

**FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
EM ADULTOS DE BARRA VELHA-SC**

Suélen Boreck¹, Luciane Peter Grillo¹
Leo Lynce Valle de Lacerda¹, Alan de Jesus Pires de Moraes¹

RESUMO

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis configuram como importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Caracterizam-se por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi descrever as prevalências dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas em uma amostra de 425 adultos do município de Barra Velha-SC por meio de um questionário validado. **Resultados:** Quando comparado os sexos, os homens apresentaram prevalências superiores e significativas nas variáveis consumo de carne com gordura (49,5%) e consumo abusivo de álcool (34,6%) e as mulheres no consumo regular de doces (26,1%) e assistir televisão por mais de três horas (54,7%). Em relação aos fatores de risco os adultos de Barra Velha apresentaram valores superiores e significativos no consumo de carne com gordura (39,4%), leite integral (39,5%) e assistir TV por mais de três horas (47,5%) quando comparados com dados nacionais e estaduais. **Conclusão:** É necessário investir em ações municipais que reduzam os fatores de risco e aumentem os fatores de proteção para doenças crônicas, impactando positivamente na redução da morbimortalidade desta população.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Prevenção de doenças. Doença crônica. Fatores de risco. Obesidade.

1-Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí-SC, Brasil.

E-mails dos autores:
suelen.bo@hotmail.com
grillo@univali.br
leolynce@univali.br
moraes@univali.br

ABSTRACT

Risk and protection factors for chronic noncommunicable diseases in adults of Barra Velha-SC

Introduction: Chronic Noncommunicable Diseases constitute an important public health problem in Brazil and in the world. They are characterized by having an uncertain etiology, multiple risk factors, long periods of latency, prolonged course, non-infectious origin and because they are associated with functional deficiencies and disabilities. **Aim:** The aim of the study was to describe the prevalence of risk factors and protection for chronic diseases in a sample of 425 adults in the municipality of Barra Velha, Brazil by means of a validated questionnaire. **Results:** When comparing the sexes, the men presented higher and significant prevalences in the variables of meat consumption with fat (49.5%) and alcohol consumption (34.6%) and women in regular consumption of sweets (26.1%). And watch television for more than three hours (54.7%). Regarding the risk factors, the adults of Barra Velha presented higher and significant values in the consumption of meat with fat (39.4%), whole milk (39.5%) and watching TV for more than three hours (47.5%) When compared to national and state data. **Conclusions:** It is necessary to invest in municipal actions that reduce risk factors and increase the protection factors for chronic diseases, positively impacting the reduction of morbidity and mortality in this population.

Key words: Health promotion. Disease prevention. Chronic disease. Risk factors. Obesity.

Endereço para correspondência:
Luciane Peter Grillo.
Rua Uruguai, 458, Centro, Itajaí-SC.
CEP: 88.302-202.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) configuram como importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (Moura e colaboradores).

Caracterizam-se por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (Yokota e colaboradores, 2007).

Do total de 56 milhões de mortes que ocorreram em todo mundo em 2012, 38 milhões foram em razão das DCNT e 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis. As quatro principais causas foram responsáveis por 82% das mortes por DCNT: doenças cardiovasculares (46,2%), câncer (21,7%), doenças respiratórias (10,7%) e diabetes (4%) (WHO, 2014a).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde apontam o aumento da mortalidade por DCNT que poderá chegar em 52 milhões de mortes até 2030 (WHO, 2014b).

Acompanhando essa tendência mundial, no Brasil, em 2013, as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes segundo o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) (Brasil, 2015a).

Essa nova configuração na carga das doenças se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde considerando o forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (Brasil, 2011).

Sendo assim, em 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou a Reunião de Alto Nível sobre DCNT, com a presença dos Chefes de Estado sobre o tema em comento. A reunião resultou em uma declaração, na qual os países-membros comprometeram-se a trabalhar para deter o crescimento desse grupo de doenças e a OMS a elaborar um conjunto de metas e indicadores para monitorar o alcance desses objetivos (Malta e Silva Junior, 2013).

Nessa perspectiva, o Brasil lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022 no qual foram definidas e priorizadas as ações de

investimentos necessários à preparação do país para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos.

O plano aborda os quatro principais grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) e define três eixos de atuação: I. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II. Promoção da saúde; e III. Cuidado Integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis (Brasil, 2015a).

Além disso, o Ministério da Saúde vem implementando importantes políticas para combater as DCNT. Um exemplo consiste na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), priorizando ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso de tabaco e álcool (Brasil, 2015b).

Outros exemplos consistem na implementação do Programa Academia da Saúde (Brasil, 2015c) e na expansão da Atenção Básica, com equipes atuando em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência (Malta e colaboradores, 2016).

Quanto às políticas de promoção da saúde e prevenção de DCNT no Brasil, observa-se uma grande ênfase no papel protagonista dos serviços de Atenção Básica (AB) nesse processo, especialmente a Estratégia Saúde da Família (ESF) na estruturação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2014; Ribeiro, Cotta e Ribeiro, 2012).

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e reestruturar o Sistema Único de Saúde, mostra-se como o modelo mais provável para alterar a realidade das DCNT porque permite a aproximação dos indivíduos, do seu coletivo e de suas interações sociais, colaborando para a mudança de seus comportamentos e hábitos de vida (Ribeiro, Cotta, e Ribeiro, 2012).

