7)	1,0	
Feminino	416	267	1,10 (1,05-11,16)	0,00	104 (25,0)	1,01 (0,97-1,05)	0,40	109 (26,2)	0,97 (0,77-1,23)	0,86
Idade, anos										
≤55	650	380	1,0		176 (27,1)	1,0		155 (23,9)	1,0	
>55	125	65	0,95 (0,90-1,02)	0,19	17 (13,5)	0,89 (0,84-0,94)	0,00	50 (39,7)	1,66 (1,28-2,14)	0,00
Estado marital										
Sem parceiro	395	224	1,0		104 (26,3)	1,0		110 (27,8)	1,0	
Com parceiro	377	220	1,01 (0,96-1,05)	0,64	88 (23,4)	0,97 (0,93-1,02)	0,35	93 (24,7)	0,89 (0,70-1,19)	0,33
Escolaridade, anos										
>8	478	264	1,0		134 (28,0)	1,0		111 (23,2)	1,0	
≤8	297	181	1,03 (0,99-1,08)	0,11	59 (19,9)	0,93 (0,89-0,98)	0,00	94 (31,6)	1,36 (1,07-1,72)	0,00
Renda familiar, R$										
>2.705,00	315	192	1,0		87 (27,6)	1,0		69 (21,9)	1,0	
≤2.705,00	460	253	0,96 (0,92-1,00)	0,09	106 (23,0)	0,96 (0,91-1,01)	0,15	136 (29,6)	1,34 (1,04-1,73)	0,02
Filhos										
Não	257	139	1,0		77 (30,0)	1,0		58 (22,6)	1,0	
Sim	518	306	1,03 (0,98-1,08)	0,19	116 (22,4)	0,94 (0,89-0,99)	0,02	147 (28,4)	1,25 (0,96-1,63)	0,09
Cor da pele										
Não branca	541	305	1,0		128 (23,7)	1,0		154 (28,5)	1,0	
Branca	234	140	1,02 (0,97-1,07)	0,36	65 (27,7)	1,03 (0,97-	0,24	51 (21,7)	0,76 (0,57-1,00)	0,05
Emprego										
Formal	318	194	1,0		82 (23,8)	1,0		81 (25,5)	1,0	
Informal	457	251	0,96 (0,92-1,00)	0,09	111 (24,3)	0,98 (0,94-1,03)	0,63	124 (27,1)	1,06 (0,83-1,35)	0,60
Mora com amigos										
Não	743	432	1,0		187 (25,1)	1,0		200 (26,9)	1,0	
Sim	32	13	0,88 (0,78-1,00)	0,06	6 (18,7)	0,94 (0,84-1,06)	0,37	5 (25,6)	0,58 (0,25-1,31)	0,19

Mora com crianças										
Não	711	401	1,0		174 (24,5)	1,0		191 (26,9)	1,0	
Sim	64	44	1,07 (1,00-1,15)	0,03	19 (29,7)	1,04 (0,95-1,14)	0,37	14 (21,9)	0,81 (0,50-1,31)	0,40
Atendimento na UASS										
Não	432	236	1,0		115 (26,5)	1,0		113 (26,1)	1,0	
Sim	343	209	1,04 (0,99-1,08)	0,07	78 (22,8)	0,97 (0,92-1,01)	0,22	92 (26,9)	1,03 (0,81-1,30)	0,80
Binge drinking										
Não	423	221	1,0		100 (23,6)	1,0		121 (28,6)	1,0	
Sim	352	224	1,07 (1,02-1,12)	0,00	93 (26,4)	102 (0,97-1,07)	0,37	84 (23,9)	0,83 (0,65-1,06)	0,13
Uso de substância ilícita										
Não	671	375	1,0		161 (24,0)	1,0		180 (26,8)	1,0	
Sim	104	70	1,07 (1,01-1,12)	0,00	32 (30,8)	1,05 (0,98-1,13)	0,15	25 (24,0)	0,89 (0,62-1,28)	0,55
Angina										
Não	723	404	1,0		175 (24,2)	1,0		193 (26,7)	1,0	
Sim	52	41	1,14 (1,07-1,22)	0,00	18 (34,6)	1,08 (0,98-1,19)	0,11	12 (23,1)	0,86 (0,51-1,44)	0,57
Colesterol aumentado										
Não	699	394	1,0		175 (25,1)	1,0		185 (26,5)	1,0	
Sim	76	51	1,06 (0,99-1,14)	0,05	18 (23,4)	0,98 (0,90-1,06)	0,74	20 (26,0)	0,97 (0,65-1,45)	0,92
Hipertensão arterial sistêmica										
Não	525	348	1,0		160 (25,6)	1,0		149 (23,9)	1,0	
Sim	150	97	1,05 (1,00-1,11)	0,03	33 (21,8)	0,96 (0,91-1,03)	0,32	56 (37,1)	1,55 (1,20-1,99)	0,00
Obesidade†										
Não	645	363	1,0		149 (23,1)	1,0		178 (27,6)	1,0	
Sim	121	78	1,05 (0,99-1,11)	0,08	42 (34,7)	1,09 (1,02-1,17)	0,01	27 (22,3)	0,80 (0,56-1,15)	0,24
Depressão										
Não	697	384	1,0		178 (25,6)	1,0		177 (25,4)	1,0	
Sim	78	61	1,14 (1,08-1,21)	0,00	15 (19,0)	0,94 (0,87-1,02)	0,17	28 (35,4)	1,39 (1,00-1,92)	0,04
Ansiedade										
Não	718	406	1,0		180 (25,0)	1,0		192 (26,7)	1,0	
Sim	57	39	1,07 (0,99-1,16)	0,05	13 (22,8)	0,98 (0,89-1,07)	0,69	13 (22,8)	0,85 (0,52-1,39)	0,52

* Número de respostas válidas; † indivíduos com índice de massa corporal >30kg/m². RP – razão de prevalência; IC95% − intervalo de confiança de 95%; UASS − unidade de atenção secundária à saúde.

Na análise bivariada, as variáveis associadas ao desfecho qualidade de sono ruim foram sexo feminino; morar com crianças; *binge drinking*; uso de substância ilícita; angina; colesterol aumentado; hipertensão arterial sistêmica; depressão e ansiedade. Quanto à variável desfecho curta duração de sono, associaram-se idade >55 anos; escolaridade ≤ 8 anos; ter filhos e obesidade. Idade >55 anos; escolaridade ≤8 anos; renda ≤R$2.705,00; cor da pele branca; hipertensão arterial sistêmica e depressão associaram-se à variável longa duração de sono. A tabela 2 apresenta a análise múltipla dos fatores associados às variáveis dependentes deste estudo.

Tabela 2. Análise múltipla dos fatores associados às variáveis dependentes de qualidade e duração de sono alteradas

Variáveis	RP ajustada (IC95%)*	Valor de p
Qualidade do sono ruim		
Sexo	1,10 (1,05-1,16)	0,00
Renda familiar	0,96 (0,92-1,01)	0,13
Trabalho	0,96 (0,92-1,00)	0,08
Mora com amigos	0,90 (0,80-1,02)	0,11
Mora com filhos	1,02 (0,95-1,10)	0,53
Atendimento na UASS	1,02 (0,98-1,07)	0,28
Binge drinking	1,08 (1,03-1,13)	0,00
Uso de substâncias ilícitas	1,06 (1,00-1,12)	0,03
Angina	1,10 (1,03-1,18)	0,00
Colesterol total aumentado	1,01 (0,94-1,08)	0,76
Hipertensão arterial sistêmica	1,02 (0,97-1,09)	0,34
Obesidade	1,03 (0,97-1,09)	0,27
Depressão	1,07 (1,00-1,14)	0,02
Ansiedade	1,01 (0,93-1,09)	0,74
Curta duração do sono		
Idade, anos	0,96 (0,91-1,01)	0,19
Mora somente com os filhos	0,96 (0,91-1,01)	0,18
Obesidade	1,10 (1,02-1,17)	0,00
Longa duração do sono		
Idade, anos	1,39 (1,00-1,92)	0,04
Escolaridade	1,09 (0,83-1,42)	0,52
Renda familiar	1,27 (0,98-1,63)	0,06
Mora somente com os filhos	0,99 (0,73-1,33)	0,95
Cor da pele	0,81 (0,61-1,07)	0,15
Hipertensão arterial sistêmica	1,29 (0,98-1,70)	0,06
Depressão	0,85 (0,52-1,39)	0,52

* RP – razão de prevalência; IC95% − intervalo de confiança de 95%; UASS − unidade de atenção secundária à saúde

Na análise múltipla, os fatores associados à qualidade de sono ruim foram sexo feminino, *binge drinking*, uso de substâncias ilícitas, angina e depressão. Curta duração do sono associou-se à obesidade. A idade foi associada à longa duração do sono.

Discussão

O presente estudo avaliou a qualidade e duração de sono por meio da mensuração de sua qualidade e da duração de sono por dia, com apontamentos de fatores associados, testando variáveis sociodemográficas, comportamentais e histórico de processo saúde-doença, em uma população de usuários de dispositivos de saúde, que compõem a rede de atenção à saúde de um município da Região Central do Brasil.

