

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E OS CONHECIMENTOS DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO
DE SAÚDE DE UMA FACULDADE DO RECIFE SOBRE OS FATORES DE RISCO PARA
DOENÇAS CRÔNICAS

THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND THE KNOWLEDGE OF HEALTH GRADUATION
STUDENTS OF A RECIFE COLLEGE ON THE RISK FACTORS FOR CHRONIC DISEASES

Clara Teodoro de Melo^{1,2}, Marília Evelyn Santos de Lima², Ângela Melo de Holanda Arcoverde²,
Tereza Rebecca de Melo e Lima³, Karina Reis de Melo Lopes⁴

Instituição:

¹ Aluna bolsista do Programa Institucional de Iniciação Científica da Faculdade Pernambucana de Saúde, Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife – PE, Brasil.

² Alunas de graduação em Medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife – PE, Brasil.

³ Coordenadora de Tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife-PE, Brasil.

⁴ Departamento de Cardiologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife – PE, Brasil.

Correspondência:

Clara Teodoro de Melo

Rua Silveira de Carvalho, 71, apto 501, Tamarineira. Recife, Pernambuco. Brasil.

CEP 52110-060

E-mail: ctdemelo@gmail.com

Telefone: (55) 81 99794-1880

RESUMO

Objetivo: identificar os hábitos de vida e os conhecimentos dos estudantes de cursos de graduação em áreas de saúde de uma faculdade particular no Recife quanto aos fatores de risco modificáveis para doenças crônicas (diabetes mellitus, hipertensão, AIDS, osteoporose, câncer de pulmão, depressão, cirrose, infarto agudo do miocárdio) transmissíveis e não transmissíveis.

Métodos: trata-se de um estudo observacional transversal descritivo com 260 estudantes de graduação dos cursos da área de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde no Recife, Pernambuco, Brasil. Os dados foram colhidos através de questionário com duas etapas. Primeiramente, conhecimento de perfil antropométrico e hábitos de vida dos estudantes. Após, baseado em Borges, questionou-se sobre relação entre fatores de risco modificáveis (sedentarismo, tabagismo, etilismo, má alimentação) e oito comorbidades classificadas como doenças crônicas. Os dados foram digitados na planilha do MS Excel 2016 e para os cálculos estatísticos utilizou-se o IMB SPSS na versão 23. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Este estudo está baseado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FPS com CAAE nº73335717.1.0000.5569.

Resultados: a amostra consistiu em 260 estudantes, com maioria do curso de Medicina, do sexo feminino, faixa etária entre 18 e 19 anos e etnia branca. Quanto ao índice de massa corpórea predominou o grupo de estudantes eutróficos. Mais de metade da amostra referiu consumir bebidas alcólicas e consumir alimentos saudáveis, porém, a minoria afirmou ser tabagista. Constatou-se, preponderantemente, dificuldades dos estudantes no conhecimento sobre a relação entre o etilismo e o tabagismo como fatores de risco para doenças crônicas. Dentre outros fatores de risco pesquisados, foi estatisticamente significativo a relação positiva entre o sedentarismo com o consumo de alimentos saudáveis. **Conclusão:** a identificação de riscos modificáveis para susceptibilidade às doenças crônicas, especialmente as não transmissíveis, nessa população específica, pode representar uma maneira de antecipar e evitar que os malefícios propostos se apresentem. Além disso, estes riscos podem ser evitados ou minimizados com orientações e condutas simples, devendo fazer parte do arsenal de conhecimento de um estudante da área de saúde visto que, futuramente, estes irão atuar como transmissores de informações e práticas saudáveis à população geral. É necessário um maior conhecimento e atitudes positivas da população universitária dos cursos de saúde sobre a importância das doenças crônicas na qualidade de vida da população brasileira.

Descritores: doenças crônicas; fatores de risco; estudantes.

ABSTRACT

Objective: to identify the life habits and the knowledge of undergraduate students in health areas of a private college in Recife regarding modifiable risk factors for chronic diseases (diabetes mellitus, hypertension, AIDS, osteoporosis, lung cancer, depression, cirrhosis, acute myocardial infarction), which are transmissible and non-transmissible. **Methods:** this is a cross-sectional, observational, descriptive study with 260 undergraduate students attending health courses at the Pernambuco Health School in Recife, Pernambuco, Brazil. Data were collected through a two-step questionnaire. Firstly, knowledge of the anthropometric profile and habits of the students. After, based on Borges, questioned about the relation between modifiable risk factors (sedentarism, smoking, alcoholism, poor diet) and eight comorbidities classified as chronic diseases. The data was entered in the MS Excel 2016 worksheet and the SPSS IMB was used for the statistical calculations in version 23. All the tests were applied with 95% confidence. This study is based on Resolution 466/2012 of the National Health Council and was approved by the Research Ethics Committee of the FPS with CAAE nº73335717.1.0000.5569. **Results:** the sample consisted of 260 students with the majority of the medical course, female, 18-19 years of age and white. As to the body mass index, the group of eutrophic students predominated. More than half of the sample reported consuming alcoholic beverages and consuming healthy food, but the minority claimed to be a smoker. Preponderantly, students' difficulties in knowing about the relationship between alcoholism and smoking as risk factors for chronic diseases were found. Among other risk factors surveyed, the positive relationship between the sedentary lifestyle and the consumption of healthy foods was statistically significant. **Conclusion:** the identification of modifiable risks for susceptibility to chronic diseases, especially non-transmissible diseases, in this specific population may represent a way to anticipate and prevent the proposed harm. In addition, these risks can be avoided or minimized with simple guidelines and behaviors, and should be part of the knowledge arsenal of a health student since, in the future, these will act as transmitters of healthy information and practices to the general population. It is necessary a greater knowledge and positive attitudes of the university population of the courses of health on the importance of the chronic diseases in the quality of life of the Brazilian population. **Descriptors:** chronic diseases; risk factors; students.

