

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF NON-AMBULATORY NURSING PATIENTS

Sheila Paula ADAMCZYK¹

Silvia Jaqueline Pereira de SOUZA²

RESUMO

Introdução: No que se refere aos cuidados com a saúde, entendemos que para transformar a situação de um indivíduo ou de um coletivo, precisamos compreender as relações com o meio físico, social e cultural. **Objetivo:** identificar o perfil epidemiológico da população atendida no Ambulatorial de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior privada do Município de Curitiba. **Materiais e métodos:** pesquisa descritiva documental dos prontuários de usuários do serviço de ambulatório de enfermagem, que consentiram em participar do estudo por meio do TCLE. Foram utilizadas as variáveis – sexo, idade, estado civil, raça (declarada), escolaridade, profissão, religião, local de residência, número de componentes da unidade familiar e a posição, histórico saúde-doença familiar e pessoal, morbidades apresentadas. **Resultados:** O levantamento epidemiológico desta população atendida no ambulatório de Enfermagem, destas 75% (n=12) são do sexo feminino e 25% (n=4) do sexo masculino, nota-se a prevalência do sexo feminino pela procura no atendimento ambulatorial de Enfermagem. A raça declarada branca, casadas, ensino médio completo, católicos, residentes da proximidade. Quanto ao histórico familiar de morbimortalidade, teve destaque as doenças e agravos não transmissíveis. **Conclusão:** Os profissionais da saúde precisam estar preparados a educar, orientar e intervir junto à população, para formar indivíduos conscientes de seus direitos e deveres, proporcionando mudanças individuais e coletivas no autocuidado.

Palavras Chaves: enfermagem, saúde coletiva, Pesquisa sobre Serviços de Saúde

ABSTRACT

Introduction: In order to health care, we understand that to transform the situation of an individual or a collective, we need to understand the relationship with the physical, social and cultural environment. **Objective:** to identify the epidemiological profile of the population attended at the Nursing Outpatient Clinic of a Private Higher Education Institution of the Municipality of Curitiba. **Materials and methods:** descriptive documentary research of the medical records of users of the nursing outpatient service, who consented to participate in the study through the ICF. The variables - sex, age, marital status, race (declared), schooling, profession, religion, place of residence, number of family unit components, and position, family and personal health and disease history and morbidities were used. **Results:** The epidemiological profile of this population attended in the Nursing outpatient clinic, of these 75% (n = 12) are female and 25% (n = 4) males, we can see the prevalence of females by demand in outpatient nursing care. Race declared white, married, full high school, Catholics, residents of proximity. As to the family history of morbidity and mortality, diseases and noncommunicable diseases were highlighted. **Conclusion:** Health professionals need to be prepared to educate, guide and intervene with the population, to form individuals aware of their rights and duties, providing individual and collective changes in self-care.

Key Words: nursing, public health, Health Services Research

¹ Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Herrero.

* e-mail correspondência: sheilabrt@gmail.com

² Mestre em Enfermagem – UFPR. Enfermeira e Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem Faculdade Herrero.

1. INTRODUÇÃO

Convém lembrar que durante muito tempo, o termo saúde predominou como sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais, mas no decorrer dos anos este conceito se ampliou e vem sofrendo alterações. A atual política entende saúde como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde¹. Nesse sentido, os serviços de saúde privilegiaram na sua organização a atenção médica curativa e imediatista².

A epidemiologia originou-se das observações de Hipócrates feitas há mais de 2000 anos de que fatores ambientais influenciam na ocorrência de doenças³. Ele considerava que para fazer uma correta investigação das doenças, era necessário o conhecimento das peculiaridades de cada lugar junto com a observação da regularidade das doenças num contexto populacional.

O inglês John Graunt, em 1662, publicou em Londres, um trabalho sobre as observações acerca das estatísticas de mortalidade no qual analisou nascimentos e óbitos semanais, quantificou o padrão de doença na população londrina e apontou características importantes nesses eventos, tais como: diferenças entre os sexos, diferenças na distribuição urbano-rural; elevada mortalidade infantil e variações sazonais⁴.

Da mesma forma o inglês, John Snow, foi pioneiro na procura sistemática dos determinantes das epidemias. Seu ensaio sobre a maneira de transmissão da cólera, publicado em 1855, apresenta memorável estudo a respeito de duas epidemias de cólera ocorridas em Londres em 1849 e 1854. Suas anotações sistemáticas sobre os casos levaram a desenvolver a ideia de que a epidemia da cólera era ocasionada por parasitas invisíveis e não por miasmas. Elaborou hipóteses sobre a qualidade da água como meio principal de contágio⁵.