Embora apresente algumas limitações, como em seu delineamento que impossibilita a relação causa-efeito, essa investigação inovou ao se considerar o espaço geográfico da região e ao revelar dados sobre os fatores intrínsecos e extrínsecos, que predispõem o indivíduo aos distúrbios do sono. Também, inova ao avaliar variáveis comportamentais de uso de substâncias psicoativas da população atendida na rede pública da Região Central do Brasil, que podem interferir negativamente a qualidade e duração de sono. A prevalência da má qualidade de sono da presente investigação foi de 57,4%. As prevalências de sono ruim são variadas e divergentes da apontada neste estudo, e muito se deve à localidade e à população investigada. Em estudo realizado em São Paulo, a qualidade de sono ruim foi de 46,7%;[18] em outros dois estudos de coorte oriundos da Alemanha, a porcentagem encontrada foi de 38%[13] e, em Helsinque, de 72,9%.[19] Contudo, as variáveis associadas foram semelhantes: obesidade, sexo feminino e idade igual ou acima de 60 anos,[18], bem como sintomas depressivos e alteração do humor.[13,19]

Considerando o sexo, verificou-se que o feminino esteve mais propenso à má qualidade de sono (razão de prevalência 1,08; IC95% 1,03-1,14; p=0,00). Em relação a esses achados, as mulheres apresentam maior probabilidade de problemas na qualidade de sono, o que é explicado por fatores sociodemográficos, como culturais, raciais e sociais.[9,18] Elas se tornam mais vulneráveis também por fatores genéticos e fisiológicos, como alterações fisiológicas hormonais, desde a menstruação e a menopausa, com o eventual declínio nos estrogênios, bem como do estradiol ovariano, que interfere na disposição e na capacidade de manter suas atividades diárias, com implicações na má qualidade do sono.[20,21] Essa propensão se potencializa quando a mulher tem como estilo de vida ser tabagista, o uso frequentes de medicamentos e o abuso de drogas.[9]

Nesta pesquisa, o *binge drinking* foi fator de risco para a qualidade do sono ruim. Esse comportamento compulsivo pelo álcool pode ser adotado por algumas pessoas com dificuldades para adormecer; observa-se, então, o uso da substância para sanar tal limitação.[22] Por outro lado, a bebida alcoólica pode alterar o funcionamento do sistema de temporização circadiana, com alteração das

ondas cerebrais, redução do tempo de sono na fase denominada *Rapid Eyes Movement* (REM) e aparecimento de episódios de insônia, além de se perturbar o período latente do sono. Do mesmo modo, ocorrem outros efeitos relacionados ao uso álcool, como comprometimento da memória, além do efeito diurético da substância, o que também provoca interrupções do sono, tornando-o fragmentado. [23]

Neste contexto, o consumo de álcool e o uso de substâncias ilícitas igualmente afetam o sistema de temporização circadiana, já que a maioria dos *zeitgebers* conhecidos (sincronizadores externos) do ritmo circadiano são prejudicados durante o uso agudo ou crônico destas substâncias psicoativas.[24] Estudo realizado na China evidenciou prevalência de 68,5% para a qualidade do sono ruim em indivíduos que faziam uso de drogas ilícitas.[25] A substância ilícita atua no sistema nervoso central e, consequentemente, altera a liberação de neurotransmissores que controlam o ciclo sono-vigília.[4,25] Tal achado corrobora resultado desta investigação, uma vez que o uso de substâncias ilícitas associou-se à variável qualidade de sono ruim.

A associação entre angina e qualidade de sono ruim, verificada na presente pesquisa, está de acordo os achados de outros estudos. Canadenses com alto escore para angina tiveram chance de 3,27 vezes maior de apresentarem qualidade do sono ruim.[26] Além disso, uma coorte apontou que indivíduos com duração do sono curto ou má qualidade do sono têm mais predisposição para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (angina: 1,62% na Holanda, 8,11% Suriname no sul asiático, 5,4%na África, 5,14% em ganenses, 10,1% na Turquia e 7,35% em Marrocos; além de claudicação intermitente e infarto do miocárdio), dentre outros achados que acompanharam outras situações de saúde-doença como: obesidade, alterações hormonais e estresses, apontados como fatores de risco para o sono irregular.[27]

No âmbito da dimensão psíquica, a associação encontrada neste estudo tem sido apontada como fator de risco para alterações no padrão de sono. Estudo transversal realizado em Portugal, Espanha e Brasil verificou associações entre má qualidade sono e estresse, ansiedade e depressão.[28] A qualidade de sono pode estar relacionada com fatores socioeconômicos e culturais da população.[28] Quanto ao mecanismo da relação existente entre a alteração do sono e depressão, alguns estudos sugerem que as alterações psicológicas e comportamentais agravam o sono,[13,29] tais como a depressão.[8,30] Nesta mesma perspectiva, salientou-se que a intrínseca afinidade entre o sono e os distúrbios depressivos, juntando-se ao estresse, ou seja, a dificuldade para dormir origina períodos de vigília noturna, propensos a pensamentos intrusivos. Logo, evidenciou-se que a incapacidade de adaptação a eventos estressantes e os efeitos da excitação cognitiva e alteração da vigília noturna são responsáveis pelo aparecimento da depressão.[30]

Tal eventualidade relaciona-se também aos fatores hormonais, sobretudo à melatonina, responsável pelo sistema de temporização circadiana do ciclo sono-vigília. Alterações nos níveis

deste hormônio associam-se aos sintomas depressivos, visto que as pessoas que apresentam distúrbios psicológicos estão mais propensas a apresentaram diminuição da necessidade do sono, hipersonia ou mesmo insônia.[5]

A variável obesidade associou-se à variável dependente sono curto. Corroborando os achados desta pesquisa, diversos estudos[18,31] evidenciam a associação entre menor tempo de sono (<6 horas), índice de massa corporal elevado, obesidade e doenças crônicas.[32,33]) Sugere-se que os hormônios responsáveis pelo balanço energético durante o sono, como a leptina, a insulina, a glicose, a adiponectina, o cortisol e a grelina, apresentam níveis alterados em indivíduos com curta duração do sono, estimulando as regiões corticais a desejarem alimentos com alto teor calórico e má qualidade nutricional, predispondo-os à obesidade.[34]

Em relação à idade, indivíduos com idade superior a 55 anos estão mais propensos em apresentar duração de sono longa. Corroborando esse achado em investigação transversal realizada na Filadélfia, indivíduos mais velhos apresentaram maior satisfação em relação à longa duração do sono. As justificativas podem ocorrer em razão de terem mais tempo para dormir, menos filhos em casa, trabalhar menos e ter menos estresse. Entretanto, fisiologicamente, na proporção que os indivíduos envelhecem, seu organismo passa a exigir menor tempo de sono, para sua satisfação e qualidade.[21,35]

Ademais, faz-se necessário mencionar algumas limitações do presente estudo, conforme já mencionado, delineamento transversal, impediu estimar a relação causa-efeito entre as ocorrências e o recrutamento por conveniência, de modo que os dados fornecidos pelos indivíduos podem ter o viés da memória durante o autorrelato nas entrevistas. As perguntas direcionadas aos companheiros de cama/quarto do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh deixaram de ser aplicadas, visto que, na maioria das vezes, estes não se encontravam no momento da entrevista. Além disso, a literatura carece de investigações [21] que analisaram as variáveis estudadas no presente estudo como fatores associados, fato que limitou as inferências dos achados, levando a uma discussão análoga quanto aos fatores associados.

Conclusão

A irregularidade nas características do sono relacionaram-se intimamente à sua qualidade, ao tempo de duração do sono diário, bem como a outros fatores associados, como sexo feminino, *binge drinking,* uso de substâncias ilícitas, angina, depressão, obesidade e idade. Tal irregularidade do sono, juntamente dos fatores associados, retroalimentam-se e potencializam-se; assim, ampliam a vulnerabilidade de danos crônicos à saúde dos indivíduos que, cotidianamente, apresentam-se nas demandas de atendimentos dos serviços de saúde. Por fim, é preciso que os trabalhadores do setor se atentem para esse fenômeno na atenção às necessidades de saúde dos usuários.