INTRODUÇÃO

Doença crônica é um termo utilizado na área de saúde que significa um conjunto de condições incuráveis, que podem ser relacionadas a múltiplas causas, possuem ou não início gradual, prognóstico incerto, de longa ou infinita duração. Seu curso clínico pode mudar ao longo do tempo, com a possibilidade de existir períodos de agudização e podendo levar à incapacidades¹. O conjunto de doenças crônicas abordados neste estudo (diabetes, hipertensão arterial, AIDS, osteoporose, câncer de pulmão, depressão, cirrose hepática, infarto agudo do miocárdio) serão divididas em dois grupos: as doenças crônicas transmissíveis (DCT) – AIDS; e, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - diabetes, hipertensão arterial, osteoporose, câncer de pulmão, depressão, cirrose hepática, infarto agudo do miocárdio¹.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença causada pela infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) que ataca o sistema imunológico do indivíduo e pode permanecer na fase crônica por um longo período, onde, um dos fatores que contribuem para esse cenário consiste na terapia antirretroviral, diminuindo a morbimortalidade dos infectados². A osteoporose é caracterizada pela redução da massa óssea e deterioração da microestrutura deste sistema, com diminuição crônica de cálcio nos ossos, gerando fragilidade e maior susceptibilidade a fraturas^{3,4}. Por sua vez, a cirrose é considerada a principal doença crônica do fígado, sendo definida como um processo de substituição do tecido hepático saudável, por nódulos anormais circundados por fibrose podendo levar a perda de função⁵.

A depressão é uma doença crônica, frequente e recorrente⁶ que pode ser caracterizada como transtorno depressivo maior, pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), elaborado pela American Psychiatric Association (APA)⁷ com sintomas de humor deprimido, perda de interesse em fazer as coisas, podendo haver perda ou ganho de peso, insônia, fadiga, indecisão e ideias suicidas. As doenças cardiovasculares, consideradas DCNT, podem decorrer da hipertensão arterial crônica e predispor ao infarto agudo do miocárdio, conforme Sociedade Brasileira de Cardiologia em sua diretriz de 2015⁸. O câncer, segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)⁹, é um conjunto de doenças que podem ser crônicas, decorrentes da malignidade devido ao crescimento desordenado de células, é multifatorial e com alta morbimortalidade¹⁰. O câncer de pulmão, o mais comum dos tumores malignos, é altamente letal e está relacionado ao consumo de derivados de tabaco, sendo uma das principais causas de morte evitáveis no mundo¹¹.

As DCNT são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países¹² e abrangem quatro grupos de doenças: cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, doenças pulmonares crônicas e câncer¹³. Essas doenças têm grande impacto em saúde pública e estão em destaque nas sociedades em transição epidemiológica, onde a longevidade da população aumenta¹⁴. Essa característica se observa na população brasileira onde a expectativa

de vida da população no ano de 2015 alcançou os 75 anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁵.

As DCNT possuem fatores de risco semelhantes que podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Os primeiros, compõem o estilo de vida do indivíduo e são exemplificados por tabagismo, alcoolismo, alimentação, estresse e atividade física. Já os fatores não modificáveis, são idade, raça, sexo e hereditariedade¹⁶. Como o próprio nome revela, os fatores de risco modificáveis refletem a qualidade de vida da população relacionados a aspectos ajustáveis do cotidiano e da conscientização de cada um sobre sua própria saúde¹⁷. Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade, no ano de 2013, houveram 72,6 % de mortes derivadas das DCNT¹⁸, o que transparece uma população com dificuldades em modificar seus hábitos de vida e/ou com informações deficientes a respeito dessas doenças, seus fatores de risco e prevenção.

A população universitária da área de saúde é composta, em sua maioria, por jovens que possuem um papel ambivalente em relação essas doenças. Por um lado, representam o público alvo de campanhas de prevenção das DCT e DCNT pois precisam iniciar a ideia de hábitos saudáveis de vida o mais precoce possível a fim de minimizar os efeitos dos fatores não modificáveis das doenças¹⁹. Entretanto, por cursarem graduações da área de saúde, têm o dever de promover atitudes positivas, disseminando o interesse, a prevenção e a participação da população geral visando um envelhecimento saudável²⁰. Estes universitários, representam uma parcela dos jovens adultos brasileiros que estão expostos precocemente a praticamente todos os fatores modificáveis e preveníveis para as DCT e DCNT, como o tabagismo, alcoolismo, obesidade, má alimentação, sedentarismo e estresse²¹.

Dentro dessa perspectiva, um estudo que aborda a prevalência dos fatores de risco relacionando com a idade e nível socioeconômico, seis em dez adolescentes apresentam, pelo menos, dois fatores de risco para as DCNT e, com o aumento da idade, esses valores tornam-se ainda maiores²². Visto que, muitas doenças advindas das DCT e DCNT são resultantes de hábitos iniciados durante a juventude e podem ser precocemente prevenidos ou amenizados²³, o repasse de conhecimento para a população através dos estudantes da saúde deve estar em consonância com a promoção de saúde, imprescindível para ter uma vida saudável, como é preconizado pelo Ministério da Saúde Brasileiro²⁴.

Além disso, a forma com que esses jovens adultos cuidam da própria saúde, com observação de seus hábitos de vida saudáveis pode proporcionar um maior conhecimento acerca da qualidade de vida desses futuros profissionais da saúde. O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico, hábitos e conhecimentos de estudantes de cursos de graduação em saúde sobre os fatores de risco para DCNT.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal descritivo com 260 estudantes de graduação dos cursos de Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Psicologia da Faculdade

Pernambucana de Saúde (FPS), localizada na cidade do Recife. Foram incluídos no trabalho todos os estudantes devidamente matriculados no primeiro ano da FPS, nos cursos de graduação supracitados, de acordo com a secretaria acadêmica. Foram excluídos do trabalho todos os estudantes com matrícula irregular e similares ocorridos no primeiro ano de faculdade.

