Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM SACERDOTES

RISK FACTORS FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN PRIESTS

FACTORES DE RIESGO PARA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS SACERDOTES

Crhistiane de Alencar Oliveira[1], Huana Carolina Cândido Morais[2], Igor Cordeiro Mendes[3], Ana Karollaine da Silva[4], Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva[5], Paulo Jorge de Oliveira Ferreira[6]

RESUMO

***Objetivo*:** verificar os fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis em sacerdotes católicos. ***Método*:** trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado com 47 sacerdotes católicos, com utilização de um questionário, realizada a análise estatística descritiva e inferencial e os resultados apresentados em tabelas. ***Resultados*:** verificou-se que os participantes apresentaram média de 44,21 anos de idade, em sua maioria de raça branca, com bom estado de saúde referido e alguns possuíam doenças crônicas. Consumiam alimentos protetores (feijão, frutas, verduras e legumes) em quantidade insuficiente, e pequenas quantidades de alimentos prejudiciais (carne com gordura ou frango com pele, refrigerantes e doces). Não usavam protetor solar. Praticavam atividade física, não fumavam e pouco consumiam álcool. Possuir doença crônica esteve associado significativamente ao etilismo, consumo de feijão, frutas, verduras e legumes. Ainda, o consumo de doces esteve associado ao peso, e o uso de protetor solar à percepção do estado de saúde. ***Conclusão*:** identificaram-se fatores de risco modificáveis nos participantes investigados. Portanto, mostram-se como uma população suscetível e faz-se necessária uma maior atenção da enfermagem para a prevenção de agravos. ***Descritores*:** Doença Crônica; Fatores de Risco; Religiosos; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to verify the modifiable risk factors for chronic non-communicable diseases in Catholic priests. ***Method:*** a quantitative, cross-sectional study conducted with 47 Catholic priests with the use of a questionnaire, carried out descriptive and inferential statistical analysis, and the results presented in tables. ***Results:*** found that the participants were in an average age of 44.21, of the white race, with good health status referred to and some had chronic diseases. Ingesting protective foods (beans, fruits and vegetables) in insufficient quantity and small quantities of harmful foods (meat with fat or chicken with skin, soft drinks and sweets). Did not use sunscreen. Practiced physical activity, not smoked and few drank alcohol. Have chronic disease was significantly associated to alcoholism, consumption of beans, fruits and vegetables. The consumption of sweets was associated to the weight, and the use of sunscreen to the perception of health status. ***Conclusion:*** there were identified modifiable risk factors in the participants. Therefore, show as a susceptible population and it is necessary a greater attention from nursing for disease prevention. ***Descriptors*:** Chronic Diseases; Risk Factors; Religious People; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: verificar los factores de riesgo modificables para las enfermedades crónicas no transmisibles en los sacerdotes católicos. ***Método:*** un estudio cuantitativo y transversal realizado con 47 sacerdotes católicos con el uso de un cuestionario. Realizó se un análisis estadístico descriptivo e inferencial, los resultados se presentaron en tablas. ***Resultados:*** se encontró que los participantes tenían una media de 44.21 años, de la raza blanca, con buen estado de salud y algunos tenían enfermedades crónicas. Ingerir los alimentos protectores (frijoles, frutas, verduras y legumbres) en cantidad insuficiente, y pequeñas cantidades de alimentos nocivos (carne con grasa o el pollo con piel, refrescos y dulces). No uso de bloqueador solar. Practica de actividad física, no fumaban y pocos bebían alcohol. Tener enfermedad crónica fue asociado con el alcoholismo, el consumo de frijoles, frutas, verduras y legumbres. Sin embargo, el consumo de golosinas se asoció con el peso, y el uso de protector solar con el estado de salud. ***Conclusiones:*** identificaron los factores de riesgo modificables en los participantes. Por lo tanto, muéstrense como una población vulnerable y es necesario una mayor atención de enfermería para la prevención de enfermedades. ***Descriptores*:** Enfermedad Crónica; Factores de Riesgo; Personas Religiosas; Enfermería.