Referências

1. Youngstedt SD, Goff EE, Reynolds AM, Kripke DF, Irwin MR, Bootzin RR, et al. Has Adult Sleep Duration Declined Over the Last 50+ Years? Sleep Med Rev. 2016;28:69-85.
2. Zomers ML, Hulsegge G, van Oostrom SH, Proper KI, Verschuren WMM, Picavet HSJ. Characterizing adult sleep behavior over 20 years – The populations - based doetinchem cohort study. Sleep. 2017;40(7).
3. Cho JW, Duffy JF. Sleep, Sleep Disorders, and Sexual Dysfunction. World J Mens Health. 2018 Aug 14.
4. Luyster FS, Strollo PJ Jr, Zee PC, Walsh JK; Boards of Directors of the American Academy of Sleep Medicine and the Sleep Research Society. Sleep: A Health Imperative. Sleep. 2012;35(6):727-34.
5. Dmitrzak-Weglarz M, Reszka E. Pathophysiology of Depression: Molecular Regulation of Melatonin Homeostasis – Current Status. Neuropsychobiology. 2017;76(3):117-29.
6. Tomfohr LM, Edwards KM, Madsen JW, Mills PJ. Social support moderates the relationship between sleep and inflammation in a population at high risk for developing cardiovascular disease. Psychophysiology. 2015;52(12):1689-97.
7. Wu W, Wang W, Dong Z, Xie Y, Gu Y, Zhang Y, et al. Sleep Quality and Its Associated Factors among Low-Income Adults in a Rural Area of China: A Population-Based Study. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(9). pii: E2055.
8. Wang S, Li B, Wu Y, Ungvari GS, Ng CH, Fu Y, et al. Relationship of Sleep Duration with Sociodemographic Characteristics, Lifestyle, Mental Health, and Chronic Diseases in a Large Chinese Adult Population. J Clin Sleep Med. 2017;13(3):377-84.
9. Fatima Y, Doi SA, Najman JM, Mamun AA. Exploring Gender Difference in Sleep Quality of Young Adults: Findings from a Large Population Study. Clin Med Res. 2016;14(3-4):138-44.
10. Salahuddin M, Maru TT, Kumalo A, Pandi-Perumal SR, Bahammam AS, Manzar MD. Validation of the Pittsburgh sleep quality index in community dwelling Ethiopian adults. Health Qual Life Outcomes. 2017;15(1):58
11. Štefan L, Juranko D, Prosoli R, Barić R, Sporiš G. Self-Reported Sleep Duration and Self-Rated Health in Young Adults. J Clin Sleep Med. 2017;13(7):899-904.
12. Buysse DJ. Sleep Health: Can We Defne It? Does It Matter? Sleep. 2014;37(1):9-17
13. Lacruz MH, Pokrzywniak AS, Dragano N, Moebus S, Deutrich SE, Mohlenkamp S, et al. Depressive symptoms, life satisfaction and prevalence of sleep disturbances in the general population of Germany: results from the Heinz Nixdorf Recall study. BMJ Open. 2016;6:1-8.
14. Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, de Barba ME, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Sleep Med. 2011;12(1):70-5.
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério Brasil 2018 [Internet]. [cited 2018 21 Dez]. Available from: http://www.abep.org/criterio-brasil
16. Bouchery EE, Harwood HJ, Sacks JJ, Simon CJ, Brewer RD. Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006. Am J Prev Med. 2011;41(5):516-24. Erratum in: Am J Prev Med. 2013;44(2):198.
17. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010 [Internet]. 3. ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2010 [cited 2018 21 Dez]. Available from: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf
18. Zanuto EA, Lima MC, Araujo RG, Silva EP, Anzolin CC, Araujo MY, et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2015;1(18):42-53.
19. Aydinlar EL, Dikmen PY, Kosak S, Kocaman AS. OnabotulinumtoxinA effectiveness on chronic migraine, negative emotional states and sleep quality: a single-center prospective cohort study. J Headache Pain, 2017;18(1):23.

20. Mong JA, Cusmano DM. Sex differences in sleep: impact of biological sexand sex steroids. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2016;371(1688):20150110.
21. Beijamini, F., Knutson, K. L., Lorenzi-Filho, G., Egan, K. J., Taporoski, T. P., De Paula, L. K. G., ... & Krieger, J. E. Timing and quality of sleep in a rural Brazilian family-based cohort, the Baependi Heart Study. Scientific RepoRts. 2016:6 (39283).
22. Canham SL, Kaufmann CN, Mauro PM, Mojtabai R, Spira AP.. Binge Drinking and Insomnia in Middle-aged and Older Adults: The Health and Retirement Study. Int J Geriatr Psychiatry. 2015;30(3):284-91.
23. Lo HM, Leung JH, Chau GK, Lam MH, Lee KY, Ho A. Factors Affecting Sleep Quality among Adolescent Athletes. Sports Nutr Ther. 2017;2(123):1-6.
24. Angarita GA, Emadi N, Hodges S, Morgan PT. Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: a comprehensive review. Addict Sci Clin Pract. 2016;11(1):9.
25. Tang J, Liao Y, He H, Deng Q, Zhang G, Qi C, et al.. Sleeping problems in Chinese illicit drug dependent subjects. BMC Psychiatry. 2015;15:28.
26. Yilmaz S, Aksoy E, Doğan T, Diken Aİ, Yalcınkaya A, Ozşen K.. Angina severity predicts worse sleep quality after coronary artery bypass grafting. Perfusion. 2016;31(6):471-
27. Anujuo K, Agyemang C, Snijder MB, Jean-Louis G, van den Born BJ, Peters RJG, et al. Contribution of short sleep duration to Ethnic differences in cardiovascular Disease: results from a cohort study in The Netherlands. BMJ Open. 2017;7(11):e017645.
28. Joao KA, Jesus SN, Carmo C, Pinto P. The impact of sleep quality on the mental health of a non-clinical population. Sleep Medicine. 2018;46:69-73.
29. Matsumoto T, Tabara Y, Murase K, Takahashi Y, Setoh K, Kawaguchi T, et al. Combined association of clinical and lifestyle factors with non-restorative sleep: The Nagahama Study. PLoS One. 2017;12(3):e0171849.
30. Kalmbach DA, Pillai V, Drake C L. Nocturnal insomnia symptoms and stressinduced cognitive intrusions in risk for depression: A 2-year prospective study. PlosOne. 2018;13(2):1-13.
31. Clark AJ, Salo P, Lange T, Jennum P, Virtanen M, Pentti J, et al. Onset of impaired sleep as a predictor of change in health-related behaviours; analysing observational data as a series of non randomized pseudo-trials. Int J Epidemiol. 2015;44(3):1027-37
32. Shan Z, Ma H, Xie M, Yan P, Guo Y, Bao W, et al. Sleep duration and risk of type 2 Diabetes: a meta-analysis of prospective studies. Diabetes Care. 2015;38(3):529-37
33. Hibi M, Kubota C, Mizuno T, Aritake S, Mitsui Y, Katashima M. et al. Effect of shortened sleep on energy expenditure, core body temperature, and appetite: a human randomised crossover trial. Scientific RepoRts, 2017;7:1-11.
34. McHill AW, Hull JT, McMullan CJ, Klerman EB. Chronic insuficiente sleep has a limited impact on circadian rhythmicity of subjective hhunger and awakening fasted metabolic hormones. Front Endocrinol (Lausanne). 2018;9:319.
35. Fox EC, Wang K, Aquino M, Grandner MA, Xie D, Branas CC, et al. Sleep debt at the community level: impact of age, sex, race/ethnicity and health. Sleep Health. 2018;4(4):317-

Artigo 2

MÁ QUALIDADE DO SONO E FATORES ASSOCIADOS EM TABAGISTAS: UMA ANÁLISE MULTINÍVEL

Poor quality of sleep and associated factors in smokers: a multilevel analysis

RESUMO

Introdução: O tabagismo é responsável por aproximadamente 4,2 milhões de anos de vida interrompida. Evidências científicas apontam que o uso habitual de cigarro por um tempo prolongando, influência a qualidade do sono dessa população, podendo ocasionar agravos crônico na saúde. **Objetivo:** Estimar a prevalência da qualidade do sono e seus fatores associados em tabagistas. **Métodos:** Estudo transversal analítico, com 606 tabagistas. Aplicou-se um questionário com características sociodemográficos, os hábitos de vida, as condições de saúde, instrumento da Qualidade de Sono de *Pittsburgh* e *o* Teste de *Fagerström.* A análise de bivariada com regressão logística e medida de efeito *Poisson*, após utilizou-se o método de análise multinível, ajustando o fator contextual, local de abordagem do indivíduo. **Resultados:** Associaram-se na análise multinível: sexo feminino (p = 0.007; IC95% 1.064-1.466); angina (p = 0.008; IC95% 1.075-1.638); SCF (p = 0.001; IC95% 1.301-1.715); IAPV (p = 0.007; IC95% 1.073-1.567); MMB (p = 0.027; IC95% 1.043-2.035) e tem filhos (p = 0.014; IC95% 0.673-0.956); ser aposentado (p = 0.029; IC95% 1.024-1.597) com associação negativa. **Conclusão:** São necessárias ações de promoção, prevenção e tratamento, direcionadas aos cuidados com a higiene do sono, dessa população vulnerável.

D**escritores:** Instrumento, Tabagistas, Sono, Enfermagem, Análise Multinível

RESUME

Introduction: Smoking is responsible for approximately 4.2 million years of interrupted life. Scientific evidence indicates that the habitual use of cigarettes for a prolonged period influences the sleep quality of this population, which can cause chronic health problems. **Objective:** To estimate the prevalence of sleep quality and its associated factors in smokers. **Methods:** Cross-sectional analytical study with 606 smokers. A questionnaire with sociodemographic characteristics, life habits, health conditions, a Pittsburgh Sleep Quality instrument and the Fagerström Test was applied. The bivariate analysis with logistic regression and Poisson effect measure, after using the multilevel analysis method, adjusting the contextual factor, the individual's approach location. **Results:** Associated in the multilevel analysis: female gender (p = 0.007; 95% CI 1,064-1,466); angina (p = 0.008; 95% CI 1,075-1,638); SCF (p = 0.001; 95% CI 1.301-1.715); IAPV (p = 0.007; 95% CI 1.073-1.567); MMB (p = 0.027; 95% CI 1.043-2.035) and has children (p = 0.014; 95% CI 0.673-0.956); be retired (p = 0.029; 95% CI 1,024-1,597) with a negative association. **Conclusion:** Promotion, prevention and treatment actions, aimed at caring for sleep hygiene, are needed for this vulnerable population.

Descriptors: Instrument, Smokers, Sleep, Nursing, Multilevel Analysis

4 CONCLUSÃO

Considerando que nesse estudo, verificou-se indicadores associados a qualidade do sono na população geral e em tabagistas, gerando a partir desse conhecimento, implicações direcionadas para a melhoria da qualidade do processo saúde-doença dos indivíduos. Propostas inovadoras do primeiro artigo, que avalia o tempo e a qualidade do sono na população usuária do sistema público de saúde, e suas associações. O segundo artigo, caracteriza-se como o primeiro estudo desenvolvido no Brasil, avaliando a "má qualidade do sono" na população tabagista, utilizada análise, do tipo contextual multinivel.