Os dados foram coletados na FPS, no período entre setembro de 2017 a maio de 2018, através de questionário autoaplicável, de caráter voluntário, individual, confidencial e único, entregue presencialmente aos participantes. O instrumento de coleta dos dados compõe-se de duas etapas: a primeira corresponde a sete questões de múltipla escolha, para conhecimento de perfil antropométrico (idade, peso, altura, índice de massa corpórea, sexo e cor), seguido de indagações sobre os hábitos de vida (questões sobre tabagismo, atividade física, alimentação saudável) dos estudantes. A segunda parte do instrumento consistiu de 32 questões de múltipla escolha, com quatro fatores de risco modificáveis (sedentarismo, tabagismo, etilismo, má alimentação) e oito comorbidades classificadas como doenças crônicas. Estas, quando relacionadas corretamente com os fatores de risco recebem pontuação 01 (um). Esta segunda parte do questionário, foi baseado em Borges²², em um estudo similar quanto aos riscos modificáveis para a predisposição a doenças crônicas, bem como seu padrão de respostas corretas baseadas na literatura, referenciadas na Tabela 1²⁵⁻⁴⁹. Neste padrão de respostas, indica-se as conexões corretas entre os fatores de risco para DCT e DCNT, sendo consideradas como existentes “sim” ou não existentes “não”. Foi realizada validação semântica de conteúdo em estudo piloto com estudantes que não fizeram parte desta pesquisa.

Os resultados foram expressos através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e as estatísticas: média, desvio padrão e mediana das variáveis numéricas. Para avaliar associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada. Na comparação entre categorias, em relação às variáveis numéricas, foi utilizado o teste de Mann-Whitney no caso de duas categorias e, o teste Kruskal-Wallis caso de mais de duas categorias. Em sendo diferenças significativas pelo teste de Kruskal-Wallis foram utilizados testes de comparações múltiplas do referido teste. Ressalta-se que a escolha dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foi devido à ausência de normalidade dos dados. A verificação da normalidade foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk. A margem de erro utilizada nos testes estatísticos foi 5,0%. Os dados foram digitados na planilha MS Excel e, o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 23.

Este estudo está baseado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Houve aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FPS (CEP-FPS), CAAE nº73335717.1.0000.5569. Houve completo sigilo das informações e opiniões fornecidas pelos participantes. Não houve patrocínio ou apoio por parte de nenhuma instituição. Dessa forma, não houve conflitos de interesses.

RESULTADOS

O total da amostra obtida nos resultados foi de 260 estudantes, sendo 161 (61,9%) do curso de Medicina e 99 (38,1%) dos cursos de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Psicologia. Dessa quantidade total de alunos, 125 (48,1%) estavam do primeiro período e 135 (51,9%) do segundo período, ambos do primeiro ano de curso.

Com relação ao gênero do total de estudantes, 199 (76,5%) eram mulheres, 140 (53,8%) pertenciam a faixa etária entre 18 e 19 anos e 178 (68,5%) relataram ser de etnia branca.

Com significância estatística ($p=0,005$), foi considerada a relação entre os 161 (61,9% do total) estudantes do curso de Medicina, com o gênero, visto que, 114 (57,3%) eram do sexo feminino, 47 (77%) do sexo masculino e, nos demais cursos, do total de 99 estudantes, 85 (42,7%) eram mulheres e 14 (23%) homens.

Concernente ao Índice de Massa Corporal (IMC), calculado através dos dados autorrelatados de peso (kg) e altura (m), do total de estudantes, 188 (72,3%) alunos estavam com escore entre $18,5\text{kg/m}^2$ a $24,99\text{kg/m}^2$, correspondente ao eutrofismo porém, 28 (10,8%) estavam classificados como desnutridos ($<18,50\text{kg/m}^2$), 35 (13,5%) com sobrepeso ($25,00\text{kg/m}^2$ a $29,99\text{kg/m}^2$) e, 9 (3,5%) com obesidade ($\geq 30\text{kg/m}^2$). Dentre os eutróficos, foram considerados estatisticamente significantes ($p=0,001$) a relação entre o sexo e o IMC sendo, 149 (74,9%) eram do sexo feminino e 39 (63,9%) do sexo masculino. Em conformidade, a maioria dos estudantes agrupados como desnutridos, com sobrepeso e os com obesidade eram também do sexo feminino.

Segundo os hábitos de vida, 176 (67,7%) afirmaram consumir bebidas alcóolicas, 5 (1,9%) serem tabagistas, 155 (59,6%) praticarem atividades físicas e 149 (57,3%) consumirem alimentos saudáveis no cotidiano. Foi considerada estatisticamente relevante ($p=0,074$) a ligação entre o etilismo e o gênero dos estudantes visto que, 47 (77%) eram homens e 129 (64,8%) mulheres. Igualmente, foi estatisticamente relevante ($p=0,048$) a relação entre o sexo do estudante e a prática de atividades físicas, onde 43 (70,5%) dos que responderam positivamente eram do sexo masculino e 112 (56,3%) do sexo feminino.

A Tabela 2 indica os resultados sobre associação dos fatores de risco com a possibilidade de desenvolvimento de DCT e DCNT. Foram consideradas relevantes a quantidade de resposta errôneas sobre a relação entre não praticar atividade física com possibilidade de surgimento do câncer de pulmão, onde 207 (79,6%) do total (260 estudantes) erraram a assertiva. Quanto a associação entre tabagismo com o aparecimento de diabetes mellitus, 216 (83,1%) do total de estudantes responderam equivocadamente sobre esta relação. Concernente a ligação entre ser etilista com surgimento de diabetes mellitus, AIDS, osteoporose e câncer de pulmão, a maioria do total de estudantes responderam erroneamente as assertivas relacionadas, com 107 (41,2%), 253 (97,3%), 205 (78,8%), 225 (86,5%) erros, respectivamente. Referente ao vínculo entre ter alimentação inadequada com o aparecimento de câncer de pulmão, 215 (82,7%) do total de

estudantes erraram o questionamento, assim como, entre a relação com cirrose, onde 128 (49,2%) pessoas indicaram respostas erradas.