[1]Enfermeira, Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá (CE), Brasil. E-mail: crhispu@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1748-2590; [2]Doutora, Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá (CE), Brasil. E-mail: huanacarolina@yahoo.com.br ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6435-1457; [3]Mestre (docente) , Centro Universitário Católica de Enfermagem. Quixadá (CE), Brasil. E-mail: igorcordeiro@unicatolicaquixada.edu.br ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9414-8924; [4]Discente, Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá (CE), Brasil. E-mail: karollaine_ana@yahoo.com.br ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5010-5394; [5]Doutora, Centro Universitário Católica de Enfermagem. Quixadá (CE), Brasil. E-mail: samiafreitas@unicatolicaquixada.edu.br ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3350-3195; [6]Mestre, Centro Universitário Católica de Enfermagem. Quixadá (CE), Brasil. E-mail: paulojorge@unicatolicaquixada.edu.br ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1507-948X

INTRODUÇÃO

Evidencia-se que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem em afecções de etiologia múltipla, associadas a fatores de risco não modificáveis (sexo, idade e herança genética) e modificáveis (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas) e de curso prolongado.[1] Destacam-se como principais causas de mortalidade as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares e isquêmicas), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus* (DM).[2]

Sabe-se que as DCNT apresentam alta carga de morbimortalidade, com um impacto social e econômico ao interferirem na qualidade de vida dos indivíduos, gerando absenteísmo no trabalho e ônus ao sistema de saúde.[3] A enfermagem desempenha papel primordial no que concerne à promoção e à educação em saúde, principalmente na orientação acerca do autocuidado.

Salienta-se que a adoção de hábitos saudáveis como: dieta rica em frutas, verduras e legumes, prática de atividades físicas, uso de protetor solar e realização de exames de rotina (toque retal e PSA), podem minimizar a incidência de DCNT. Não obstante, a promoção da saúde representa o meio para evitar o aumento dessas doenças.[3] Entretanto essas ações, muitas vezes, são negligenciadas pelos homens, por isso, o público masculino deve ser abordado em sua integralidade e de modo criterioso na detecção e prevenção de DCNT.

Destaca-se que líderes religiosos estão sujeitos aos mesmos fatores de risco que a população em geral. Possuem um estilo de vida baseado na doação de si mesmo aos fiéis: tempo integral dedicado ao serviço pelo próximo. Comumente tomam as refeições fora do horário, protelam o repouso e o sono em favor das atividades ocupacionais, praticam mínimo exercício físico semanal ou atividade física e descuidam da realização de exames de rotina. Ademais, não foram encontrados estudos que abordassem exclusivamente a população composta por religiosos católicos.

Ressalta-se que é necessário a criação de vínculos da equipe de enfermagem com este público a fim de detectar precocemente os fatores de risco favoráveis ao desenvolvimento das DCNT e, quando já instaladas realizar o acompanhamento longitudinal adequado.

OBJETIVO

- Verificar os fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis em sacerdotes católicos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado com 47 sacerdotes católicos, selecionados por conveniência. Incluíram-se sacerdotes em exercício da função ministerial. Excluíram-se os sacerdotes que estavam ausentes das dioceses no período da coleta de dados.

Seguiram-se as seguintes etapas: contato com o sacerdote convidando-o para participar da coleta de dados; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e envio do questionário de coleta de dados, por correio eletrônico ou convencional, de acordo com a preferência do participante.

Utilizou-se instrumento adaptado do questionário Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL[4], o qual compõe o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde.

Agruparam-se as questões em variáveis sociodemográficas, de saúde e fatores de risco modificáveis para DCNT (frequência alimentar e hábitos de vida). Definiram-se como adequadas as informações acerca da frequência alimentar, no que se refere às quantidades, de acordo com recomendações de órgãos de saúde: realização de 30 minutos de atividade física moderada por um período de 5 dias por semana[5]; consumo diário de pelo menos 1 porção de feijões (55 kcal), 3 porções de frutas (70 kcal cada) e 3 porções de verduras e legumes (15 kcal cada), retirar pele do frango ou gordura das carnes[6]; consumo de uma porção de refrigerantes e doces em menos de cinco dias na semana[7].