Na população geral, usuária do sistema público de saúde, apontou uma prevalência de curta duração de sono de 9,3% e de longa duração de sono 24,9% em uma população geral, de 775 indivíduos, com associações de: sexo feminino, *binge drinking*, uso de substâncias ilícitas, angina, depressão, obesidade e idade. Em relação a população tabagista, obteve uma alta prevalência de má qualidade do sono 63.5%, de uma amostra de 606 fumantes, associados: sexo feminino, angina, tem filhos, se cansar com facilidade, ideia de acabar com a própria vida e no último mês apresentou dificuldade de recordar de suas ações depois de ter bebido.

Esses achados, são essenciais por apontar a vulnerabilidade dos indivíduos relacionados ao sono. Percebe-se que o sono, está intimamente relacionada, com fatores sociodemográficos, culturais, estilo de vida e doenças cardiovasculares, de tal forma que influência na qualidade social e econômica do indivíduo na comunidade.

Em relação ao sexo feminino e importante, um cuidado especial na mulher, direcionado ao sono, principalmente quando se trata de tabagistas, iniciando na Atenção Básica, o maior preparo para o acolhimento e inclusão na Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, abrangendo os aspectos determinantes da má qualidade do sono. Tais medidas, associadas a todas dimensões da saúde da mulher, como também no sentido do papel na família e suas relações.

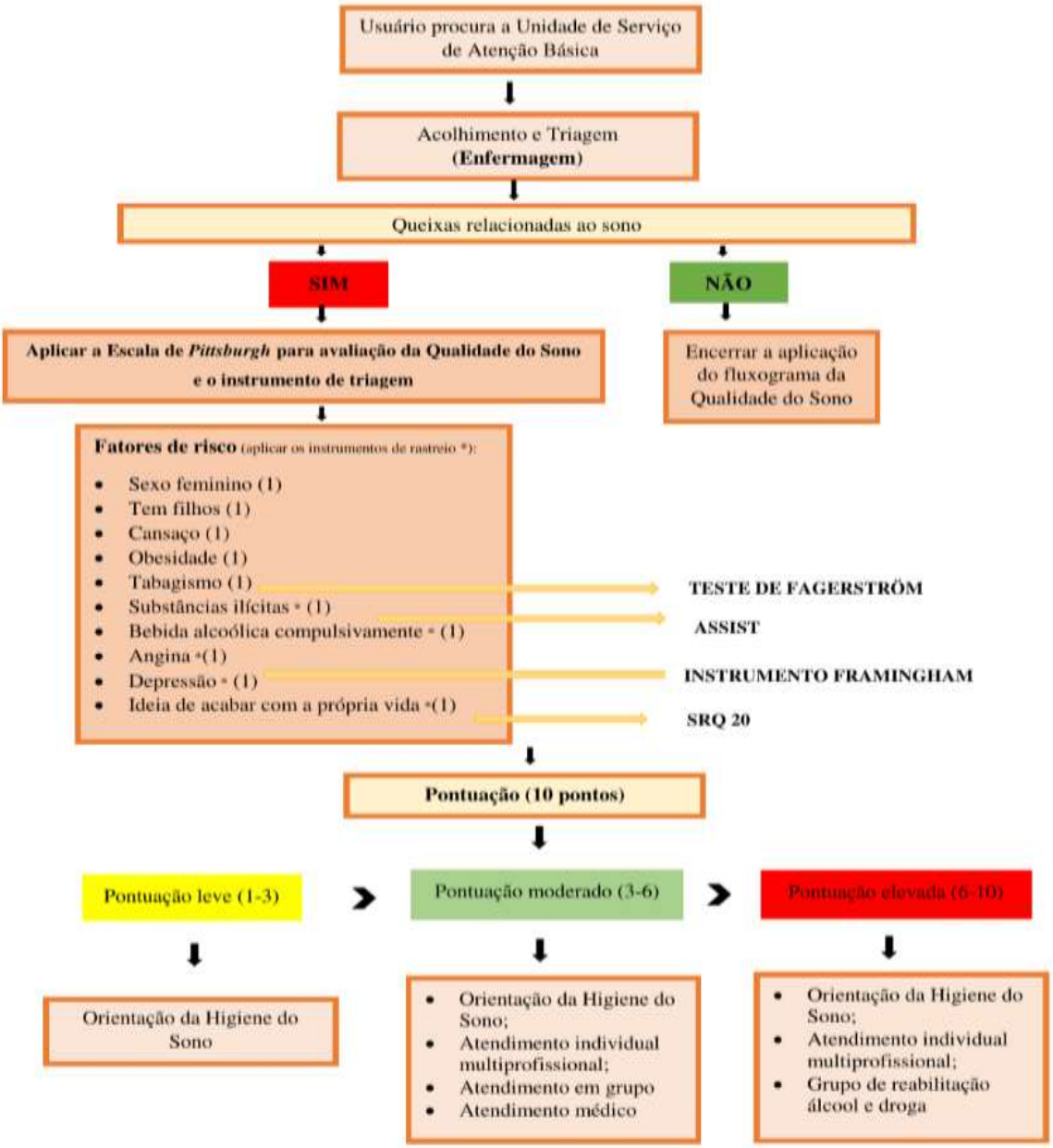
Outro fator, e a presença de sintomas e estilo de vida precursor para uma má qualidade no sono e distúrbios: como obesidade, se cansar com facilidade, depressão e ideia de acabar com a própria vida, tais eventos são significativos para a qualidade do sono, e ainda associados ao tabagismo, são fatores que podem ocasionar doenças crônicos.

Há uma necessidade, de rastreio das pessoas que fazem uso compulsivo de bebida alcoólica, que associado a outros fatores como fumar e utilizar substâncias ilícitas, se retroalimento com a má qualidade do sono. Assim, um facilitador, seria a implantação de um protocolo de atendimento, principalmente em locais que acolhem e tratam usuários de bebidas alcoólicas e outras drogas, encaminhando para um tratamento de acordo com sua realidade e seu histórico clinico, diminuindo assim os efeitos ao longo tempo do uso contínuo dessas substâncias.

É imprescindível, nesse tempo de ritmo acelerado, ações de gestão de promoção, prevenção e tratamento voltados ao cuidado do sono, baseadas nos indicadores de saúde e agravos crônicos, dessas populações. Em busca, de ações direcionadas a população geral e em tabagistas, iniciando a partir da capacitação dos profissionais de saúde e a atuações de atendimentos multiprofissionais e até interdisplinar, com objetivo de maiores conhecimentos e estratégias para a identificação e encaminhamento de tratamento, ocasionado por distúrbios do sono.

Afim, da realização de fluxograma que direcione o indivíduo, para programas de orientações em grupos, ou mesmo atendimentos individuais, realização de triagem do histórico clinico e psíquico (levantamento de dados referentes ao sono), exames específicos se necessário. Corroborando com a capacidade de atendimento no âmbito da gestão em saúde na Atenção Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária de saúde, e até em outros ambientes sociais, reduzindo assim gastos com internações, consumo de medicações, acarretando a diminuição de morbidades e mortalidades, investindo assim, em práticas de saúde, mais resolutivas e mais pontuais ao cuidado da saúde do sono.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA QUALIDADE DO SONO



BERTOLAZI A. N.; FAGONDES S. C.; HOFF, L. S.; DARTORA, E.G.; MIOZZO, I. C. S.; BARBA, M.E.F.; BARRETO, S.S. M. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine** ,v.12 ,p. 70–7,2011.

FERREIRA, P. L.; QUINTAL, C.; LOPES, I.; TAVEIRA, N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. **Revista Portuguesa de Saúde Pública,** v.27, n.2, jul/dez.2009.

HENRIQUE, I. F.S.; MICHELI, D.; LACERDA, R. B.; LACERDA, L. A.; FORMIGONI, M.L.O.S. Validação da versão brasileira brasileira do teste de triagem triagem do envolvimento com álcool, cigarro cigarro e outras substâncias substâncias (ASSIST). **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 2, p. 199- 206, 2004.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med , v. 87, n. 4, p. 232-237,** São Paulo, 2008 .

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T. KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire*como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*, v. 24, n. 2, p.380-390, 2008.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NA QUALIDADE DO SONO

Aplicar a Escala de *Pittsburgh* para avaliação da Qualidade do Sono

- 0 (nenhuma dificuldade)
- 3(dificuldade grave)
- Pontuações de 0 a 4 indicam sono de qualidade preservada, pontuações > 5 indicam qualidade de sono comprometida.

TESTE DE *FAGERSTRÖM*

- 0 a 10 grau de dependência baixa (menor que 4 pontos)
- dependência moderada (5-7 pontos)
- alta dependência (maior que 8 pontos)

ASSIST

- Álcool: 0-10 (leve) 11-26 (moderada) 27> (grave)
- Maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos\sedativos, alucinógenos , opióides
- 0-3(leve) 4-26 (moderada) 27> (grave)

INSTRUMENTO FRAMINGHAM

- Idade
- Colesterol total
- HDL
- Pressão arterial sistólica
- Diabetes
- Tabagismo

SRQ 20

- 0 (nenhuma probabilidade)
- 20 (extrema probabilidade).

Ao final das pontuações classificar o nível de atendimento e direcionar o indivíduo ao tratamento específico.