De acordo com a Tabela 3, que relaciona as estatísticas de respostas certas (1 ponto cada assertiva correta) com o perfil demográfico, classificação do IMC e hábitos de vida dos estudantes, foi considerado estatisticamente relevante ($p=0,031$) a ligação entre o sexo dos estudantes e seu conhecimento sobre o tabagismo como fator de risco para doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis onde, a média de acertos foi de 5,33 pontos (DP \pm 1,06; Mediana 6,0) para o sexo masculino e, 4,98 pontos (DP \pm 1,17; Mediana 5,0). Igualmente considerado relevante estatisticamente ($p= 0,051$), a conexão entre a etnia dos estudantes e o conhecimento sobre o tabagismo, havendo média de 4,97 pontos (DP \pm 1,17; Mediana 5,0) para brancos e média de 5,27 pontos (DP \pm 1,11; Mediana 5,0) para outras etnias.

No que diz respeito entre a relação da má alimentação e ser do curso de Medicina, houve associação positiva, a média de pontos foi de 6,09 (DP \pm 1,03; Mediana 6,0) enquanto os demais cursos, a média correspondeu a 5,88 pontos (DP \pm 0,99; Mediana 6,0). Interligando o conhecimento sobre sedentarismo e o período cursado pelo estudante, foi relevante estatisticamente ($p=0,007$), obtendo a média de 6,07 pontos (DP \pm 1,21; Mediana 6,0) para os alunos do primeiro período do curso, enquanto os que cursam o segundo período, obtiveram a média de 6,45 pontos (DP \pm 0,90; Mediana 7,0).

Também relacionados ao período cursado, foi estatisticamente relevante ($p=0,079$) o conhecimento acerca do etilismo como fator de risco para DCNT e DCT, com média de 3,67 pontos (DP \pm 1,45; Mediana 4,0) para estudantes do primeiro período e média de 4,01 pontos (DP \pm 1,51; Mediana de 4,0) do segundo período de curso. Tratando-se sobre a associação entre o IMC do estudante e o conhecimento quanto ao etilismo como fator de risco para DCT e DCNT, houve significância estatística ($p=0,007$), com média de 3,43 pontos (DP \pm 1,35; Mediana 3,0) para desnutrição, média de 3,78 pontos (DP \pm 1,54; Mediana 4,0) para considerados eutróficos, média de 4,43 pontos (DP \pm 1,33; Mediana 5,0) para sobrepeso e, média de 4,44 pontos (DP \pm 0,53; Mediana 4,0) para obesidade. Sobre a associação entre o conhecimento acerca do sedentarismo e o consumo de alimentos saudáveis dos estudantes, houve relevância estatística ($p=0,011$), com média de pontos de 6,43 (DP \pm 0,89; Mediana 7,0) para os que referiam ter alimentação saudável e média de 6,05 pontos (DP \pm 1,26; Mediana 6,0) para os que negaram.

DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi de 260 estudantes da área de saúde, sendo 161 (61,9%) pessoas do curso de Medicina. Desse total, a maioria 114 (57,3%) foi constituída pelo sexo feminino, achado semelhante ao Nascimento⁵⁰, com 64,5% de mulheres dentre os 152 estudantes de Medicina. Segundo pesquisa do IBGE⁵¹ do ano de 2013, as mulheres são maioria no Brasil, correspondendo a 51,4% da população, podendo, conseqüentemente, favorecer sua prevalência no ensino superior.

Em um estudo feito por Ribeiro⁵², 2015, foi visto que dos 136 estudantes universitários estudados, 52 eram mulheres e que, dessas, 61,5% apresentavam peso adequado para altura, considerado eutróficas. No presente estudo, a maioria dos quem compunha o grupo de estudantes eutróficos era do sexo feminino (74,9%). Essa relação pode ser presente devido ao maior conhecimento dietético obtido pelas mulheres no decorrer da vida.

De acordo com o IMC, no grupo de estudantes eutróficos (18,5kg/m² a 24,99 kg/m²), a maioria dos quem compunha esse grupo era sexo feminino (74,9%). Conforme Ribeiro⁵², 2015, que realizou um estudo com 136 estudantes universitários (Direito, Engenharia de Produção, Engenharia Civil e Educação Física), perceberam que dentre as 52 mulheres estudadas, 61,5% apresentavam peso para altura adequados, considerados eutróficos, desta forma percebe-se que pode haver relação entre mulheres do curso de saúde com maior conhecimento dietética.

A associação entre etilismo e gênero masculino já foi relatada previamente. Ramis⁵³, num estudo feito com 485 estudantes, constatou que 74,5% dos homens eram declaradamente etilistas, achado semelhante ao de nosso estudo, onde 77% também afirmou ter esse hábito. Percebeu-se equivalência de resultados entre os dois estudos onde, encontra-se alto percentual de etilismo entre estudantes com uma necessidade de mudança de hábitos.

Houve relevância estatística nesta pesquisa, entre o gênero do total dos estudantes com o consumo autodeclarado de bebidas alcólicas onde, 77% de homens que afirmaram serem etilistas. Com semelhança, em estudo de Ramis⁵³, com 485 estudantes e a maioria do total de homens (74,5%) consumia bebidas alcoólicas. Percebeu-se equivalência de resultados entre os dois estudos onde, encontra-se alto percentual de etilismo entre estudantes com uma necessidade de mudança de hábitos.