Entretanto, somente no século XIX que a distribuição das doenças em grupos humanos específicos passou a ser medida em larga escala, isso determinou o início formal da epidemiologia. Sendo o conceito de epidemiologia atual como o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes ou eventos relacionados à saúde em específicas populações e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde⁶.

A transição demográfica nas últimas décadas produziu alterações no perfil epidemiológico da população, impondo novos desafios ao setor da saúde, tendo maior demanda nos investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção e promoção da saúde⁷.

No início do século XX, o Brasil, é marcado pelo movimento de construção de novos paradigmas do processo saúde-doença com repercussões na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção à saúde, prevenção de agravos e tratamento⁸, fruto da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, os locais que prestam serviços de saúde desempenham papel importante na prevenção e minimização do sofrimento de pessoas portadoras de enfermidades. Estes estabelecimentos atuam como guardiões da saúde individual e coletiva, além de promover o autocuidado que é o empoderamento do paciente sobre a sua saúde⁹.

Dado o exposto, o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico da população atendida no Ambulatorial de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior privada do Município de Curitiba, pois entende-se que traçar o perfil epidemiológico deste público, permite assistir no desenvolvimento de ações voltadas a realidade dos indivíduos que buscam atendimento neste local.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva documental que consiste na exposição das características de uma determinada população, estabelecendo conexões entre as variáveis obtidas, onde a fonte de dados reside em registros de órgão privado¹³. Este levantamento epidemiológico transcorreu com base na coleta de dados de prontuários dos usuários do Serviço de Ambulatório de Enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior, localizada no Município de Curitiba, no período de setembro a novembro de 2017.

A coleta de dados sucedeu-se por intermédio do roteiro de anamnese e exame físico de enfermagem. Foram utilizadas as variáveis – sexo, idade, estado civil, raça (declarada), escolaridade, profissão, religião, local de residência, número de componentes da unidade familiar e a posição, histórico saúde-doença familiar e pessoal, morbidades apresentadas.

A disponibilidade e aquiescência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram condições para que os pacientes participassem do estudo.

Como critérios de exclusão tivemos os roteiros de anamnese e exame físico de usuários fora do período de coleta de dados do estudo e que não concordaram participar.

Foram respeitados todos os aspectos éticos, seguindo a Resolução nº 510/2016. Do Conselho Nacional de Saúde, a qual normatiza os princípios de pesquisa com seres humanos, garantindo-lhes o sigilo, o anonimato e o direito de desistência por meio da concordância e

assinatura do TCLE. O termo foi aprovado, assim como o projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Herrero Hospital, com o parecer favorável nº 2.210.857.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere aos cuidados com a saúde, entendemos que para transformar a situação de um indivíduo ou de um coletivo, precisamos compreender as relações com o meio físico, social e cultural¹⁰. Entre os inúmeros fatores determinantes da condição de saúde, incluem-se os condicionantes biológicos, assim como o meio socioeconômico que expressa os níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde¹¹.

Utilizamos a epidemiologia na fase de identificação dos problemas socialmente relevantes, uma vez que nos permite estudo da distribuição dos agravos de saúde e de seus determinantes, nos diversos grupos sociais, fornecendo informações técnicas para fundamentar decisões políticas, as quais em conjunto com os conhecimentos epidemiológicos são instrumentos imprescindíveis para o planejamento de ações para a saúde do coletivo, tanto no âmbito dos movimentos sociais quanto no âmbito governamental¹².

Em relação à análise dos dados coletados, obteve-se n=16 prontuários que se enquadram nos critérios definidos acima, para o levantamento epidemiológico desta população atendida no ambulatório de Enfermagem, destas 75% (n=12) são do sexo feminino e 25% (n=4) do sexo masculino, nota-se a prevalência do sexo feminino pela procura no atendimento ambulatorial de Enfermagem. Este achado condiz com dados encontrados na literatura nacional, em que o ato de cuidar da saúde, revela-se como uma demanda predominantemente feminina e que se distancia do cotidiano masculino, especialmente quando são considerados homens de menor poder aquisitivo e que não sofrem de doenças crônicas¹⁴.