Analisaram-se os dados obtidos mediante estatística descritiva com o auxílio do programa estatístico SPSS 20, realizou-se análise inferencial com aplicação dos testes de Qui-quadrado e U Mann-Whitney, precedida por verificação da normalidade da amostra pelo teste de Shapiro-Wilk. Apresentaram-se os dados em tabelas. Respeitaram-se todos os princípios éticos, com submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Filosófico Teológico Nossa Senhora Imaculada Rainha do Sertão – Faculdade Católica Rainha do Sertão (CAAE 49054815.7.0000.5046).

RESULTADOS

Investigaram-se 47 sacerdotes. Sendo 78,7% de padres diocesanos, em exercício. Quanto aos dados de escolaridade, predominou-se nível superior (55,3%) e pós-graduação (44,7%). Na Tabela 1 apresentam-se dados de caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e de saúde dos sacerdotes católicos (n=47). Quixadá (CE), Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Raça		
Branca	22	46,8
Preta/Parda	16	34,0
Outras	9	19,1
Estado de saúde		
Bom	37	78,7
Regular	10	21,3
Frequência de Doenças crônicas		
Sim	26	55,3
Não	21	44,7

	Média	DP[2]	Mediana	P25[3]	P75[4]	p*
Idade	44,21	14,74	39,00	35,00	48,00	0,000
Peso	78,85	13,71	79,50	68,00	86,00	0,058
Altura	1,71	0,09	1,71	1,65	1,75	0,273

* Teste de Shapiro-Wilk

Costatou-se que as doenças crônicas referidas pelos participantes foram: hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e gastrite. Evidenciou-se que todos os investigados afirmaram não fumar. Na Tabela 2 apresentam-se os fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não-transmissíveis referidos pelos participantes.

Tabela 2. Fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não-transmissíveis (n=47). Quixadá (CE), Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Prática de atividade física	28	59,6
Fumante passivo	1	2,1
Etilismo	7	14,9
Uso de protetor solar	22	46,8
Alimentos protetores		
Consumo adequado de feijão	15	31,9
Consumo adequado de verdura ou legumes	18	38,3
Consumo adequado de frutas	14	29,8
Alimentos prejudiciais		
Consumo adequado de carne sem gordura ou frango sem pele	16	34,0
Consumo adequado de refrigerante	46	97,9
Consumo adequado de doces	44	93,6

Observou-se que pelo menos um exame de rastreamento da condição de saúde fora realizado pelos participantes no último ano, destacando-se a dosagem de triglicerídeos (80,9%). Enquanto somente 39,1% realizaram dosagem de PSA ou toque retal para identificar alterações na próstata. Na Tabela 3 apresenta-se a análise inferencial dos dados sociodemográficos com os fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não-transmissíveis.

Tabela 3. Análise inferencial com dados sociodemográficos e de saúde e fatores de risco modificáveis dos sacerdotes. Quixadá (CE), Brasil, 2015.

Fatores de risco	Estado de Saúde*	Possuir doença crônica*	Idade**	Peso**	Altura**
Prática de atividade física	0,487	0,770	0,862	0,539	0,097
Fumante passivo	0,599	0,364	0,851	0,391	0,957
Etilismo	0,136	**0,018**	0,256	0,291	0,569
Uso de protetor solar	**0,009**	0,202	0,449	0,717	0,094
Consumo de feijão	0,884	**0,038**	0,918	0,729	0,165
Consumo de verdura ou legumes	0,901	**0,015**	0,939	0,265	0,693
Consumo de frutas	0,987	**0,037**	0,311	0,201	0,632
Consumo de carne sem gordura ou frango sem pele	0,654	0,927	0,991	0,460	0,151
Consumo de refrigerante	0,599	0,364	0,511	0,435	0,652
Consumo de doces	0,598	0,108	0,548	**0,031**	0,150

* Teste Qui-quadrado de Pearson
** Teste de Mann Whitney

Evidenciou-se que a percepção do estado de saúde, possuir doença crônica e peso demonstraram associação estatística significante com algum dos fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis. Constatou-se que o peso apresentou correlação com o consumo de doces, enquanto a percepção do estado de saúde esteve relacionada ao uso de protetor solar. Já possuir doença crônica apresentou associação significativa com etilismo, consumo de feijão, consumo de verduras ou legumes e consumo de frutas.