Considerou-se estatisticamente relevante, neste estudo, a ligação entre o sexo dos estudantes e a prática de atividades físicas, onde 43 (70,5%) dos homens referiram se exercitar. De acordo com Castro Júnior⁵⁴, dos 409 homens estudantes de medicina de seu estudo, 222 (54,3%) referiram praticar exercícios físicos, tendo como motivação a estética corporal. Assim, em ambas as pesquisas se constatou que a prevalência de estudantes masculinos ativos e conscientes da importância de seus benefícios para saúde.

Na Tabela 2 desta pesquisa, na assertiva que associa a falta de atividade física com a possibilidade de ter câncer de pulmão, segundo o padrão de respostas corretas, foi observado que 207 (79,6%) dos 260 estudantes erraram o questionamento. Segundo Borges²², em pesquisa que avalia o conhecimento de uma população com 340 mil habitantes, na cidade de Pelotas-RS, 83,3% das pessoas também responderam erroneamente, concordando com os resultados obtidos neste trabalho. De acordo com Tardon²⁸, um estudo de metanálise sobre a associação entre atividade física de lazer e câncer de pulmão, há correlação entre práticas de exercícios e proteção contra o câncer de pulmão. É preocupante que estudantes iniciantes da área de saúde não identifiquem nos exercícios físicos seus benefícios contra doenças crônicas do aparelho

respiratório, necessitando de maior conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis para DCT e DCNT.

Para a Associação Americana de Diabetes (ADA)⁵⁵, os fumantes apresentam maiores níveis de cortisol plasmático, além de existirem receptores nicotínicos no pâncreas que podem reduzir a liberação de insulina e, também, estudos em animais apontam que a nicotina pode induzir disfunção e apoptose das células beta, culminando na diabetes mellitus. Foi constatado neste estudo que a assertiva a qual associa o tabagismo com diabetes mellitus recebeu um baixo número de acertos, onde 216 (83,1%) dos estudantes afirmaram não haver relação entre estes dois critérios, achado semelhante ao de Borges²² que, das 340 mil pessoas pesquisadas, também não consideraram essa relação como verdadeira. Desta forma, a alta porcentagem de erro nesta associação demonstra que há pouco conhecimento do estudante ingressante acerca tabagismo como fator de risco para diabetes mellitus.

Foi constatado neste estudo que a assertiva a qual associa o tabagismo com diabetes mellitus recebeu um baixo número de acertos, onde 216 (83,1%) dos estudantes afirmaram não haver relação entre estes dois critérios. Conforme o já mencionado Borges²², para 76,2%, das 340 mil pessoas pesquisadas, essa associação também não foi considerada verdadeira, portanto erraram a indagação. Para a Associação Americana de Diabetes (ADA)⁵⁵, os fumantes apresentam maiores níveis de cortisol plasmático, além de existirem receptores nicotínicos no pâncreas que podem reduzir a liberação de insulina e, também, estudos em animais apontam que a nicotina pode induzir disfunção e apoptose das células beta. Desta forma, a alta porcentagem de erro nesta associação demonstra que há pouco conhecimento do estudante ingressante acerca tabagismo como fator de risco para diabetes mellitus.

O etilismo influencia no aparecimento de DCT e DCNT. Conforme a ADA⁵⁵, o alcoolismo crônico aumenta o nível de hemoglobina glicada, deixando susceptível ao desenvolvimento da diabetes. Segundo Bryant,³⁸ a associação positiva entre etilismo e AIDS decorre do comportamento de risco apresentado pelo etilista, prejudicando a cognição e favorecendo a comportamentos desinibidos, além de ser o alcoolismo uma droga inicial para uso de outras que podem aumentar o risco de exposição direta do HIV, como drogas injetáveis. Kim,⁵⁶ no ano de 2003, mostrou que o consumo crônico de álcool induz baixa densidade óssea no trocânter do fêmur, predispondo a osteoporose. Ainda, Chao⁴⁰ relatou que o álcool é comprovadamente carcinogênico, mas de acordo com Wünsch Filho⁵⁷, o mecanismo fisiopatológico não é completamente conhecido. Em nosso estudo, quando os estudantes foram questionados acerca da relação entre diabetes mellitus, AIDS, osteoporose e câncer de pulmão com o etilismo, em todas estas morbidades houve grande margem de erro, concordando com o referido por Borges²², onde mais da metade dos pesquisados também erraram estas associações.

Acerca da relação entre diabetes mellitus, AIDS, osteoporose e câncer de pulmão, com o fator de risco modificável etilismo, em todas estas morbidades os estudantes do presente estudo tiveram grande margem de erro, concordando com o referido por Borges²², onde mais da metade dos

pesquisados erraram estas associações, possivelmente, devido à falta de divulgação midiática acerca dos malefícios da bebida alcóolica, obstante nos casos de cirrose e acidentes de trânsito. Na ligação entre etilismo e diabetes mellitus, conforme o ADA,⁵⁵ o alcoolismo crônico aumenta o nível de hemoglobina glicada, deixando susceptível ao desenvolvimento da diabetes. Segundo Bryant,³⁸ a associação positiva entre etilismo e AIDS decorre do comportamento de risco apresentado pelo etilista, prejudicando a cognição e favorecendo a comportamentos desinibidos, além de ser o alcoolismo uma droga inicial para uso de outras que podem aumentar o risco de exposição direta do HIV, como drogas injetáveis.

Na relação entre etilismo e osteoporose, segundo Kim,⁵⁶ no ano de 2003, o estudo concluiu que o consumo crônico de álcool induz baixa densidade óssea no trocânter do fêmur. Referente a ligação entre etilismo e câncer de pulmão, para Chao,⁴⁰ o álcool é comprovadamente carcinogênico, porém, de acordo com Wünsch Filho,⁵⁷ este refere que o mecanismo fisiopatológico do álcool no desenvolvimento do câncer não é completamente conhecido. Desta forma, é necessário mais pesquisas relacionadas a essa ligação.