Quanto à distribuição etária as faixas de 40 a 50 anos teve uma maior porcentagem, juntas somam 68% (n=11), seguida pela faixa etária de 60 anos com 19% (n=3), assim como 6% (n=1) etária 30 anos e 6% (n=1) para 20 anos. Dessa forma, esta faixa etária encontrada na pesquisa com maior porcentagem, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS, esta dentro da taxa de mortalidade prematura de 30 a 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹⁵. Que são doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes

mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias, que compartilham diversos fatores de risco. Além das doenças neurológicas, bucais, ósseas e articulares, oculares e auditivas, a osteoporose e as desordens genéticas. Estas doenças apresentam longos períodos de latência e curso prolongado, o que coloca grande desafio para a saúde pública¹⁶.

Com efeito, podemos dizer que as doenças crônicas não transmissíveis ocorrem em uma faixa etária específica da população e o Ministério da Saúde vem investindo em várias políticas consistentes para o seu controle, culminando com a elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, em 2011. O plano prevê para os próximos dez anos o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências científicas para a prevenção e o controle das DCNT, entre as quais acidente vascular encefálico (AVE), infarto do miocárdio, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, e seus fatores de risco, considerando três eixos estratégicos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral¹⁷.

Tabela 1- Dados sociais dos participantes desta pesquisa

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	12	75
Masculino	4	25
Faixa Etária		
20 à 30 anos	2	13
31 à 40 anos	6	38
41 à 50 anos	5	30
51 à 60 anos	3	19
Estado Civil		
Casado	12	75
Divorciado	3	19
Solteiro	1	6

Etnia (declarada)		
Branco	14	88
Negro	1	6
Pardo	1	6

Sobre o estado civil, predominou a incidência de que 75% (n=12) são casados, 19% (n=3) divorciados e 6% (n=1) solteiro. Com relação à etnia (declarada), 88% (n=14) se declaram de raça branca, 6% (n=1) pardo e 6% (n=1) negro. Esta estatística é consistente com a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE¹⁸, em que a o número de pessoas casadas supera o de solteiras e em Curitiba a população é composta em sua maioria por 1.380.012 pessoas declaradas como brancas 296.140 pardas e 49.320 negras.

Abordando a variável religião, este estudo corrobora com o Censo do IBGE¹⁸, no qual 64,6% da população brasileira declarou-se católica e ao mesmo tempo aponta uma grande diversidade de sincretismo, sendo 38% (n=6) são da Igreja Católica, 13% (n=2) Cristã do Brasil, 13% (n=2) Batista, 6% (n=1) Testemunha de Jeová, 6% (n=1) Evangélica, 6% (n=1) Kardecista e 19% (n=3) não informaram a religião.

No que se refere à escolaridade, a pluralidade dos indivíduos desta pesquisa possuem o ensino médio completo com 44% (n=7), esta informação condiz com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, em que diminuiu a taxa de analfabetismo no município de Curitiba¹⁹. Neste mesmo cenário, os indivíduos desta pesquisa residem em média com três pessoas 31% (n=5) e 25% (n=4) com duas pessoas.

Nesta investigação observa-se que os índices de quem faz o uso de bebida alcoólica e de quem não faz estão muito próximos. A análise dos prontuários apontou que em relação ao consumo de álcool 41% (n=7) fazem o uso desta substância, pelo menos uma vez por semana, 47% (n=8) declaram não ingerir e 6% (n=1) se declara ex-etilista. Este resultado ratifica o levantamento feito pelo Ministério da Saúde²⁰, no qual entrevistou 54 mil pessoas nas 27 capitais, sobre o consumo de álcool e Curitiba foi a capital com o menor índice de consumo.

Esta pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, apontou também um crescimento da consumação abusiva de álcool no Brasil, isso é um dado alarmante, pois a ingestão de álcool está associado à hipertensão arterial, à cirrose, ao acidente vascular hemorrágico e aos cânceres da orofaringe, laringe, esôfago e fígado²¹. Para efeito de estudos populacionais,

pode-se definir o bebedor excessivo como aquele que consumiu cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião, no último mês²². O seu abuso acarreta problemas familiares e profissionais, debilidades no organismo, gera preconceito, que leva ao isolamento e maior consumo de drogas²³.