Dessa forma, faz-se necessário o conhecimento das prevalências e distribuições de fatores de risco para doenças crônicas nos municípios brasileiros, com o compromisso de investigar e intervir no âmbito das realidades regionais por meio da promoção da saúde e prevenção integrada dos fatores de risco de

forma a auxiliar no monitoramento de ações de redução e controle destes fatores (Brasil, 2011).

A escolha do tema atende aos dois primeiros eixos de atuação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022 que fomenta e apoia o desenvolvimento e o fortalecimento da vigilância integrada de DCNT e seus fatores de proteção e risco modificáveis com ênfase nos inquéritos nacionais e locais e promoção da saúde (Malta e colaboradores, 2013).

O tema proposto também se deve a tendências desfavoráveis na maioria dos principais fatores de risco, constatando a importância de diagnósticos locais amplos e atualizados que deem subsídios ao planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT de acordo com as especificidades do grupo avaliado (Brasil, 2011).

Visando ressaltar o potencial da ESF na implementação de ações de vigilância das doenças crônicas e ampliar o conhecimento sobre o tema, este estudo teve como objetivo analisar os fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis nos usuários da Atenção Básica no município de Barra Velha-SC comparando com dados nacionais e estaduais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo epidemiológico observacional transversal. Desenvolvido nas ESF do Município de Barra Velha-SC, município esse que está localizado às margens da rodovia BR-101, no litoral norte de Santa Catarina, distante aproximadamente 139 km da capital Florianópolis e apresenta uma população estimada em 26.374 habitantes (IBGE, 2015).

O município possui cinco Unidades Básicas de Saúde e oito Equipes da Estratégia Saúde da Família que correspondem a 100% de cobertura da ESF. A população de estudo foi composta por 16.786 pessoas de ambos os sexos com idades compreendidas entre 20 e 59 anos e a amostra constituída por 425 adultos estratificada proporcionalmente por sexo e unidade básica de saúde, assumindo-se uma probabilidade aleatória de respostas no questionário ($p=q=0,5$), erro máximo de estimativa de 5% e grau de confiança de 95%.

Os critérios de inclusão foram: ser adulto entre 20 e 59 anos e residir na área de abrangência da ESF de Barra Velha-SC. Gestantes e nutrízes foram critérios de exclusão da amostra.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí sob parecer 343.139, bem como todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma ficou sob a sua posse.

As entrevistas foram realizadas por um único avaliador no segundo semestre de 2016, de segunda a sexta-feira nas unidades básicas de saúde. Os indivíduos foram abordados na recepção, após o acolhimento. Foram estipuladas metas de entrevistas para cada sexo e a coleta em cada UBS só encerrava após atingir o número mínimo de homens e mulheres.

Após a abordagem inicial os usuários eram encaminhados para uma sala reservada onde eram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido e respondiam ao questionário.

Das 425 entrevistas realizadas, 37 apresentaram ausência de informação em algum dos questionamentos.

Sendo assim, foi necessário realizar busca ativa para completude das entrevistas. Algumas informações foram alcançadas por meio do acesso ao prontuário eletrônico e outras utilizando-se de contato telefônico, o qual estava disponível no TCLE.

Os dados foram coletados mediante aplicação de um questionário estruturado fechado de múltipla escolha composto por indicadores monitorados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Brasil, 2016). Um estudo piloto foi realizado na unidade de maior número de atendimentos para testar o instrumento, o qual se mostrou válido.

Dentre os fatores de risco, as seguintes variáveis foram avaliadas: hábito de fumar, presença de excesso de peso e obesidade, hábito de consumo de bebidas artificiais, de doces regularmente, de carnes e leite com excesso de gordura, substituição da comida do almoço ou jantar por lanches, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, inatividade física, autoavaliação de estado de

saúde ruim, referência a diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias. Os fatores de proteção avaliados foram: hábito de consumo regular e recomendado de frutas, legumes, verduras e feijão, atividade física suficiente no tempo livre e realização de exames de mamografia e citologia oncológica no sexo feminino. Foram caracterizados como tabagistas aqueles que mantinham o hábito de fumar cigarros, independentemente da quantidade.

Para o excesso de peso foi considerado o indivíduo com índice de massa corporal ≥ 25 kg/m² (Brasil, 2016), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura, ambos, auto referidos e obesidade o adulto com índice de massa corporal ≥ 30 kg/m² (WHO, 2005).

Em relação ao consumo alimentar avaliou-se consumo regular de frutas e hortaliças (consumo em cinco ou mais dias da semana) e recomendado (o consumo de cinco ou mais vezes por dia em cinco ou mais dias da semana).

Avaliou-se o consumo de carnes com gordura visível, leite com teor integral de gordura, suco artificial ou refrigerante, alimentos doces e feijão em cinco ou mais dias por semana e substituição do almoço ou jantar por lanches sete ou mais vezes por semana.

Para atividade física foi considerado o percentual de adultos que praticavam atividades físicas no tempo livre equivalentes a, pelo menos, 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana, além do percentual de adultos que despendem três ou mais horas diárias vendo televisão.