DISCUSSÃO

Verifica-se que variáveis sociodemográficas como escolaridade e raça podem afetar o risco de desenvolvimento de morbidades crônicas. Estudo populacional norte-americano feito com adultos indica que ter uma educação limitada pode contribuir para uma pior condição social, caracterizada por práticas de saúde inadequadas, como dieta pouco saudável, inatividade física e poucos cuidados preventivos. Percebe-se ainda que a raça negra esteve associada à maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas, mesmo controlando outras variáveis sociodemográficas, devido a diferenças culturais nas práticas de saúde e de apoio social, ou ao maior estresse psicológico devido à percepção de discriminação.[8]

Enfatiza-se que as morbidades mais referidas foram a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*. Este dado realça as orientações de que seja realizada tanto a prevenção primária, com o intuito de proteger indivíduos suscetíveis de desenvolver diabetes *mellitus*, quanto à prevenção secundária a fim de evitar o surgimento ou a progressão de suas complicações crônicas.[9]

Nota-se quanto ao gênero, a hipertensão arterial atinge mais os homens que as mulheres até os 50 anos e após esta idade o quadro se inverte. Quanto à faixa etária, os indivíduos com idade entre 18 e 29 anos apresentam prevalência de 2,8% de hipertensão arterial, enquanto nos idosos (≥ 60 anos) a doença acomete 68% da população.[10] Destaca-se que os homens tendem a avaliar sua própria saúde como ruim na presença de alguma doença instalada.[11] Apesar disso, no presente estudo predominou a percepção de boa saúde.

Configura-se a obesidade como um risco modificável, o IMC médio da amostra foi de 27,28 kg/m², classificado como sobrepeso. Deve-se ressaltar que a prevalência aumentada de doença do refluxo gastroesofágico acompanha a epidemia mundial de obesidade.[12] Identificou-se, em investigação feita em ambulatório de cardiologia no Rio Grande do Sul que valores menores de IMC, circunferência abdominal e relação cintura quadril estiveram associados significativamente com maior conhecimento sobre hábitos nutricionais saudáveis.[13]

Destaca-se que há uma ingesta inadequada pelos padres quanto ao consumo de frutas, verduras e legumes. A reversão deste quadro no Brasil requer um trabalho intersetorial dentro das políticas públicas, ressalta-se que o consumo destes alimentos é inversamente proporcional ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* tipo II.[14] Identificou-se a mesma correlação no presente estudo, ou seja, o consumo inadequado de frutas, verduras e legumes esteve associado significativamente à presença de doenças crônicas não transmissíveis.

Aponta-se no que se refere ao consumo de feijão 31,9% dos sacerdotes o incluem

cotidianamente nas refeições. Tal leguminosa quando não consumida de forma regular esteve associada com o desenvolvimento de diabetes *mellitus,* em pesquisa com adultos maiores de 45 anos de idade.[11]

Considerou-se que não consumir refrigerantes representa um fator de proteção para o desenvolvimento de osteoporose em estudo realizado em São Luís, Maranhão.[15] Por outro lado, verificou-se que o consumo de café, tabagismo e inatividade física são fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

Adverte-se que o consumo de alimentos de origem animal esteve associado a maiores níveis de glicemia de jejum, colesterol total, pressão arterial sistólica e diastólica de acordo com estudo populacional feito na Índia.[14] Portanto, remover o excesso de gordura da carne e a pele do frango diminui o aporte calórico de gorduras saturadas e consequente o risco cardiovascular.