A respeito do vínculo entre a má alimentação com o surgimento de câncer de pulmão, mais de oitenta por cento do total dos estudantes desta pesquisa responderam erradamente o questionamento, visto que existe relação entre esses dois fatores. Conforme Borges²², 75,6% da população estudada também responderam equivocadamente à questão, afirmando que a população em geral reconhece o tabagismo como fator de risco principal para câncer de pulmão, deixando de associar o câncer com outros fatores. Para o Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁵⁸, existem evidências científicas que mostram que o consumo de frutas, legumes e verduras conferem proteção contra o câncer.

Dentre os fatores de risco para a cirrose, a alimentação inadequada não pertence ao rol de causas que a constituem⁵⁹. Em nosso estudo, 49,2% dos estudantes desta pesquisa referiram equivocadamente haver relação entre os dois fatores, achado semelhante ao de Borges²², no qual 42,2% dos pesquisados também associaram inadequadamente esta relação.

Referente à ligação entre alimentação inadequada, com o aparecimento de cirrose, 49,2% dos estudantes desta pesquisa referiram equivocadamente haver relação entre os dois fatores. Para Borges²², 42,2% dos pesquisados também associaram inadequadamente esta relação. No entanto, segundo literatura⁵⁹, dentre os fatores de risco para a cirrose, a alimentação inadequada pertence ao rol de causas que a constituem.

De acordo com a Tabela 3, houve relevância estatística sobre o conhecimento acerca do tabagismo e o gênero feminino. Esta relação pode ser entendida devido ao maior consumo mundial de cigarros entre a população masculina em detrimento à das mulheres, conforme estudo de Paes⁶⁰, no ano de 2016. Para Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)⁶¹, em 2017, 7,5% das mulheres com mais de 18 anos, no Brasil, são fumantes. Desta forma, observa-se que, percentualmente, o conhecimento pode contribuir com o menor percentual de mulheres fumantes.

Acerca do conhecimento sobre o tabagismo relacionado com a etnia dos estudantes do presente estudo, foi visto que etnias não brancas obtiveram maior média de acertos sobre essa relação. Apesar disso, segundo Kuhnen⁶², 34,2% das 720 pessoas autodeclaradas não brancas, com média de idade entre 20 e 59 anos, afirmaram ser tabagistas. Desta forma, para Borges,²² apesar dos estudantes terem conhecimento, só isto isoladamente não é suficiente para promover modificações de hábitos de vida.

Em nosso estudo, pertencer ao curso de Medicina indicou um maior conhecimento sobre a má alimentação como fator de risco modificável para DCT e DCNT. Contudo, segundo Prado,⁶³ 41,1% dos estudantes de saúde pesquisados consomem doces frequentemente, com destaque para os de Medicina que consomem quatro ou mais dias na semana. Percebe-se que embora os estudantes tenham conhecimento sobre alimentação inadequada, a maioria destes não os aplicam no cotidiano.

Conectando o conhecimento sobre o sedentarismo com o período cursado pelos estudantes desta pesquisa, houve maior conhecimento entre essa relação e estar no segundo período do curso. Apesar de existir maior conhecimento, de acordo com Castro Júnior⁵⁴, 52,3% dos estudantes do início do curso de Medicina se autorreferem como sedentários, agravando este cenário no decorrer do curso, sendo justificado este panorama devido à falta de tempo do estudante por causa da densa grade curricular, pois, apesar do conhecimento com o decorrer do curso, aumentam também a carga de afazeres, diminuindo o tempo disponível para atividades físicas.

Conectando o conhecimento sobre o sedentarismo com o período cursado pelos estudantes desta pesquisa, foi estatisticamente relevante essa associação onde, os alunos do segundo período demonstraram maior conhecimento desta relação. Conforme o autor anteriormente mencionado, Castro Júnior,⁵⁴ 52,3% dos estudantes do início do curso de Medicina se autorreferem como sedentários agravando este cenário no decorrer do curso, sendo justificado este panorama devido à falta de tempo do estudante por causa da densa grade curricular pois, apesar do conhecimento com o decorrer do curso, aumentam também a carga de afazeres, diminuindo o tempo disponível para atividades físicas.

Assim como no achado encontrado anteriormente, prevaleceu tendo maior conhecimento os estudantes do segundo período a respeito do etilismo. Apesar de existir maior conhecimento, Ramis⁵³ demonstrou que do total de 485 estudantes, 340 relataram consumir bebidas alcoólicas, sendo que 315 (92,6%) afirmaram terem iniciado o consumo antes de adentrarem no curso de ensino superior e posteriormente, mais 25 estudantes passaram a compor esse grupo. Isso mostra que, embora os estudos adquiram maior aprendizado no decorrer do curso, o maior conhecimento não é suficiente para reduzir, ou estagnar, a proporção de usuários de bebidas alcoólicas.

Assim como no conhecimento sobre o sedentarismo, prevaleceu tendo maior conhecimento os estudantes do segundo período, porém sobre etilismo, sendo relevantes estatisticamente. Para o

autor já citado Ramis,⁵³ do total de 485 estudantes, 340 relataram consumir bebidas alcoólicas, sendo que 315 (92,6%) afirmaram terem iniciado o consumo antes de adentrarem no curso de ensino superior e posteriormente, mais 25 estudantes passaram a compor esse grupo. Embora adquiram maior aprendizado após ingressarem na faculdade a proporção de usuários de bebidas alcólicas aumenta mesmo ganhando conhecimento.

Com relação ao conhecimento sobre o etilismo, sua conexão com o IMC dos estudantes foi considerada estatisticamente significativa neste trabalho, onde os classificados como obesos demonstraram maior conhecimento sobre a relação. Para Guimarães,⁶⁴ o consumo de álcool tem associação positiva com a obesidade abdominal, principalmente nos homens. Desta forma, constata-se que diferentemente do esperado, os alunos com maior conhecimento sobre esta relação foram considerados também com maior IMC, havendo discrepância entre o padrão antropométrico e maior informação.