Avaliou-se o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, em que nos homens foi considerado cinco ou mais doses e nas mulheres quatro ou mais doses em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Uma dose de bebida alcoólica correspondia a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

Para a autoavaliação do estado de saúde, foi avaliado o percentual de adultos que auto avaliaram o estado de saúde como ruim ou muito ruim e o percentual de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia e percentual de mulheres (25 a 64 anos) que realizaram exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero nos últimos três anos

e percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos.

As informações sociodemográficas avaliadas foram: nível de escolaridade (0 a 8, 9 a 11 ou ≥ 12 anos de estudo), idade e estado civil (casado/união estável ou solteiro).

A partir dos resultados encontrados no estudo e com auxílio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Academia da Saúde foram elaboradas atividades de educação em saúde.

Os participantes do estudo, juntamente com a população em geral foram convidados a participar destas atividades. A metodologia utilizada nas oficinas incluiu roda de conversa com a apresentação dos resultados e com a dinâmica “como melhorar seus hábitos diários”, educação nutricional e finalizou com atividades físicas orientadas.

Estas atividades foram realizadas pelos profissionais farmacêutico, terapeuta ocupacional, nutricionista e profissional de educação física da Secretaria de Saúde do Município.

Os fatores de risco e proteção abordados nas oficinas foram: consumo alimentar (enfocando a importância de ingerir diariamente feijão, frutas, verduras e legumes e de evitar a gordura visível nos alimentos, refrigerantes, doces em excesso); consumo de bebidas alcoólicas; atividade física/sedentarismo; realização de exames citopatológico e mamografia e expondo que alterando pequenos hábitos diários conseqüentemente ocorre a melhora na qualidade de vida.

As proporções e intervalos de confiança dos fatores de risco e proteção para DCNT da amostra foram comparadas com os dados da capital do Estado, Florianópolis e do Brasil, provindos da pesquisa Vigitel 2016 (Brasil, 2017).

Utilizou a estatística descritiva e inferencial com o auxílio do Software Stata 13.0. Foram calculadas as proporções, razões de prevalência e seus respectivos intervalos com 95% de confiança dos fatores de risco e de proteção para as doenças crônicas não transmissíveis para a amostra geral e de acordo com o sexo. Para as comparações das prevalências entre os sexos e da amostra com Florianópolis e Brasil foi utilizado o Testes-t para duas proporções ao nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 425 indivíduos residentes em Barra Velha-SC, sendo 223 (52,4%) do sexo feminino e 202 (47,5%) do sexo masculino. A duração média das entrevistas foi de 10 minutos.

A Tabela 1 apresenta as características dos usuários avaliados. Observa-se predominância da faixa etária de 30 a 39 anos nas mulheres (32,2%) e de 40 e 49 anos nos homens (30,2%), estado civil casado/união estável (57,4% dos homens e 56,9% das mulheres) e com nível de

escolaridade de 9 a 11 anos (47,0% dos homens e 43,5% das mulheres).

As prevalências e intervalos de confiança dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas estão descritos na Tabela 2.

Quando se compara os sexos, verificam-se prevalências significativamente superiores para os homens em relação ao consumo de carne com gordura visível, consumo abusivo de bebida alcoólica e prática de atividade física e para as mulheres nas variáveis consumo regular de doces, assistir TV por mais de 3 horas e o consumo regular de frutas e hortaliças.

Tabela 1 - Características dos usuários da Atenção Básica de Barra Velha-SC, 2017.

Variável	n	Percentual	
		Masculino (n=202)	Feminino (n=223)
Amostra	425	47,5	52,5
Idade			
20-29	60	13,3	14,8
30-39	126	26,7	32,2
40-49	115	30,2	24,2
50-59	124	29,7	28,7
Estado civil			
Solteiro	182	42,5	43,0
Casado/união estável	243	57,4	56,9
Escolaridade			
0 a 8 anos	151	16,8	21,5
9 a 11 anos	192	47,0	43,5
12 anos ou mais	82	36,1	34,9

Tabela 2 - Prevalências e respectivos intervalos com 95% de confiança dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, segundo o sexo, Barra Velha-SC, 2017.