BERTOLAZI A. N.; FAGONDES S. C.; HOFF, L. S.; DARTORA, E.G.; MIOZZO, I. C. S.; BARBA, M.E.F.; BARRETO, S.S. M. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine** ,v.12 ,p. 70-7,2011.

FERREIRA, P. L.; QUINTAL, C.; LOPES, I.; TAVEIRA, N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. **Revista Portuguesa de Saúde Pública,** v.27, n.2, julldez,2009.

HENRIQUE, I. F.S.; MICHELI, D.; LACERDA, R. B.; LACERDA, L. A.; FORMIGONI, M.L.O.S. Validação da versão brasileira brasileira do teste de triagem triagem do envolvimento com álcool, cigarro cigarro e outras substâncias substâncias (ASSIST). **Rev Assoc Med Bra**s, v. 50, n. 2, p. 199- 206, 2004.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med , v. 87, n. 4, p. 232-237,** São Paulo, 2008 .

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T. KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire*como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*, v. 24, n. 2, p.380-390. 2008.

ORIENTAÇÃO PARA HIGIENE DO SONO

1- Procurar dormir e levantar em horários regulares todos os dias;

2- Ir para cama, somente quando estiver sonolento, com sono;

3- Não fazer leitura, assistir televisão ou alimenta-se na cama, prefira outros ambientes. A cama deve estar relacionada ao ato de dormir;

4- Caso não esteja com sono, evite ficar na cama. Se necessário e preferível levantar e fazer alguma atividade tranquila até ficar sonolento novamente**.** Ficar na cama rolando de um lado para o outro pode gerar estresse e piora da insônia;

5- Determine um ritual de relaxamento antes de deitar, um banho quente, diminuir a luminosidade do quarto enquanto se prepara para deitar;

6- Evite o uso de álcool e de cafeína pelo menos 6 horas antes do horário habitual de dormir;

7- Não se alimentar próximo ao horário de dormir;

8- Evite cochilar durante o dia; atrapalha o sono a noite;

9- Procure ocupar-se durante o dia, evitando o ócio.

10- Atividade física regularmente ajuda no sono, porém evite exercícios fortes no final do dia, prefira os períodos da manhã ou do almoço. No final do dia, os exercícios precisam ser mais leves como alongamento ou caminhadas, e pelo menos 4 horas antes de dormir.

Referências: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO. Disponível online: https://www.absono.com.br/. Acesso: 20/01/2020.

5 REFERÊNCIAS

ALMONDES, K. M.; K. M.; ARAÚJO, J. F. Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia,** v. 1, n. 8, p. 37-43, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –: **Ministério da Saúde**, Brasília, 2015.

BARRETO, I. F. Tabagismo, cigarros eletrônicos e redução de danos: uma revisão narrativa. **Revista Ciência em Saúde,** v. 8, n. 1, 2018.

BATHORY, E.; TOMOPOULOS, S. Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care,** p. 1-14, 2016.

DUGAS, E.N.; SYLVESTRE, M. P.; O LOUGHLIN, E. K.; J BRUNET, J.; KAKINAMI, L.; CONSTANTIN, E.; O'LOUGHLIN, J. Nicotine dependence and sleep quality in young adults. **Addictive Behaviors**, 2016.

FERNANDES, R. M. F. O Sono normal. **Medicina,** v. 2, n. 39, p. 157-168, Ribeirão Preto, abr./jun, 2006.

GRANDNER, M. A. Sleep, Health, and Society. **Sleep Med Clin**, v. 1, n. 12, p. 1–22, march 2017.

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

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Tabaco e saúde pulmonar Dia mundial sem tabaco: Manual 2019. **Organização Pan-Americana da Saúde.** Rio de Janeiro: 2019.

JANSEN J. M.; LOPES A. J.; JANSEN, U.; CAPONE, D.; MAEDA, T.Y.; NORONHA, A.; MAGALHÃES, G. Medicina da noite: da cronobiologia à prática clínica. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 24, p. 2452- 2455, out, 2007.

JAEHNE, A.; UNBEHAUN, T.; FEIGE, B.; COHRS, S.; RODENBECK, A.; RIEMANN, D. Sleep changes in smokers before, during and 3 months after nicotine withdrawal. **Addiction Biology**, 2014.

KIM, K. S.; KIM, J. H.; PARK, S. Y.; WON, H. R.; LEE, H. J.; YANG, H. S.; KIM, H. J. Smoking Induces Oropharyngeal Narrowing and Increases theSeverity of Obstructive Sleep Apnea Syndrome. **Journal of Clinical Sleep Medicin,** v.8, n. 4, 2012.

LUYSTER, F. S.; STROLLO JR, P.J.; ZEE, P. C.; WALSH, J. K. Sleep: A Health Imperative. **SLEEP.,** v.35, n. 6, p. 727-734, 2012.

PATTERON, F.; MALONE, S. K.; LOZANO, A.; GRANDNER, M. HANLON, A. L. Smoking, Screen-Based Sedentary Behavior, and Diet Associated with Habitual Sleep Duration and Chronotype: Data from the UK BiobanK. **Ann Behav Med,** v. 5, n. 50, p. 715-726, oct, 2016.

PINTO, M. T.; RIVIERE, A. P.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 31, p. 1283-1297, jun, 2015.

PUPULIM, A. F.; SARRIS, L.G.R.; F G. R.; FERNANDES, L. G, R.; NAKAMURA, M. C.; CAMARGO, T.V.; PAULA, J. G. Mecanismos de dependência química no tabagismo: revisão da literatura. **Rev. Med**, v. 2, n.2, p. 74-78, abr/jun, 2015.

SABANAYAGAM, C.; SHANKAR, A. The association between active smoking, smokeless tobacco, secondhand smoke exposure and insufficient sleep. **Sleep Med**, v.1 n. 12, p. 7- 11, jan 2011.

TOUITOU, Y.; TOUITOU, D.; REINBERG, A. Disruption of adolescents' circadian clock: The vicious circle of media use, exposure to light at night, sleep loss and risk behaviors. **Journal of Physiology**, Paris, 2017.

XIE, Z.; CHEN, F.; LI, W. A.; GENG, X.; LI, C.; MENG, X.; FENG, Y.; LIU, W.; YU, F.
A review of sleep disorders and melatonina. **Neurological Research,** may, 2017.

WANG, S.; LI, B.; WU, Y.; UNGVARI, G. S.; NG. C. H.; FU, Y.; KOU, C.; YU, Y.; SUN, H.; XIANG, Y. **J Clin Sleep Med,** v. 12, n. 3, p. 377–384, 2017.

WEGLARZ, M.D.; RESZKA, E. Pathophysiology of Depression: Molecular Regulation of Melatonin Homeostasis – Current Status. **Neuropsychobiology** ,jun, 2018.

WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. **World Health Organization,** Geneva, 2011.

WHO. World Health Organization. Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025. Ed.2 .**World Health Organization,** Australia,2018.

YOUNGSTEDT, S. D.; GOFF, E. E.; REYNOLDS, A. M.; KRIPKE, D. F.; IRWIN, M. R.; BOOTZIN, R. R.; KHAN, N.; JEAN-LOUIS, G. Has Adult Sleep Duration Declined Over the Last 50+ Years? **Sleep Med Ver**, v. 28, p. 69–85, aug. 2016.

ZANUTO, E. A. C.; LIMA, M. C. S.; ARAUJO, R. G.; SILVA, E. P.; ANZOLIN, C. C.; ARAUJO, M. Y. C.; CODOGNO, J. S.; CHRISTOFARO, D. G. D.; FERNANDES, R. A. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol,** v. 1, n. 18, p. 42-53, jan-mar, 2015.

APÊNDICE A

Catalão,20 de setembro de 2018.

Ao Sr. Secretário de Saúde,

Vossa excelência, Senhor **Fernando Netto Lorenzo**, venho por meio deste comunicado, lhe informar sobre o início da coleta de dados da pesquisa de mestrado, intitulada como: **"Avaliação da Qualidade do Sono em Tabagistas: no Âmbito da Gestão em Promoção da Saúde"**. A mesma já aprovada anteriormente, realizada nos locais de Atenção Básica e Secundaria no município de Catalão.

Agradeço ao senhor pela atenção,

A disposição para esclarecimento,

Respeitosamente,

Naiane Dias Simões
Enfermeira
Mestranda do Programa
Profissional em Gestão Organizacional
Universidade Federal de Goiás

Profª Dra. Roselma Lucchese
Orientadora de Mestrado
Profissional em Gestão Organizacional
Universidade Federal de Goiás
Reitora da Universidade Federal de Goiás
Regional Catalão

autorizado

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Sujeito acima de 18 anos

Prezado Senhor, você está convidado a participar como voluntário de uma pesquisa que relaciona as doenças do coração com o uso do tabaco. Um elevado número de doenças relacionadas ao coração que estão ligadas ao hábito de fumar pode ser observada em vários pacientes que procuram um serviço de emergência, consultorio médico ou Unidade Básica de Saúde. Conhecer essas doenças e a relação entre o hábito de fumar é importante para prevenção dos danos e agravos decorrentes do uso do tabaco.

Título da pesquisa: "**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO CORAÇÃO ENTRE TABAGISTAS NO SUDESTE GOIANO"**

Esse documento irá lhe fornecer informações importantes sobre a pesquisa. Por favor, leia as instruções abaixo atentamente e esclareça suas dúvidas junto ao pesquisador para decidir se deseja, ou não, participar do estudo. Se você aceitar participar da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso não queira participar, você não será penalizado de forma alguma.