Sobre o tabaco, 75% (n=12) relataram não fazer o uso do tabaco, 6% (n=1) sim, 6% (1) não informou e 13% (n=2) são ex-tabagistas, de aproximadamente 20 anos de dependência. Apesar dos bons índices nesta averiguação em que a maior parte declarou não fazer o uso do tabaco, existe o fumante passivo, aquele que fuma involuntariamente, devido a estar no mesmo ambiente com fumantes ativos, pode conter no sangue, urina e saliva, quantidade de nicotina equivalente à encontrada em fumantes de 1 a 10 cigarros/dia, dependendo do número de horas de exposição e da poluição ambiental²⁴. Estima-se que perto de 5 milhões de pessoas no mundo, morrem anualmente pelo consumo do tabaco, a fumaça irrita as passagens de ar e causa tosse crônica, bronquites, asma e cancro que pode levar à morte.²⁵

Paralelamente, ao analisarmos o índice de massa corporal (IMC), há uma preponderância alta destes indivíduos acima do peso, pois 81% (n=13) estão acima do peso e apenas 19% (n=3) com o peso ideal. Convém lembrar, que estar dentro do peso certo é extremamente importante para a qualidade de vida e saúde das pessoas.

A obesidade é considerada uma doença integrante do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, pode-se defini-la, como o acúmulo excessivo de gordura corporal em, que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos, tais como dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, além de favorecer o surgimento de enfermidades potencialmente letais como dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e certos tipos de câncer²⁶.

Ao cruzarmos este achado de que 81% da população atendida no Serviço de Ambulatório de Enfermagem de uma instituição privada de ensino superior do Município de Curitiba tem sobrepeso, evidenciamos que este achado, condiz com a pesquisa realizada em âmbito nacional, que revela uma população adulta apresentando prevalência de excesso de peso. Os dados da pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) foi realizada em todas as capitais brasileiras, uma em cada cinco pessoas no país está acima do peso, a prevalência da doença passou de 11,8%, em 2006, para 18,9%, em 2016²⁷.

A população atendida no ambulatório de enfermagem provém de regiões próximas a Instituição de ensino, que fica no bairro Portão, município de Curitiba, 38% (n=6) são dos bairros Sítio Cercado e Cidade Industrial, 13% (n=2) são do bairro Novo Mundo.

Quanto ao histórico de morbimortalidade familiar 62% (n=10) dos usuários relataram o AVE e hipertensão em parentes próximos 38% (n=6) de diabetes e câncer. Este achado da investigação, aponta para uma situação mundial de grande importância epidemiológica que são as DCNT, destacando o AVE, doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de óbitos anuais²⁸⁻²⁹. Além do elevado número de mortes prematuras, há uma limitação nas atividades de trabalho e redução da qualidade de vida³⁰.

Levando em consideração estes aspectos, percebe-se que as DCNT, atingem indivíduos de todas as camadas sociais e econômicas, porém se intensificam nos grupos vulneráveis de baixa renda, baixa escolaridade, com alimentação inadequada, diferença de acesso a bens e serviços. Exemplos de desigualdades sociais que aparecem como determinantes sociais para a ocorrência das DCNT³¹.

A variável histórico médico pessoal, apontou somente 6% (n=1) dos usuários com DCNT diagnosticada (infarto agudo do miocárdio), porém ao verificarmos o uso de medicamentos, 69% (n=11) fazem uso de algum tipo de fármaco, entre estes 64% (n=7) embora não tenham relatado serem portadores de doenças e agravos não transmissíveis, fazem uso de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial e para dor crônica.

Tendo em vista os aspectos apresentados, a pesquisa no campo da saúde coletiva se dedica e se diversifica em investigações para compreender os fatores de risco para DCNT, uma vez que as instituições públicas e as privadas têm que garantir cotidianamente a promoção da saúde, a prevenção desses agravos, e o incentivo à adesão aos tratamentos, tudo isto articulado às políticas públicas de inclusão social³⁰.

Logo, traçar o perfil epidemiológico do público atendido no Serviço de Ambulatório de Enfermagem da Faculdade Herrero, contribuiu para identificar o processo de saúde-doença e determinar os fatores de risco bem como os agravos que acometem os usuários deste serviço. Da mesma forma, auxilia no planejamento de ações voltadas a saúde desta população, além da prevenção e tratamentos em tempo hábil.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico da população atendida no Serviço de Ambulatório de Enfermagem da Faculdade Herrero é composto principalmente por pessoas do gênero feminino, faixa etária de 40 a 50 anos, raça declarada branca, casadas, ensino médio completo, católicos, residentes da proximidade. Quanto ao histórico familiar de morbimortalidade, os agravos em destaque foram as DCNT. O histórico pessoal dos usuários apontou para fatores de riscos, obesidade e tabagismo, que são determinantes para o acometimento de DCNT. Não relatam o acometimento destes agravos, mas número expressivo de indivíduos utilizando fármacos para hipertensão arterial e dor cônica sinaliza para ocorrência deste tipo de agravo.