Variáveis	Total (n=425)	Masculino (n=202)	Feminino (n=223)	p*
Fator de risco				
Excesso de peso	50,1 (45,3-54,9)	52,4 (45,5-59,3)	47,9 (41,3-54,5)	0,3986
Obesidade	14,3 (11,0-17,6)	14,8 (09,9-19,7)	13,9 (09,4-18,4)	0,7914
Consumo de carnes com gordura	39,4 (34,8-44,0)	49,5 (42,6-56,4)	30,5 (24,5-36,5)	0,0001
Consumo de refrigerante/suco artificial	19,7 (15,9-23,5)	22,7 (16,9-28,5)	17,4 (12,4-22,4)	0,1719
Consumo de leite integral	39,5 (34,9-44,1)	36,1 (29,5-42,7)	42,6 (36,1-49,1)	0,1711
Consumo regular de doces	21,1 (17,2-25,0)	15,8 (10,8-20,8)	26,1 (20,3-31,9)	0,0095
Substituição do almoço ou jantar por lanche	22,5 (18,5-26,5)	19,8 (14,3-25,3)	25,1 (19,4-30,8)	0,1919
Consumo abusivo de bebidas alcólicas	23,7 (19,7-27,7)	35,1 (28,5-41,7)	13,4 (08,9-17,9)	<0,0001
Consumo abusivo de álcool (homens)	-	34,6 (28,1-41,1)	-	-
Consumo abusivo de álcool (mulheres)	-	-	14,8 (10,1-19,5)	-
Assistir TV por mais de três horas	47,5 (42,8-52,2)	39,6 (32,9-46,3)	54,7 (48,2-61,2)	0,0019
Tabagismo	12,7 (09,5-15,9)	14,8 (09,9-19,7)	10,7 (06,6-14,8)	0,2041
Autoavaliação negativa de saúde	5,6 (3,4-7,8)	3,9 (1,2-6,6)	7,1 (3,7-10,5)	0,1512
Hipertensão autor referida	20,7 (16,8-24,6)	17,8 (12,5-23,1)	23,3 (17,8-28,8)	0,1621
Diabetes autor referido	8,9 (6,2-11,6)	7,9 (4,2-11,6)	9,8 (5,9-13,7)	0,4920
Dislipidemia autor referida	19,2 (15,5-22,9)	18,8 (13,4-24,2)	19,7 (14,5-24,9)	0,8143
Fator de proteção				
Consumo regular de feijão	36,4 (31,8-41,0)	38,1 (31,4-44,8)	34,9 (28,6-41,2)	0,4936
Consumo regular de frutas/hortaliças	37,8 (33,2-42,4)	30,2 (23,9-36,5)	44,8 (38,3-51,4)	0,0019
Consumo recomendado de frutas/hortaliças	22,1 (18,2-26,0)	18,8 (13,4-24,2)	25,1 (19,4-30,8)	0,1180
Prática de atividade física	44,7 (40,0-49,4)	50,0 (43,1-56,9)	39,9 (33,5-46,3)	0,0365

Legenda: * teste de proporções ao nível de 5%.

A Tabela 3 descreve as proporções e os intervalos de confiança dos fatores de risco e proteção para DCNT da amostra comparando com os dados da capital do Estado, Florianópolis e do Brasil.

Em relação aos dados nacionais verificam-se prevalências superiores e significativas para as variáveis: consumo de carnes com gordura, substituição do almoço ou jantar por lanche, consumo de bebidas alcólicas, assistir TV por mais de três horas e prática de atividade física e inferiores para obesidade, consumo de leite integral,

hipertensão autor referida e consumo regular de feijão.

Quando se compara a amostra do estudo com os dados da capital Florianópolis, verificam-se prevalências superiores e significativas para as variáveis: consumo de carnes com gordura, consumo de refrigerante/suco artificial, assistir TV por mais de 3 horas e inferiores para consumo de leite integral, consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças, citologia oncótica nos últimos três anos e mamografia nos últimos dois anos.

Tabela 3 - Prevalências e respectivos intervalos com 95% de confiança dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: Brasil, Florianópolis e Barra Velha-SC, 2017.

Variáveis	Brasil (1)	Florianópolis (2)	Barra Velha (n=425)	p (1)	p (2)
Fator de risco					
Excesso de peso	53,8 (53,4-54,2)	48,8 (46,6-51,0)	50,1 (45,3-54,9)	0,1285	0,6263
Obesidade	18,9 (18,6-19,2)	14,5 (13,0-16,0)	14,3 (11,0-17,6)	0,0106	0,9152
Consumo de carnes com gordura	32,0 (31,6-32,4)	25,5 (23,6-27,4)	39,4 (34,8-44,0)	0,0012	<0,0001
Consumo de refrigerante/suco artificial	16,5 (16,2-16,8)	14,1 (12,6-15,6)	19,7 (15,9-23,5)	0,0777	0,0034
Consumo de leite integral	54,8 (54,4-55,2)	47,0 (44,8-49,2)	39,5 (34,9-44,1)	<0,0001	0,0048
Consumo regular de doces	18,0 (17,7-18,3)	22,0 (20,2-23,8)	21,1 (17,2-25,0)	0,0987	0,6833
Substituição almoço/jantar por lanche	13,9 (13,6-14,2)	20,7 (18,9-22,5)	22,5 (18,5-26,5)	<0,0001	0,4080
Consumo abusivo de bebidas alcólicas	19,1 (18,8-19,4)	20,3 (18,5-22,1)	23,7 (19,7-27,7)	0,0167	0,1173
Assistir TV por mais de três horas	25,7 (25,3-26,1)	23,5 (21,6-25,4)	47,5 (42,8-52,2)	<0,0001	<0,0001
Tabagismo	10,2 (9,9-10,5)	10,1 (8,8-11,4)	12,7 (9,5-15,9)	0,0911	0,1131
Autoavaliação negativa de saúde	4,4 (4,2-4,6)	3,9 (3,1-4,7)	5,6 (3,4-7,8)	0,2315	0,1124
Hipertensão autor referida	25,7 (25,3-26,1)	22,0 (20,2-23,8)	20,7 (16,8-24,6)	0,0190	0,5553
Diabetes autor referido	8,9 (8,7-9,1)	6,7 (5,6-7,8)	08,9 (6,2-11,6)	1,0000	0,1083
Dislipidemia autor referida	22,6 (22,2-23)	21,7 (19,9-23,5)	19,2 (15,5-22,9)	0,0957	0,2526
Fator de proteção					
Consumo regular de feijão	61,3 (60,9-61,7)	33,6 (31,5-35,7)	36,4 (31,8-41,0)	<0,0001	0,2687
Consumo regular de frutas/hortaliças	35,2 (34,8-35,6)	44,4 (42,2-46,6)	37,8 (33,2-42,4)	0,2649	0,0126
Consumo recomendado de frutas/hortaliças	24,4 (24-24,8)	29,3 (27,3-31,3)	22,1 (18,2-26,0)	0,2725	0,0027
Prática de atividade física	37,6 (37,2-38)	42,1 (39,9-44,3)	44,7 (40,0-49,4)	0,0027	0,3248
Citologia oncótica últimos 3 anos	82,0 (81,7-82,3)	90,0 (88,7-91,3)	81,0 (80,7-81,3)	0,5940	<0,0001
Mamografia últimos 2 anos	78,2 (77,9-78,5)	86,8 (85,3-88,3)	78,1 (77,8-78,4)	0,9604	<0,0001