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o(s) pesquisador(es) responsável(eis) abaixo citados, inclusive por ligações a cobrar, pelo telefone: **(64) 9946.1606**. Em casos de dúvidas **sobre os seus direitos** como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62)3521-1075 ou (62)3521-1076 ou pelo contato no endereço abaixo:

Contato: Departamento de Enfermagem. Campus Catalão, Avenida Lamartine Pinto de Avelar, 1120 Setor Universitário – Catalão GO CEP 75 704 020.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:	PROF. DRA ROSELMA LUCCHESE - E-MAIL: roselmalucchese@hotmail.com **TELEFONES PARA CONTATO:** (62)3521-1075 OU (62)3521-1076 - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM. REGIONAL CATALÃO, AV DRº.LAMARTINE PINTO DE AVELAR, 1120 SETOR UNIVERSITÁRIO – CATALÃO GO CEP 75 704 020. TELEFONE: (64)3441 5330.
PESQUIDADORES PARTICIPANTES:	ENF. NAIANE DIAS SIMÕES, MED. THIAGO AQUINO DE AMORIM, ENF. NÚBIA INOCENCIO DE PAULA, MED. MARCUS VINICIUS DE FREITAS MOREIRA, MED. PAULO CESAR JORGE, MED. LEANDRO ALENCAR MARQUES, MED. JOSÉ STALIN DE ARAUJO. PROF. DRA IVÂNIA VERA

Objetivos do estudo: Estimar a percentagem e fatores associados das doenças relacionadas ao coração em pacientes tabagistas atendidos na microrregião de Catalão-Goiás. Caracterizar socialmente a população atendida pela especialidade de cardiologia no pronto-socorro geral, consultório cardiológico e Unidade Básica de Saúde; Investigar a forma de consumo do tabaco nessa população; Calcular o uso de tabaco entre os pacientes atendidos pela cardiologia; Descrever as doenças relacionadas ao coração associadas ao consumo de tabaco; Identificar as variáveis de processo de saúde doença egresso e atual relacionado ao uso de tabaco.

Justificativa do estudo: Um elevado número de doenças relacionadas ao coração que estão ligadas ao hábito de fumar pode ser observada em vários pacientes que procuram um serviço de emergência ou consultorio médico, em relação à população atendida nestes dispositivos. Nesta investigação, procura-se obter resultados e elaborar ações que permitam identificar falhas na qualidade do atendimento, além da reorientação e do reforço das ações de combate ao tabaco, potencializando e inovando as estratégias. É importante destacar que, definindo a prevalência das doenças cardiovasculares relacionada ao tabaco, pode-se implementar ou ampliar ações de gestão, a fim de se obter resultados cada vez mais favoraveis em relação ao seu abandono. Especialmente para os grupos populacionais em risco.

Desenvolvimento do estudo: Após concordar em participar do estudo e assinatura deste termo, você será entrevistado em um local privativo nas dependências do serviço de emergência, consultório médico ou Unidade Básica de Saúde, em um período aproximado 20 minutos. O roteiro a ser utilizado é constituído de partes, nas quais serão coletados seus dados pessoais atuais (escolaridade, estado civil, renda familiar, entre outros), dados relativos ao seu trabalho, histórico referente ao uso do tabaco, histórico de saúde e Doenças Cardiovasculares. Também serão aplicados instrumentos como o Teste de FAGERTRÖM para dependência de nicotina e o Escore Cardiovascular, com objetivo de rastreamento de doenças relacionadas ao coração. Serão aplicados o 1º questionário destinado aos pacientes tabagistas.

Desconfortos e riscos: O possível risco para esse estudo é que você poderá se sentir desconfortável em responder algumas perguntas sobre o uso do tabaco e doenças associadas. Para minimizar este desconforto, você será entrevistado em local privativo. Suas respostas serão guardadas de forma confidencial. Caso tenha sido identificado alguma alteração no estado de saúde será oferecido tratamento na rede de atenção à saúde por meios de parcerias nos serviços que você está frequentando.

Benefícios: Os benefícios para o participante incluem o conhecimento acerca das doenças relacionadas ao coração, que ele tenha, ou pode vir a ter, relacionadas com uso do tabaco, entendimentos dos riscos potencias trazidos pelo uso do mesmo. Com intuito de minimizar danos, por meio de estratégias preventivas.

Confidencialidade, privacidade e período de participação: A sua participação neste estudo se dará apenas no momento da aplicação do questionário. Se você concordar em participar, as informações obtidas relacionadas à sua pessoa serão registradas em fichas próprias. Os dados serão guardados e analisados em forma de códigos, sendo que os seus dados pessoais serão mantidos em segredo o tempo todo. Portanto, o seu nome não constará nas fichas ou em qualquer outro local. Além disso, você tem liberdade de retirar o consentimento a qualquer tempo ou o direito de deixar de responder perguntas que te ocasionem constrangimento de qualquer natureza, sem nenhum prejuízo para você.

Ressarcimento de despesas: Você não terá custo ao participar deste estudo, como também não receberá pagamento ou qualquer gratificação financeira. Caso você se sinta lesado, poderá pleitear indenização, que será concedida mediante a confirmação de eventuais danos decorrentes da sua participação nesta pesquisa.

_____

Assinatura do Pesquisador (Entrevistador)

Naiane Dias (pesquisador responsável pelo trabalho de campo)
Rua João Luiz, número 111 – São José – Catalão-GO - (64) 999675315

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,_____,RG/CPF/_____ _abaixo assinado, concordo em participar do estudo: "**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOSVASCULARES RELACIONADAS COM O USO DO TABACO NO SUDESTE GOIANO** sob coordenação da Prof. Dra. Roselma Lucchese. Fui devidamente informado(a) e esclarecido pelo(a) pesquisador(a) _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento ou responder as perguntas que ocasionem constrangimentos de alguma natureza, sem que isto leve a qualquer penalidade.
Recebi uma cópia desse documento

Nome do participante:_____
Assinatura: _____
Local: _____; Data:_____/____/_____

Assinatura Dactiloscópica:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):
Nome:_____ Assinatura: _____
Nome:_____ Assinatura: _____

APÊNDICE C

PROJETO DE PESQUISA: O TABACO E A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO SUDESTE GOIANO, UM ESTUDO DE CASO CONTROLE: CONTRIBUIÇÕES PARA PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE.

ID: _____ Data: ____/_____/_____

PARTE I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Tem doença congênita coração: [0] Não [1] Sim.
1. Local da entrevista: _____
2. Nome do entrevistador: _____
3. Nome completo do entrevistado: _____
4. Horário da entrevista: **Inicio: _____ Final: _____**
5. Endereço completo:
6. Telefone para contato:
7. Para o Sr.(a) qual a cor da sua pele ou sua raça (***marcar o que o participante responder***): [0] Parda/morena/mulata; [1] Branca; [2]Negra/preta; [4] Amarela;[5] Indígena.
8. Gênero: [1] Masculino [2] Feminino
9. Data de nascimento: ___**/**___**/**_____ **9.1** Idade
7.Qual o seu estado civil: [0] Casado/união consensual/mora junto; [1]Solteiro; [2] Separado/divorciado; [3]Viúvo; [4]Outros.
8.O Sr.tem filhos?[0] Não [1] Sim. Se **SIM**, quantos? _____
PARTE II- PERFIL SOCIAL
9. Quantos anos estudou?
9.1 Escolaridade:
10. Profissão:
10.1. Ocupação: [1] Estudante [2] Empregado com carteira assinada [3] Empregado sem carteira assinada [4] Do lar [5] Desempregado [6] Aposentado/Pensionista [7] Autônomo.
11. Reside com quem? [1] Sozinho [2] Pai/mãe [3] Amigo [4] Esposa e filhos [5] Filhos [6] Mãe/Pai e irmão(ões) [7] Em situação de rua [8] Outros. Se **outros, quem?** _____
12. Quantas pessoas residem na casa?
13. Tipo de moradia: [1] Própria [2] Alugada [3] Emprestado/ Mora de favor
14. Qual a renda total de quem mora na casa (Salário mínimo R$880,00)?
15. Qual é sua religião? [1] Evangélica; [2] Católica; [3] Espírita; [4] Outra; [5] Nenhuma.
16. O Sr (a) freqüenta algum grupo religioso ou pratica a sua religião? [1] Sim; [2] Não; [77] Não se aplica **(*indivíduo que não tem religião*).**
17. Possui plano de saúde? [1] Sim [2] Não
PARTE III- HISTÓRIA DO USO DO TABACO
18. Você fuma ou já fumou? [1] Não [2] Sim
19. Fumou nos últimos 30 dias? [1] Não [2] Sim **Se SIM, pular para questão 21**
20. É ex fumante? [1] Não [2] Sim Se **SIM,** Parou a quanto tempo (meses)?_____ E o que motivou parar de fumar?
21. Quantos anos você tinha quando usou o primeiro cigarro? _____ anos
22. Como conseguiu o primeiro cigarro? [1] Comprou [2] Obteve gratuitamente [3] Furtou **[**4] Guimbas de cigarros.
23. O estímulo para fazer o uso de cigarro partiu de quem? [1] Você [2] Amigos [3] Familiares [4] Tv/Internet [5] Outros. Se outros, quem?_____
24. Há quanto tempo você fuma ou fumou (em meses)?
25. Você convive com fumantes em casa? [1] Não [2] Sim **Se NÃO e for fumante pular para questão 27** **Se NÃO, e não for fumante pular para questão 35**