Em virtude do que foi mencionado, com o perfil epidemiológico delineado, pretende-se fornecer subsídios para que docentes e discentes que atuam neste serviço, possam elaborar intervenções educacionais e institucionais que melhorem as condições de saúde dos usuários, além de aprimorar o atendimento pelos discentes de enfermagem a necessidades da população, visto que certos agravos de saúde não se manifestam de forma imediata, e podem ser evitados ou controlados com ações preventivas que envolvam e estimulem a participação da comunidade.

Os profissionais da saúde precisam estar preparados a educar, orientar e intervir junto à população, para formar indivíduos conscientes de seus direitos e deveres, proporcionando mudanças individuais e coletivas no autocuidado. Traçar o perfil demonstra o comprometimento com o paciente, com o objetivo de ofertar um atendimento mais humanizado, individualizado, preciso e com qualidade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Brasil. Lei 12.864 de 24 de setembro de 2013. Dispõe sobre a alteração do caput do art. 3o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União de 25 set 2013.
- 2- Tancredi FB, et al. Planejamento em Saúde: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; 1998.
- 3- Beaglehole R, Bonita R. Public health at the crossroads: achievements and prospects. Cambridge. Cambridge University Press. 2004.
- 4- Rothman KJ. Lessons from John Graunt. The Lancet. 1996; 34:37-39

- 5-Winkelstein W. A new perspective on John Snow's communicable disease theory. *American Journal of Epidemiology*. 1995; 142:3-9.
- 6- Last JM. *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press. 3rd ed. 1995.
- 7- Paraná. Secretária do Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. 2009. [acesso 24 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualDVDNT20095.pdf>.
- 8- Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000. Rio de Janeiro; 5(1):163-177.
- 9- Portal do MEC- Saúde.[online].Brasil. [acesso 03 dez.2017]. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>
- 10 - Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e Saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro;1993.
- 11- Nogueira VMR, Miotto RCT. *Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde*. 2ª ed. São Paulo. Cortez; 2007.
- 12- Barata RB. *Epidemiologia e políticas públicas*. Rev. Bras. Epidemiol. V.16. São Paulo. 2013.
- 13 Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.
- 14- Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002; 11:365-373.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015*. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.[online]. Brasil. [acesso 03 dez. 2017]. Disponível em: http://189.28.128.100/sispacto/CadernoDiretrizes2013_2015.pdf.
- 16- World Health Organization. *Preventing chronic diseases a vital investment*. Geneva; 2005.
- 17- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 18- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. [online]. 2010 [acesso 30 out. 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=410690>.
- 19- Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Curitiba, PR. [online]; [Acesso 30 jul. 2017]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/curitiba_pr#demografia

- 20- Ministério da Saúde (BR). Cresce consumo abusivo de álcool entre os brasileiros [online]. 2008 [acesso 30 out. 2017]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10082
- 21- U.S. Preventive Services Task Force [online]; [acesso 30 out. 2017]. Disponível em: <http://www.ahcpr.org/>
- 22- Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS [online]; [acesso 20 out. 2017]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/bbrfss>
- 23- Secretaria de Estado da Saúde (DF). Alcoolismo: problema de saúde pública no Brasil [online]. 2007 [acesso 23 out. 2017]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=48583
- 24- Ferreira, S. et al. Saúde pulmonar e tabagismo passivo em amostra de escolares na cidade do Rio de Janeiro – Estudo piloto. ABP – Supl. Arq. Bras. Med. 1993; 67(3):202-207.
- 25- World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002
- 26- Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. Arq. Bras. Endocrinol. Metabol. 1999; 43(3):186-94.
- 27- Brasil. Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 28- World Health Organization. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; [acesso 16 out. 2017]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- 29- World Health Organization. Global status reports on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011 [online] [acesso 23 out. 2017]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
- 30- Souza SJP, Larocca LM, Chaves MMN, Alessi SM. A realidade objetiva das Doenças e Agravos Não Transmissíveis na enfermagem. Saúde debate. 2015 [acesso 21 nov. 2017]; 39(106):648-658. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300648&lng=en.
- 31- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília, DF. [online]; 2011 [acesso 21 nov. 2017]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_acoes_estrategicas20x20_25julho.pdf