Legenda: valores estaduais e nacionais conforme pesquisa VIGITEL 2016 (Brasil, 2017). Os valores de p se referem a significância da diferença entre as proporções da amostra e do Brasil (1) e Florianópolis (2), respectivamente.

DISCUSSÃO

O monitoramento dos fatores de risco e proteção das DCNT é relevante para o apoio de políticas de promoção à saúde e enfrentamento das DCNT (Malta e colaboradores, 2016a).

O estudo atual reforça a importância desse monitoramento considerando a realidade municipal a partir da comparação dos dados obtidos com uma das principais

fontes de informação de fatores de risco no país. Intencionalmente.

Quando se comparou os fatores de risco entre os sexos verificou-se que os homens apresentaram valores superiores e significativos nas variáveis consumo de carne com gordura e consumo abusivo de bebidas alcólicas e as mulheres nas variáveis assistir TV por mais de três horas e consumo regular de doces.

Em outro estudo realizado no estado de Santa Catarina, os pesquisadores

encontraram maiores prevalências de fatores de risco nos homens e estavam relacionadas à tríade: ingestão alimentar inadequada (carne com gordura, consumo de bebidas artificiais e alcoólicas), excesso de peso e tabagismo, destacando-se as elevadas proporções de autoavaliação negativa da saúde nas mulheres (Baumgartel e colaboradores, 2016).

Na população estudada no VIGITEL 2016, um terço (32,0%) das pessoas declarou ter o hábito de consumir carnes com excesso de gordura, sendo esta condição cerca de duas vezes mais frequente em homens (43,1%) do que em mulheres (22,5%). A frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas variou entre 14,5% em Rio Branco e 24,9% em Salvador com média nacional de 19,1%. As maiores frequências, entre homens, foram observadas em Palmas (34,9%), Cuiabá (34,5%) e Salvador (32,9%) e, entre mulheres, em Salvador (18,3%), em Belo Horizonte (15,3%) e no Distrito Federal (15,1%), com média de 27,3% nos homens e 12,1% nas mulheres (Brasil, 2017).

Malta e colaboradores (2016b) destacam a necessidade de avanços adicionais em medidas regulatórias e legais, especialmente relacionadas ao álcool. Nesse sentido, várias ações e articulações intersetoriais e interdisciplinares foram realizadas pelo Ministério da Saúde como a proibição da comercialização das bebidas alcólicas em rodovias federais, a implantação da chamada 'Lei Seca', o aumento do valor da multa e autorização do uso de provas como vídeos, testemunhos ou outros meios a título de comprovação, no processo criminal, da embriaguez do motorista (Malta e colaboradores, 2013) e a proibição e punição aos estabelecimentos e aos adultos que vendem bebidas alcoólicas para menores de 18 anos.

Existe uma relação causal entre o uso nocivo de álcool e a morbimortalidade associadas às doenças cardiovasculares, oncológicas e hepáticas. Estimativas da Organização Mundial da Saúde para 2012 atribuíram 3,3 milhões de mortes, ou 5,9% de todas as mortes mundiais ao consumo de álcool. Mais da metade dessas mortes resultou de DCNT (WHO, 2014).

Nas mulheres os fatores de risco significativamente superior foram assistir TV por mais de 3 horas ao dia e o consumo regular de doces. O tempo gasto em

comportamentos sedentários está fortemente relacionado ao aumento do risco de doenças crônicas. Há evidências de que o número de horas diárias despendido em ver televisão aumenta o risco de obesidade, diabetes tipo II, doenças cardiovasculares e síndrome metabólica (Bell e colaboradores, 2014; Dunstan e colaboradores, 2010; Inoue e colaboradores, 2011; Wijndaele e colaboradores, 2011).

As elevadas prevalências de consumo de carne com gordura, de refrigerantes e de substituição das refeições por lanche e as baixas prevalências do consumo de feijão e do consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças ressaltam a importância das ações de comunicação sobre alimentação saudável e a divulgação dos benefícios do consumo de alimentos in natura e redução no consumo de alimentos ultra processados, conforme as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Malta e Silva Junior, 2013; Brasil, 2014b).