26. Se sim qual o grau parentesco? [1] Pai/Mãe [2] Cônjuges/filhos [3] Irmãos [4] Tio/Tia [5] Avô/Avó [6] Outros. Se outros quem? _____

27. Você já tentou parar de fumar antes? [1] Não [2] Sim
Se NÃO, pular para questão 31

28. Quantas tentativas de abandono do tabaco?

29. Por que você tenta parar de fumar?

30. Por que você não consegue parar de fumar?

31. Qual sua vontade (ânsia-desejo de fumar) de 1-5, sendo 5 extrema vontade e 1 muito pouco?
[1] Muito pouco [2] Pouca [3] Média [4] Muita [5] Extrema vontade

32. Já procurou ajuda para abandonar o cigarro? [1] Não [2] Sim
Se NÃO, pular para questão 35

33. Qual serviço você procurou? [1] Posto de Saúde/ ESF [2] Hospital Geral [3] Hospital Psiquiátrico [4] CAPS [5] Especialista da área [6] Grupos religiosos [7] Clínica Particular [8] Grupos sociais/Não governamentais

34. Atenderam suas necessidades? [1] Integralmente [2] Parcialmente [3] Não atenderam [4] Encaminhado a outro grupo/serviço

PARTE IV - CONSUMO DE ÁLCOOL

35.O Sr (a) já usou álcool? [1] Não [2] Sim
Se NÃO, pular para questão 39

35.1 Se **SIM** foi: [0] último ano; [1] Últimos seis meses [2] último mês [3] última semana [4] diariamente [5] Usou uma vez na vida

36. O Sr (a) Parou de beber? [1] Não [2] Sim Se **SIM**, há quanto tempo (Em meses? _____

37. O Sr.(a) Já tomou cinco doses ou mais de álcool em uma única ocasião (única vez) (*bingedrinking*)? [0] Não [1] Sim

38. Qual a idade que bebeu pela primeira vez? _____anos. [

PARTE V- DROGAS ILICITAS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

39.O Sr. já usou alguma droga ilícita?[0] Não [1] Sim.
OBS: Se NÃO, pular para questão 42

40. Quais dessas substâncias já utilizou (***perguntar substância por substância***)?

Substâncias	***Uso na vida***	***Uso no último ano***	***Uso nos últimos seis meses***	***Uso no último mês***	***Uso na última semana***	***Uso diário***
Rebite (anfentamina)	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Rebite junto com álcool	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Maconha	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Cocaína inalada	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Cocaína injetada	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Crack	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Pasta base, merla ou oxi	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Mesclado (***cocaína ou crack junto com tabaco ou maconha***)	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Inalantes (***solvente, tiner, cola, loló***)	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
LSD	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Extasy (MDMA)	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Heroína	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Alucinógenos	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.
Tranqüilizantes /hipnóticos/sedativos/ansi	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.	[0] Não[1] Sim.

olíticos ***(opioides, codeína,*** **morfina, algafan,** ***demerol)***						

40.1 Se **PAROU** de usar qual droga? _____ E há quanto tempo?_____ (Em meses)
41. Quantos anos você tinha quando usou drogas ilícitas pela primeira vez (***anos; não considerar álcool, tabaco ou drogas prescritas*****)? _____** .

PARTE SAÚDE CARDIOVASCULAR

PARTE VI- DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO

42. Já teve doenças isquêmicas do coração? [1] Não [2] Sim

42.1. Já teve entupimento dos vasos do coração- Ataque cardíaco (IAM)? [1] Não [2] Sim. Se **SIM**, há quanto tempo (meses)?

42.2. Já teve dor no peito, braço e mandíbula (angina)? [1] Não [2] Sim Se **SIM**, há quanto tempo (meses)?

PARTE VII- DOENÇA VASCULAR CEREBRAL

43. Já teve doença vascular cerebral? [1] Não [2] Sim

43.1 Já teve derrame (AVC)? [1] Não [2] Sim. Se sim, há quanto tempo (meses)?

PARTE VIII- DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS

44. Já teve doença vascular periférica? [1] Não [2] Sim

44.1 Já teve ferida que não cicatrizava (úlcera varicosa)- Vasculpatias? [1] Não [2] Sim. Se **SIM**, qual o local?

44.2 Já teve entupimento das veias/artérias da perna (Trombose venosa ou arterial periférica) [1] Não [2] Sim Se **SIM**, qual o local?

44.3 Já teve dor ou câimbras nas pernas durante atividade física ou caminhada (Claudicação intermitente)? [1] Não [2] Sim. Se **SIM**, qual o local?

44.4 Já teve "entupimento" das veias do pescoço (Doenças das carótidas)? [1] Não [2] Sim. Se **SIM** qual o local? [1] Direito [2] Esquerdo

44.5 Já teve rompimento ou dilatação da aorta (Aneurisma ou dissecação da aorta)? [1] Não [2] Sim. Se sim, foi? [1] Abdominal [2] Torácica

PARTE IX- INSUFIÊNCIA CARDÍACA

45. Já teve "coração inchado/ coração cansado" (Insuficiência cardíaca)? [1] Não [2] Sim Se **SIM,**há quanto tempo (meses)?

45.1. Qual a causa do coração inchado? [1] Infarto [2] Chagas [3] Infecção [4] Álcool [5] Pressão Alta [99] Não sabe

48.2 Outros [1] Não [2] Sim Se **Outros**, quais?

PARTE XIII- ARRITMIAS CARDÍACAS

48. Já teve "batedeira no coração" (Arritmias cardíacas)? [1] Não [2] Sim

48.1 Se sim qual? [1] Fibrilação atrial [2] Fibrilação ventricular [3] Bloqueio cardíaco [99] Não sabe

PARTE XIV- INFECÇÕES CARDÍACAS

49. Infecções do coração? [1] Não [2] Sim

49.1 Qual? [1] Miocardite [2] Pericardite [3] Endocardite (bactéria nas valvas) [99] Não sabe

PARTE XVI- INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS CARDIACAS E VASCULARES

51. Já fez alguma intervenção cirúrgica relacionada ao coração ou vasos? [1] Não [2] Sim
Se NÃO, pular para questão 52

51.2 Cirurgia de ponte de safena (Cirurgia de vascularização do miocárdio)? [1] Não [2] Sim

51.2 Implantação de "molinha" (Angioplastia)? [1] Não [2] Sim

51.3 Cirurgia de ablação para arritmia? [1] Não [2] Sim

51.4. Implantação de marcapasso/ CDI [1] Não [2] Sim

51.5. Stent veias do pescoço (Angioplastia nas carótidas)? [1] Não [2] Sim

51.6. Cirurgia de varizes ou safena (Safenectomias)? [1] Não [2] Sim

51.7. Troca de valva do coração? [1] Não [2] Sim Se **SIM**, qual? [1] Mitral [2] Aórtica [4] Pulmonar [5] Tricúspide

51.8 Cirurgia de vaso que saiu do coração (Cirurgia da aorta)? [1] Não [2] Sim Se **SIM**, qual? [1] Stent [2] Cirurgia aberta [99] Não sabe

51.9 Outros? [1] Não [2] Sim. Se **outros** quais?_____

PARTE XVII- ESTADO DE SAÚDE

52. Em geral como você diria que sua saúde é? [1] Ótima [2] Boa [3] Regular [4] Ruim [5] Péssima

52.2 Faz acompanhamento periodicamente com especialista em cardiologista? [1] Sim [2]Não [3] Outros [99] Não sabe. Se outros quais?
PARTE XVIII- ATIVIDADE FÍSICA
53. Pratica alguma atividade física? [1] Sim [2] Não **Se NÃO, pular para questão 55**
54 Há quanto tempo (em meses)_____ Quantas vezes na semana?_____ Quantos minutos por dia? _____
PARTE XIX- HISTÓRICO FAMILIAR DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES
55. Na sua família tem histórico de doenças cardiovascular? [1] Não [2] Sim. Se sim, Qual doença? _____ Quem foi?_____
PARTE XX- DOENÇAS PREGRESSAS E MEDICAÇÕES
56. Tem Diabetes Mellitus? [1] Não [2] Sim. Se sim, há quanto tempo (em meses)_____
57. Tem Pressão alta? [1] Não [2] Sim. Se sim, há quanto tempo (em meses)_____
58. Tem Colesterol alto? [1] Não [2] Sim. Se sim, há quanto tempo (em meses)_____
59. Tem Obesidade? [1] Não [2] Sim. Se sim, há quanto tempo (em meses)_____
60. Tem outra doença ou cirurgia anterior não relacionada ao coração? [1] Não [2] Sim. Se **SIM**, qual?
61. Buscar no prontuário/receituário ou perguntar ao entrevistado “Faz uso de medicamentos? [1] Não [2] Sim.
61.1 Quais e freqüência?
PARTE XXI- MEDIDAS ANTOPOMÉTRICAS
62. PESO: _____ KG ALTURA: _____ CM CINTURA: _____ CM IMC: _____ Kg/m²
PARTE XXII- SINAIS VITAIS
63. PA:_____ mmHg FC:_____ bpm FR:_____ ipm
PARTE XXIII- ANTECEDENTES PESSOAS PSIQUIÁTRICOS
64. Tem diagnóstico psiquiátrico? [1] Não [2] Sim
65. Qual? [1] Ansiedade [2] Depressão [3] TOC [4] Síndrome do Pânico [5] Esquizofrenia [6] TAB [7] Outros. Se **Outros**, quais?
66. Se Outros, quais?
67. Diagnóstico cardiovascular (preenchido pelo médico)

ANEXO A

ESCALA DE PITTSBURGH PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

INICIAS DO NOME:.....
IDADE:..... **I**D:.....**DATA DA AVALIAÇÃO:**.....