Infere-se que as DCNT podem ter sua mortalidade diminuída pela prática da atividade física, pois esta confere ao corpo resiliência aos processos dolorosos. Portanto, é uma ferramenta barata, segura e não patenteável, podendo substituir a necessidade de medicamentos. Destaca-se que o sedentarismo está associado a maior risco metabólico e aumento da resistência insulínica.[16] Este fator de risco é especialmente identificado no sexo masculino.[17]

Elucida-se que quanto aos hábitos de vida, todos os investigados afirmaram não fumar. Isto é um ponto positivo para a prevenção de DPOC e câncer de pulmão, uma vez que o tabagismo (ativo e passivo) é seu principal desencadeante.[4] No que se refere ao etilismo, a negação do hábito apresentou correlação estatística significativa com possuir doença crônica. Destaca-se que a ingestão de bebida alcoólica acarreta aumento do risco de mortalidade prematura e de hospitalização por doenças crônicas.[18]

Revela-se que outras medidas preventivas envolvem o uso de protetor solar e realizar exames de rastreio da condição de saúde. Os raios de sol provocam queimaduras na pele, envelhecimento precoce, tumores benignos e câncer.[19] Constatou-se que 46,8% dos sacerdotes não usam protetor solar o que sinaliza a urgência de se protegerem contra a radiação UV, uma vez que predominam as tonalidades de pele mais clara.

Aponta-se no que se refere ao exame de PSA/Toque retal, apenas 39,1% dos sacerdotes o realizaram. Pode-se justificar essa quantidade pelo fato de serem jovens (média de 44 anos), uma vez que não foram inquiridos quanto ao histórico familiar de câncer de próstata. Ressalta-se que os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são a idade avançada (>50 anos), raça negra e histórico familiar.[20]

Compreendem-se como limitações desta pesquisa o número reduzido da amostra selecionada, o que pode comprometer a generalização dos dados. E que os dados antropométricos ou hábitos de vida foram auto referidos.

Salienta-se que os resultados supracitados apontam para a urgente reconstrução da ideia social de saúde do homem, ou seja, de que uma intersecção entre a equipe de enfermagem e demais setores da sociedade na luta contra as iniquidades à saúde pode desacelerar o crescimento de DCNT, impedir seu aparecimento e mitigar seus efeitos.

CONCLUSÃO

Demonstra-se neste estudo que os sacerdotes apresentaram frequência alimentar diária inadequada, baseada na baixa ingestão de feijão, verduras, legumes e frutas, alimentos considerados protetores para DCNT. Verificam-se, no entanto, hábitos saudáveis como: dieta hipossódica, preferência por carne sem gordura e frango sem pele, baixo consumo de álcool e frequente realização de exercícios físicos. Poucos participantes referiram alguma das morbidades investigadas. Mostram-se, portanto, como uma população suscetível e faz-se necessária uma maior atenção da enfermagem para a prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Health in Brazil 4. Chronic no communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet [Internet]. 2011 Jun [cited 2018 May 02];377(9781):1949-61. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658

2. Malta DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. Sao Paulo Med J [Internet]. 2017 [cited 2018 May 02];135(3):213-21. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28746656

3 Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 [cited 2018 May 02];34(5):343-50. Available from: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n5/343-350/

4. Malta DC, Stopa SR, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, Nardi ACF, et al. Risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey in capitals of Brasil, Vigitel 2014. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 May 02];18(Suppl 2):238-255. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27008618

5. Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Malta DC. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015 [cited 2018 May 02];24(2):277-286. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222015000200277&script=sci_abstract&tlng=pt

6. Jaime PC, Stopa SR, Oliveira TP, Vieira ML, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalence and sociodemographic distribution of healthy eating markers, National Health Survey, Brazil, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015 [cited 2018 May 02];24(2):267-276. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237962220150002002 67&lng=en&nrm=iso&tlng=en

7. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald AL. Unhealthy food consumption related to chronic non-communicable diseases in Brazil: National Health Survey, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015 Apr/Jun[cited 2018 May 02];24(2):257-265. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200257&lng=en&nrm=iso&tlng=en