Esses indicadores de uma alimentação inadequada, associados ao baixo percentual de adultos que realizam atividades físicas no tempo livre em intensidade/duração recomendados, possivelmente contribuem para a proporção elevada de excesso de peso (50,1% em Barra Velha, 48,0% em Florianópolis e 53,8% no Brasil) (Brasil, 2017).

A revisão do Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado em novembro de 2014 ganhou destaque na área da promoção da alimentação saudável.

O instrumento de educação alimentar e nutricional formulado, de forma clara e objetiva, foi destinado a promover a saúde de pessoas, famílias e comunidades (Brasil, 2014b).

Além do Guia, foi revisada a publicação 'Alimentos Regionais Brasileiros', valorizando os alimentos existentes no país, com nova publicação em março de 2014 (Brasil, 2015c).

Quando comparado os dados da amostra estudada com dados nacionais foram observadas proporções significativamente inferiores para obesidade, porém consideradas elevadas ($p=0,0140$).

Um estudo sobre as tendências no índice de massa corporal de adultos em 200 países de 1975 a 2014, realizado pela Risk Factor Collaboration a partir de uma análise agrupada de 1689 estudos de base

populacional com 19,2 milhões de participantes de 186 países concluiu que o índice de massa corporal médio em adultos aumentou de 21,7 kg/m², em 1975, para 24,2 kg/m² em 2014 nos homens, e de 22,1 kg/m² em 1975 para 24,4 kg/m² em 2014 em mulheres.

Ao longo destas quatro décadas, a prevalência de obesidade em adultos aumentou de 3,2% em 1975 para 10,8% em 2014 nos homens, e de 6,4% para 14,9% em mulheres. Foram considerados severamente obesos (IMC \geq 35 kg/m²) 2,3% dos homens do mundo e 5,0% das mulheres (NCD, 2016a).

Se as tendências pós-2000 continuarem, em 2025, a prevalência de obesidade global atingirá 18% em homens e irá ultrapassar 21% em mulheres; obesidade grave irá superar 6% em homens e 9% em mulheres, ou seja, a probabilidade de cumprir o objetivo global de obesidade é praticamente zero. Apesar das tendências descritas, é importante destacar que, nas regiões mais pobres do mundo, especialmente no sul da Ásia, o baixo peso continua a prevalecer (NCD, 2016b).

Segundo análise da variação temporal dos indicadores do Vigitel 2016/17 em 10 anos, a prevalência da obesidade passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, atingindo quase um em cada cinco brasileiros. Segundo a pesquisa, o crescimento da obesidade é um dos fatores que pode ter colaborado para o aumento da prevalência de diabetes e hipertensão, DCNT que pioram a condição de vida do brasileiro e podem até levar a óbito.

Com relação aos fatores de proteção, os homens apresentaram prevalências superiores significativas para a prática de atividade física e as mulheres para o consumo regular de frutas e hortaliças. A cidade litorânea e de pequeno porte contribui para melhores oportunidades de realização das atividades físicas, fato que é constantemente observado na orla da praia, tais como: caminhadas, corridas, surfe.

De acordo com Vigitel 2016 (Brasil, 2016) a prática de atividade física tem crescido entre adultos de ambos os sexos, tanto que em 2009 o indicador era 30,3%, e em 2016, 37,6%.

No entanto, a prática insuficiente de atividade física (menos de 150 minutos semanais de atividade física moderada ou equivalente) foi referida por cerca de metade

da população adulta, e os compromissos do Plano Global de Enfrentamento das DCNT preveem a redução do sedentarismo em 10% até 2054.

No Brasil, destaca-se a implantação do Programa “Academia da Saúde”, visando construir espaços físicos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e da prática da atividade física, conduzidas por profissionais de saúde em conjunto com a comunidade (Malta e Silva Junior, 2012).

Em Barra Velha, foram habilitados em 2016 três Polos de Academias da Saúde, porém, algumas dificuldades estão sendo encontradas para concretização das atividades nesta área. Muitos profissionais não tiveram uma formação adequada para atuar com promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica.

Um estudo que corrobora com esta percepção identificou as características e dificuldades das equipes que atuam no programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife. Os resultados demonstraram que a maior parte dos profissionais não cursou disciplinas de saúde coletiva durante a formação inicial e que seus processos de trabalho se caracterizam pela precariedade do material utilizado, participação ineficiente da coordenação do programa no planejamento, execução e avaliação das ações e dificuldades de articular as atividades do programa às demais ações e serviços na rede de Atenção Primária.

Tal estudo evidenciou a necessidade de maiores investimentos na formação inicial e em serviço, de modo a qualificar as atividades nos polos e no território com foco nos fatores de risco e proteção para as DCNT (Guarda e colaboradores, 2015).

Considerando que esta é uma realidade apresentada por vários municípios catarinenses, a Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com o Ministério da Saúde disponibilizou, no primeiro semestre de 2017, um Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde, gratuito e na modalidade a distância dando ênfase na implementação de ações nos polos do Programa Academia da Saúde. Nesse sentido, este curso será uma estratégia de fortalecimento da promoção da saúde não

apenas em Barra Velha, mas no Estado de Santa Catarina.