Em nosso estudo, foi observado que os alunos que afirmaram ter boa alimentação possuem mais informações sobre a ligação entre sedentarismo e alimentação saudável. Mendes⁶⁵ constatou que hábitos alimentares inadequados e baixos níveis de atividades físicas eram prevalentes entre estudantes de cursos da área de saúde. Consonante a este pensamento, para Balbinot,⁶⁶ sobre legislação acerca das DCNT em três países da América do Sul, afirma que a obesidade está relacionada a uma dieta de alimentos altamente energéticos, gordurosos e ricos em açúcar associada a uma forte tendência ao sedentarismo, devido as mudanças de hábitos desta população. Assim, os conhecimentos sobre o sedentarismo pelos estudantes de saúde são condizentes com seus hábitos saudáveis e relevantes para prevenção contra DCT e DCNT.

Houve relação estatisticamente relevante, neste estudo, entre o conhecimento do sedentarismo, com o consumo de alimentos saudáveis pelos estudantes, onde foi observado que os alunos que afirmaram ter boa alimentação possuem mais informações sobre esta ligação. Segundo Mendes⁶⁵, foi verificado hábitos alimentares inadequados e baixo níveis de atividades físicas entre estudantes de cursos da área de saúde. Consonante a este pensamento, para Balbinot,⁶⁶ sobre legislação acerca das DCNT em três países da América do Sul, afirma que a obesidade está relacionada a uma dieta de alimentos altamente energéticos, gordurosos e ricos em açúcar associada a uma forte tendência ao sedentarismo, devido as mudanças de hábitos desta população. Logo, os conhecimentos sobre o sedentarismo pelos estudantes de saúde são condizentes com seus hábitos saudáveis e relevantes para prevenção contra DCT e DCNT.

CONCLUSÃO

Concernente ao tema deste trabalho, diante do alerta mundial promovido, no ano de 2005, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto a crescente magnitude das DCNT no mundo, as quais podem ser preveníveis, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, visto que o país foi um dos que se comprometeram em deter o crescimento desse grupo de

doenças. O Plano visa prevenir e controlar as DCNT através de três eixos estruturais: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral. De acordo com o Censo de 2010, VIGITEL e PNS, das oito metas propostas pelo Plano, cinco delas estão sendo atingidas, porém, ainda há dificuldades na contenção do crescimento da obesidade em adultos⁶⁷.

A identificação de riscos modificáveis para susceptibilidade às doenças crônicas, especialmente as não transmissíveis, nessa população específica, pode representar uma maneira de antecipar e evitar que os malefícios propostos se apresentem. Além disso, estes riscos podem ser evitados ou minimizados com orientações e condutas simples, devendo fazer parte do arsenal de conhecimento de um estudante da área de saúde visto que, futuramente, estes irão atuar como transmissores de informações e práticas saudáveis à população geral. É necessário um maior conhecimento e atitudes positivas da população universitária dos cursos de saúde sobre a importância das doenças crônicas na qualidade de vida da população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [capturado em 17 Agos 2018]:28. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf
2. Seben G, Gauer GJC, Giovelli GRM, Vieira RG. Adultos jovens portadores de HIV: análise dos processos subjetivos no enfrentamento da doença. *Psic: revista da Vetor Editora* [on line]. 2008. 9(1) [capturado 17 ago 2018]: 63-72. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n1/v9n1a08.pdf>
3. Neumann AICP, Shirasu MM, Goldfeder AJ, Ribeiro AB. Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e se seus fatores de risco. Secretaria de Saúde do Estado de São

- Paulo. 2008. 3 [capturado 17 Ago 2018]:45. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/cartilha_agsaude08.pdf
4. Gali JC. Osteoporose. *Acta ortop. bras.* [on line]. 2001. 9(2) [capturado 17 ago 2018]: 53-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522001000200007&lng=en.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 224, de 26 de março de 2014. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. [capturado 17 ago. 2018]. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-osteoporose-2014.pdf>
 6. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA et al. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression. *Revista brasileira de psiquiatria.* [on line]. 2009. 31 Suppl 1 [capturado 17 ago 2018]: S7–S17. Disponível em: <https://doi.org/S1516-44462009000500003>
 7. APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. [on line]. 2014. [acesso em 2017 mar 01]; Disponível em: <https://doi.org/1011769780890425596>
 8. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq. Bras. Cardiol.* [on line]. 2015. 105(2 Suppl 1) [capturado 17 ago 2018]: 1-121. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015003000001&lng=en.
 9. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer – O que é. [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Brasil. [capturado 17 ago. 2018]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>
 10. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, Moura L, Silva GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* [on line]. 2015. 18(Suppl 2) [capturado 17 ago 18]: 146-157. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600146&lng=en.
 11. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer – Tipos de câncer- Pulmão. [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Brasil. [capturado 17 ago. 2018]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>.
 12. Malta DC, Moura L, Padro RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [on line]. 2014. 23(4) [capturado 17 ago. 2018]; 599-608. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222014000400599&script=sci_abstract&tlng=pt
 13. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet* [on line]. 2010. 376(9755) [capturado 17 ago. 2018]; 1861-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21074258>
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. [Online]. 2006 [capturado 17 ago. 2018]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>
 15. Brasil. Estatística IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Online]. 2016 [Acesso em 15 abr 2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadavida/2015/defaulttab_ods.shtm
 16. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. [Online]. 2008 [Acesso em 18 abr 2017]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/CARTILHA_AGSAUDE08.pdf