As questões seguintes referem-se aos seus hábitos de sono durante o último mês. Suas respostas devem demonstrar, de forma mais precisa possível, o que aconteceu na maioria dos dias e noites apenas desse mês. Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas você foi habitualmente dormir?
HORARIO USUAL DE DEITAR: .....

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) habitualmente você levou para adormecer à cada noite:
NÚMERO DE MINUTOS.....

3) Durante o mês passado, a que horas você habitualmente despertou?
HORÁRIO HABITUAL DE DESPERTAR: .....

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono realmente você teve à noite? (isto pode ser diferente do número de horas que você permaneceu na cama)
HORAS DE SONO POR NOITE: .....

Para cada uma das questões abaixo, marque a melhor resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas de sono porque você...

a. Não conseguia dormir em 30 minutos
( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana
( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

b. Despertou no meio da noite ou de madrugada
( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana
( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

c. Teve que levantar à noite para ir ao banheiro
( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana
( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

d) Não conseguia respirar de forma satisfatória

( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana

( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

e) Tossia ou roncava alto

( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana

( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

f) Sentia muito frio

( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana

( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

g) Sentia muito calor

( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana

( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

h) Tinha sonhos ruins

( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana

( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

i) Tinha dor

( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana

( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

j) outra razão (por favor, descreva): .....

k) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas com o sono por essa causa acima?

( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana

( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

6) Durante o mês passado, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono?

( ) muito bom ( ) bom ( ) ruim ( ) muito ruim

7) Durante o mês passado, com que freqüência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudar no sono?

( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana

( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

8) Durante o mês passado, com que freqüência você teve dificuldades em permanecer acordado enquanto estava dirigindo, fazendo refeições, ou envolvido em atividades sociais?

( )nunca no mês passado
( )uma ou duas vezes por semana
( )menos de uma vez por semana
( )três ou mais vezes por semana

9) Durante o mês passado, quanto foi problemático para você manter-se suficientemente entusiasmado ao realizar suas atividades?

( )nunca no mês passado
( )uma ou duas vezes por semana
( )menos de uma vez por semana
( )três ou mais vezes por semana

10) Você tem um parceiro (a) ou colega de quarto?

( )não
( )parceiro ou colega mas em outro quarto
( )parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama
( )parceiro na mesma cama

11)Se você divide com alguém o quarto ou a cama, pergunte a ele com qual frequência durante o último mês você tem tido:

a)Ronco alto:

( )nunca no mês passado
( )uma ou duas vezes por semana
( )menos de uma vez por semana
( )três ou mais vezes por semana

b) Longas pausas na respiração enquanto estava dormindo

( )nunca no mês passado
( )uma ou duas vezes por semana
( )menos de uma vez por semana
( )três ou mais vezes por semana

c) Movimentos de chutar ou sacudir as pernas enquanto estava dormindo

( )nunca no mês passado
( )uma ou duas vezes por semana
( )menos de uma vez por semana
( )três ou mais vezes por semana

d) Episódios de desorientação ou confusão durante a noite?

( )nunca no mês passado
( )uma ou duas vezes por semana
( )menos de uma vez por semana
( )três ou mais vezes por semana

e) Outras inquietações durante o sono (por favor, descreva):.....

( )nunca no mês passado
( )uma ou duas vezes por semana
( )menos de uma vez por semana
( )três ou mais vezes por semana

ANEXO B

TESTE DE FAGERSTRÖM

1. **Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?**

(3) Dentro de 5 minutos
(2) Entre 6 e 30 minutos
(1) Entre 31 e 60 minutos
(0) Após 60 minutos

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?

(1) Sim
(0) Não

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

(1) O primeiro da manhã
(0) Outros

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

(0) Menos de 10
(1) De 11 a 20
(2) De 21 a 30
(3) Mais de 31

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

(1) Sim
(0) Não

6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

(1) Sim
(0) Não

Dependência (soma dos pontos):

- 0-2: muito baixa
- 3-4: baixa
- 5: média
- 6-7: elevada
- 8-10: muito elevada

ANEXO C

UFG - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: - DOENÇAS RELACIONADAS AO CORAÇÃO E OUTROS AGRAVOS À SAÚDE ENTRE FUMANTES NO SUDESTE GOIANO

Pesquisador: Roselma Lucchese

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 49759315.5.0000.5083

Instituição Proponente: Campus Catalão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.331.604

Apresentação do Projeto:

A presente versão refere-se ao atendimento de pendências em relação a solicitação de emenda do projeto em questão, o qual visa analisar a prevalência de cardiopatias entre tabagistas do sudeste goiano por meio do estudo de indivíduos que procuram atendimento médico na Unidade de Urgência e Emergência da Santa casa de Misericórdia de Catalão e/ou consultório médico, atendido por profissionais que atuam neste serviço, e indivíduos que procuram atendimento na Unidade Básica de Saúde de Catalão no Bairro São João. Esta avaliação será realizada por meio de questionários aplicados a 324 participantes acima de 16 anos e tabagistas a pelo menos 1 ano, bem como a participantes do grupo controle.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a força de associação entre tabagistas e não-tabagistas com as doenças cardiovasculares não congênitas e outros agravos à saúde, como subsídio para atenção à redução de danos à saúde de indivíduos nicotino-dependentes

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores, os participantes e/ou responsáveis serão orientados quanto aos objetivos, possíveis riscos e benefícios decorrentes de participação nesta pesquisa, sendo convidados a assinarem o TCLE com total liberdade de desistência da participação no estudo sem quaisquer ônus e/ou implicações para os mesmos. O possível risco para os participantes é o

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

constrangimento no momento da aplicação do questionário, com mobilização de sentimentos relativos à situação de doenças do coração e/ou uso abusivo do tabaco. Para minimizar esse risco, os participantes serão entrevistados em local privativo nas dependências do hospital, consultório e Unidade Básica de Saúde. Os benefícios para o participante incluem a identificação/diagnóstico das doenças do coração relacionadas ao uso e abuso do tabaco. Além dos benefícios diretos, as informações deste estudo subsidiarão a construção de políticas públicas de saúde com ênfase na prevenção dessas doenças, subsidiando assim intervenções educativas permanentes a essa população específica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Solicitou-se na presente emenda:

1. Alteração de título para atender as demais demandas solicitadas, visando coerência interna do projeto Novo título: O TABACO E ASSOCIAÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E OUTROS AGRAVOS À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO CONTROLE COM CONTRIBUIÇÕES PARA PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE

2. Alteração do desenho de estudo, uma vez que durante a coleta de dados e considerando o tabagismo como uma doença crônica, emergiu a necessidade de se alterar o método, contudo matendo o desenho epidemiológicos, isto é, de se obter uma amostra para um grupo controle e, analisar a força de associação de eventos de agravos à saúde ao grupo tabagista. Assim, alterou-se o número da amostra e os critérios de inclusão e exclusão para ambos os grupos (caso e controle). O número da amostra se ampliou para a constituição de um grupo ocntrole equivalente ao grupo caso, orientado pelo pareamento da amostra em quantidade, sexo e faixa etária. Na avaliação dessa solicitação notou-se a audiência de TCLE e TALE para o grupo controle, o qual será inserido a partir desta solicitação de emenda. A presente versão apresenta o TCLE e TALE para o grupo controle, adequadamente, atendendo, portanto, a pendência apontada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios à analise foram apresentados, conforme consta em anexo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos postados somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa, smj deste Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1183 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para março de 2019.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_961687_E2.pdf	30/08/2017 17:42:35		Aceito
Outros	cartaaoCEP.doc	30/08/2017 17:41:31	Roselma Lucchese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcontrole.docx	30/08/2017 17:39:39	Roselma Lucchese	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	30/08/2017 17:36:10	Roselma Lucchese	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projconep.doc	12/07/2017 21:49:42	Roselma Lucchese	Aceito
Outros	Andreci.pdf	30/09/2015 17:16:36	Roselma Lucchese	Aceito
Outros	respons.pdf	29/09/2015 23:04:10	Roselma Lucchese	Aceito
Outros	Thiago.pdf	29/09/2015 23:02:34	Roselma Lucchese	Aceito
Outros	Roselma.pdf	29/09/2015 23:02:03	Roselma Lucchese	Aceito
Outros	Ivania.pdf	29/09/2015 23:01:29	Roselma Lucchese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tconsent2.pdf	29/09/2015 22:59:02	Roselma Lucchese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tconsent.pdf	29/09/2015 22:58:05	Roselma Lucchese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Tassent.pdf	29/09/2015 22:57:37	Roselma Lucchese	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1183 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

Ausência	Tassent.pdf	29/09/2015 22:57:37	Roselma Lucchese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuenc2.pdf	29/09/2015 22:57:08	Roselma Lucchese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuenc1.pdf	29/09/2015 22:56:51	Roselma Lucchese	Aceito
Orçamento	orc.pdf	29/09/2015 22:55:23	Roselma Lucchese	Aceito
Cronograma	cronog.pdf	29/09/2015 22:55:10	Roselma Lucchese	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

GOIANIA, 16 de Outubro de 2017

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com