Esta estratégia baseada nos preceitos da Política Nacional de Promoção da Saúde, atualizada em 2014, tem como objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo as vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes de fatores determinantes de ordem social, econômica, política, cultural e ambiental (Brasil, 2013).

O consumo regular de frutas e hortaliças foi referido por 44,8% das mulheres e foi significativamente superior em relação aos homens (30,2%), porém inferior (37,8%) quando comparado com dados estaduais (44,4%).

O consumo de frutas e hortaliças previne doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, sendo recomendado o aumento do seu consumo nos guias alimentares do Brasil (Brasil, 2014a) e do mundo (WHO, 2014).

No conjunto da população adulta estudada no Vigitel 2016 (Brasil, 2017), a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças foi da mesma maneira 35,2%, sendo menor em homens (28,8%) do que em mulheres (40,7%).

Em Barra Velha, o consumo de feijão foi significativamente inferior (36,4%) aos dados nacionais de 2016 (61,3%). Segundo o Vigitel 2016 (Brasil, 2017), o consumo regular de feijão no Brasil reduziu, pois em 2011 a proporção era de 66,7% e em 2016 foi 61,3%.

Como resultado da urbanização que acentuou as mudanças nos hábitos alimentares, com maior procura por produtos de preparo rápido, o consumo nacional de feijão vem reduzindo. O setor responsável pela política de produção e comercialização do produto precisa reverter essa tendência desfavorável. O consumo do feijão pode reduzir ainda em razão da disponibilidade interna e dos preços praticados no mercado que induzem o consumidor a adquirir menor quantidade do produto (CONAB, 2013).

Em relação à citologia oncótica e a mamografia Barra Velha apresentou prevalências inferiores e significativas quando comparada com dados estaduais. De acordo com dados do Vigitel 2016, Florianópolis foi a segunda capital com maior frequência de mulheres entre 50 e 59 anos que realizaram mamografia nos últimos dois anos (86,9%) e a

primeira juntamente com Curitiba que apresentaram a maior frequência de mulheres entre 25 e 64 anos que realizaram o exame de citologia oncótica nos últimos dois anos (90%) (Brasil, 2017).

Estas elevadas coberturas da capital catarinense se justificam por Florianópolis ter recebido em 2015 a placa que oficializou a Capital como a primeira do país a alcançar cem por cento de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família.

Além disso, em 2014, o município obteve o título de capital com melhor atenção básica do país, tendo mais de noventa por cento das suas equipes de saúde da família avaliadas com acima ou muito acima da média nacional pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde (Brasil, 2013).

A cidade de Barra Velha, apesar de ter cobertura cem por cento da ESF não tem o mesmo desempenho da capital, fato este que pode ser justificado pela alta rotatividade de gestores de saúde nos últimos anos, pela falta de uma política municipal de educação continuada ou também pelos vínculos profissionais em regime de contratação temporária. Em 2015 foi realizado o primeiro concurso para a ESF e antes disso havia também a alta rotatividade de profissionais o que ocasionava a descontinuidade das ações.

Acredita-se que estabelecer globalmente metas claras de redução das DCNT e de seus fatores de risco, garantindo acesso à assistência e às políticas de promoção, prevenção e vigilância, entre todos os países-membros da Organização das Nações Unidas, são medidas que poderão contribuir para o efetivo enfrentamento das DCNT (Malta e Silva Junior, 2013).

Assim, o conhecimento dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas é fundamental para atuar sobre o processo saúde-doença, com vistas ao desenvolvimento de políticas públicas específicas para a melhoria da qualidade de vida da população, permitindo ainda o monitoramento dessas ações.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que quando comparado os sexos os homens apresentaram prevalências superiores e significativas nas variáveis consumo de carne

com gordura visível e consumo de bebida alcoólica e as mulheres no consumo de doces regularmente e assistir TV por mais de três horas.

Em relação aos dados nacionais verificam-se prevalências superiores e significativas para as variáveis: consumo de carnes com gordura, substituição do almoço ou jantar por lanche, consumo de bebidas alcólicas e assistir TV por mais de três horas e prática de atividade física.

Quando se compara a amostra do estudo com os dados da capital Florianópolis, verificam-se prevalências superiores e significativas para as variáveis consumo de carnes com gordura, consumo de refrigerante/suco artificial e assistir TV por mais de 3 horas e inferiores para o consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças, realização dos exames de citologia oncológica nos últimos três anos e mamografia nos últimos dois anos.

Os resultados do presente estudo mostram elevado consumo de alimentos considerados marcadores de padrões alimentares não saudáveis, como carne com excesso de gordura, doces regularmente e baixo consumo de alimentos saudáveis (frutas, hortaliças e feijão).

Estes dados sugerem a ausência de opções de lazer no município, que poderiam proporcionar outras atividades para substituir assistir TV por mais de três horas por dia e o consumo de carnes com gorduras e de bebidas alcoólicas de forma abusiva.

Na abordagem das DCNT, além da necessária organização da Saúde Pública para garantir a vigilância, promoção da saúde, prevenção e assistência aos usuários do SUS, é essencial articular ações intersetoriais.