8. Johnson-Lawrence V, Zajacova A, Sneed R. Education, race/ethnicity, and multimorbidity among adults aged 30-64 in the National Health Interview Survey. SSM – Population Health [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 May 02];3:366-72. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827316301355

9. Oliveira JEP, Montenegro Junior RM, Vencio S, organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [Internet]. São Paulo: Editora Clannad; 2017 [cited 2018 May 02]. Available from: http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf

10.Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial [Internet]. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. 2017 Set [cited 2018 May 03];107(supl3):1-5. Available from: https://dx.doi.org/10.5935/abc.20160151

11. Moreira APL, Malta DC, Vianna RPT, Moreira PVL, Carvalho AT. Risk and protection factors for self-reported hypertension and diabetes in João Pessoa, Brazil. The VIGITEL survey, 2014. A cross-sectional study. Sao Paulo Med J [Internet]. 2017 Sep-Oct [cited 2018 May 02];135(5):450-61. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29211209

12. Santo MA, Quintanilha SR, Mietti CA, Kawamoto FM, Marson AG, Cleva R. Endoscopic changes related to gastroesophageal reflux disease: comparative study among bariatric surgery patients. ABCD, arq bras cir dig [Internet]. 2015 [cited 2018 May 02];28(supl.1):36-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v28s1/0102-6720-abcd-28-s1-00036.pdf

13. Valmórbida JL, Goulart MR, Busnello FM, Pellanda LC. Nutricional knowledge and body mass Index: a cross-sectional study. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2017 [cited 2018 May 02];63(9):736-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000900736

14. Shridhar K, Satija A, Dhillon PK, Agrawal S, Gupta R, Bowen L, et al. Association between empirically derived dietary patterns with blood lipids, fasting blood glucose and blood pressure in adults – the India migration study. Nutr J [Internet]. 2018 [cited 2018 May 02];17:15. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5806276/

15. Costa ALD, Silva MACN, Brito LMO, Nascimento ACB, Barbosa MCL, Batista JE, et al. Osteoporosis in primary care: an opportunity to approach risk factors. Rev Bras Reumatol [Internet]. 2016 [cited 2018 May 02];56(2):111-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042016000200111

16. Berg JSVD, Stehouwer CDA, Bosma H, Velde JHPMVD, Willems PJB, Savelberg HHCM, et al. Associations of total amount and patterns of sedentary behavior with type 2 diabetes and the metabolic syndrome: The Maastricht Study. Diabetologia [Internet]. 2016 [cited 2018 May 02];59:709-18. Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26831300

17. Czorny RCN, Gazetta CE, Pinto MH, Ribeiro RCHM, Beretta D, Rodrigues CC. Male user profile cared for in a basic Family health unit. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 May 02];11(4):1624-31. Available from: https://dx.doi.gov/10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201709

18. Schwarzinger M, Thiébaut SP, Baillot S, Mallet V, Rehm J. Alcohol use disorders and associated chronic disease – a national retrospective cohort study from France. BMC Public Health [Internet]. 2018 [cited 2018 May 02];18:43. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4587-y

19. Urasaki MBM, Murandi MM, Silva MT, Maekawa TA, Zonta GMA. Exposure and sun protection practices of university students. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 May 02];69(1):114-21. Available from: Public Health [Internet]. 2018 [cited 2018 May 02];18:43. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4587-y

20. Lima LR, Silva ILC, Alves DC. Investigação e prevalência dos fatores de risco para elevação e desenvolvimento de câncer de próstata e elevação do PSA: uma revisão de literatura. Rev Interd Ciên Saúde [Internet]. 2017 [cited 2018 May 02];4(1):11-6. Available from: http://www.ojs.ufpi.br/index.php/rics/article/view/6723/3890

Submissão: 03/05/2018
Aceito: 24/01/2019
Publicado: 01/03/2019

Correspondência

Huana Carolina Cândido Morais.
Rua: Juvêncio Alves, 600
Bairro Centro
CEP: 63900-257 — Quixadá (CE), Brasil