Este estudo é um instrumento útil, pois serve como ferramenta de apoio ao planejamento e gestão da Saúde em Barra Velha como também em municípios com características demográficas semelhantes.

A partir dos resultados é possível investir em políticas públicas populacionais que reduzam os fatores de risco e aumentem os fatores de proteção para doenças crônicas e assim impactando positivamente na redução da morbimortalidade e na melhoria da qualidade de vida da população.

Um fator limitante para este estudo refere-se a comparação realizada entre a amostra do presente estudo, composta por

usuários da atenção básica e o inquérito nacional VIGITEL, provavelmente não apresentando equidade na variável socioeconômica.

REFERÊNCIAS

- 1-Baumgartel, C.; Onofrei, M.; Grillo, L. P.; Lacerda, L. L. V.; Mezadri, T. Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Vol. 11. Num. 38. p. 1-13. 2016.
- 2-Bell, J. A.; Kivimaki, M.; Batty, G. D.; Hamer, M. Metabolically healthy obesity: what is the role of sedentary behaviour? *Preventive Medicine*. Vol. 62. Num. 100. p. 35-37. 2014.
- 3-Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade. 2015a.
- 5-Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde. 2014b.
- 6-Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
- 7-Brasil. Ministério da Saúde. PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2015b.
- 8-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013: Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
- 9-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde. 2014a.

10-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentos regionais brasileiros. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. 2015c.

11-Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. 160p.

12-Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. 160p.

13-CONAB. Companhia Nacional de Abastecimento. Acompanhamento da safra brasileira de grãos. Vol. 1. Num. 1. 2013.

14-Dunstan, D. W.; Barr, E. L.; Healy, G. N.; Salmon, J.; Shaw, J. E.; Balkau, B.; Magliano, D. J.; Cameron, A. J.; Zimmet, P. Z. Owen, N. Television viewing time and mortality: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Circulation*. Vol. 121. Num. 3. p. 384-391. 2010.

15-Guarda, F. R. B.; Silva, R. N.; Feitosa, Nascimento, M. N.; Santos Neto, P. M.; Araújo Júnior, J. L. A. C. Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. Vol. 20. Num. 6. p. 638-640. 2015.

16-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: dados básicos - Estimativa 2015.

17-Inoue, S.; Sugiyama, T.; Takamiya, T.; Oka, K.; Owen, N.; Shimomitsu, T. Television viewing time is associated with overweight/obesity among older adults, independent of meeting physical activity and health guidelines. *J. Epidemiol*. Vol. 22. Num. 1. p. 50-56. 2011.

18-Malta, D.C.; Silva Junior, J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Vol. 22. Num. 1. p.151-164. 2013.

19-Malta, D. C.; Silva, J. B. Policies to promote physical activity in Brazil. *Lancet*. Vol. 380. Num. 9838. p. 195-196. 2012.

20-Malta, D. C.; Dimech, C. P. N.; Moura, L.; Silva Junior, J. B. Balanço do primeiro ano de implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde*. Vol. 22. Num. 1. p. 171-178. 2013.

21-Malta, D. C.; Oliveira, T. P.; Santos, M. A. S.; Andrade, S. S. C.A.; Silva, M. M. A. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Vol. 25. Num. 2. p. 373-390. 2016a.

22-Malta, D. C.; Santos, M. A. S.; Stopa, S. R.; Vieira, J. E. B.; Melo, E. A.; Reis, A. A. C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Vol. 21. Num. 2. p. 327-338. 2016b.

23-Malta, D. C.; Silva Junior, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Vol. 22. Num. 1. p. 151-164. 2013.

24-Moura, E. C.; Silva, A. S.; Malta, D. C.; Moraes Neto, O. L. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 27. Num. 3. p. 486-496. 2011.

25-NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19,2 million participants. *The*

Lancet. Vol. 387. Num. 10026. p. 1377-1396. 2016a.

26-NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. The Lancet, USA. Vol. 387. Num. 10027. p. 1513-1530. 2016b.

27-Ribeiro, A.G.; Cotta, R. M. M.; Ribeiro, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ciênc. Saúde Coletiva. Vol. 17. Num. 1. p. 7-17. 2012.

28-Wijndaele, K.; Brage, S.; Besson, H.; Khaw, K. T.; Sharp, S. J.; Luben, R.; Wareham, N. J.; Ekelund, U. Television viewing time independently predicts all-cause and cardiovascular mortality: the EPIC Norfolk study. Int J Epidemiol. Vol. 40. Num. 1. p. 150-159. 2011.

29-World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization. 2005.

30-World Health Organization. WHO Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. Geneva: World Health Organization. 2014b.

31-World Health Organization. WHO Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization. 2014a.

32-Yokota, R. T. C.; Vasconcelos, T. F.; Ito, M. K.; Dutra, E. S.; Baiochi, K. C.; Merchán-Hamann, E.; Lopes, E. B.; Barbosa, R. B. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em duas regiões do Distrito Federal. Comun Ciênc Saúde. Vol. 18. Num. 4. p. 289-296. 2007.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Fonte de financiamento

PIBIC/CNPq.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí sob protocolo 343.139.

Recebido para publicação em 18/12/2017

Aceito em 11/03/2018