17. Bonotto GM, Mendoza RAM, Susin LRO. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva* [on line]. 2016. 21(1) [capturado 17 ago. 2018]; 293-302. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100293&lng=pt.
18. Padilha MA, Oliveira CM, Figueiró AC. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. *Saúde Debate* [on line]. 2015. 39(105) [capturado 17 ago. 2018]; 375-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00375.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Hábitos saudáveis evitam doenças crônicas. [Online] [capturado 17 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/28698-habitos-saudaveis-evitam-doencas-cronicas>
20. Marcondelli P, Costa THC, Schmitz BAS. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. *Rev. Nutr.* [on line]. 2008. 21(1) [capturado 17 ago. 2018]; 39-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000100005&script=sci_abstract&tlng=pt
21. Correia B., Cavalcante E; Santos E. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. *Revista Brasileira de Clínica Médica* [on line]. 2009. 8 [capturado 17 ago. 2018]; 25-29. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16208.pdf>
22. Borges TT, Rombaldi AJ, Knuth AG, Hallal PC. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [on line]. 2009. 25(7) [capturado 17 ago. 2018]; 1511-1520. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700009&lng=en
23. Ferreira JS, Aydos RD. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. *Ciênc. saúde coletiva* [on line]. 2010. 15(1) [capturado 17 ago. 2018]; 97-104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100015
24. Brasil. Ministério da Saúde. Estatísticas [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil. [captura 18 ago. 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/svs/28741-ministerio-da-saude-lanca-plataforma-exclusiva-para-promocao-a-saude>
25. Bassuk SS, Manson JE. Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *J Appl Physiol* 2005; 99:1193-204.
26. American College of Sports Medicine. Position Stand. Physical activity, physical fitness, and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 1993; 25:i-x.
27. Sinaki M. Exercise and osteoporosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1989; 70:220-9.
28. Tardon A, Lee WJ, Delgado-Rodriguez M, Dosemeci M, Albanes D, Hoover R, et al. Leisure-time physical activity and lung cancer: a meta-analysis. *Cancer Causes Control* 2005; 16:389-97.
29. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. *Prev Med* 2008; 46:397-411.
30. Sofi F, Capalbo A, Cesari F, Abbate R, Gensini GF. Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15:247-57.

31. Will JC, Galuska DA, Ford ES, Mokdad A, Calle EE. Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2001; 30:540-6.
32. Westman EC. Does smokeless tobacco cause hypertension? *South Med J* 1995; 88:716-20.
33. Hoidrup S, Prescott E, Sørensen T, Gottschau A, Lauritzen JB, Schroll M, et al. Tobacco smoking and risk of hip fracture in men and women. *Int J Epidemiol* 2000; 29:253-9.
34. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; 315:980-8.
35. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* 2003; 290:86-97.
36. Howard AA, Arnsten JH, Gourevitch MN. Effect of alcohol consumption on diabetes mellitus: a systematic review. *Ann Intern Med* 2004; 140:211-9.
37. Beilin LJ, Puddey IB. Alcohol and hypertension: na update. *Hypertension* 2006; 47:1035-8.
38. Bryant KJ. Expanding research on the role of alcohol consumption and related risks in the prevention and treatment of HIV/AIDS. *Subst Use Misuse* 2006; 41:1465-507.
39. Bikle DD. Effects of alcohol abuse on bone. *Compr Ther* 1988; 14:16-20.
40. Chao C. Associations between beer, wine, and liquor consumption and lung cancer risk: a metaanalysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007; 16:2436-47.
41. Madden JS. Alcohol and depression. *Br J Hosp Med* 1993; 50:261-4.
42. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, Torchio P. Metaanalysis of alcohol intake in relation to risk of liver cirrhosis. *Alcohol Alcohol* 1998; 33:381-92.
43. Biyik I, Ergene O. Alcohol and acute myocardial infarction. *J Int Med Res* 2007; 35:46-51.
44. Steyn NP, Mann J, Bennett PH, Temple N, Zimmet P, Tuomilehto J, et al. Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. *Public Health Nutr* 2004; 7:147-65.
45. Srinath Reddy K, Katan MB. Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases. *Public Health Nutr* 2004; 7:167-86.
46. Atkinson SA, Ward WE. Clinical nutrition: 2. The role of nutrition in the prevention and treatment of adult osteoporosis. *CMAJ* 2001; 165:1511-4.
47. Ziegler RG, Mayne ST, Swanson CA. Nutrition and lung cancer. *Cancer Causes Control* 1996; 7:157-77.
48. Alpert JE, Fava M. Nutrition and depression: the role of folate. *Nutr Rev* 1997; 55:145-9.
49. Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *JAMA* 2002; 288:2569-78.
50. Nascimento, HCF, Ferreira Júnior WA, Silva AMTC, Carvalho IGM, Bastos GCFC et al. Análise dos Níveis de Empatia de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* [on line]. 2018. 42(1) [capturado 19 ago 2018]; 152-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n1/0100-5502-rbem-42-01-0152.pdf>
51. Brasil. Governo do Brasil. Mulheres são maioria da população e ocupam mais espaço no mercado de trabalho. [homepage na internet]. Brasília: Governo do Brasil, Brasil. [captura 18 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/mulheres-sao-maioria-da-populacao-e-ocupam-mais-espaco-no-mercado-de-trabalho>
52. Ribeiro R, Vital B, Souza A, Silva P, Carloti V et al. Prevalência de excesso de peso em universitários de uma faculdade particular do município de Praia Grande, SP. *Revista Eletrônica Acadêmica Interinstitucional* [on line]. 2015. 8(18) [capturado em 19 ago. 2018]. Disponível em: http://www.fals.com.br/revela18/ed18/Rafael_Ribeiro.pdf
53. Ramis TR, Mielke GI, Habeyche EC, Oliz MM, Azevedo MR et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Rev. bras.*

- epidemiol. [on line]. 2012. 15(2) [capturado 19 ago. 2018]: 376-385. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200015&lng=en.
54. Castro Júnior EF, Barreto LA, Oliveira JAA, Almeida PC, Leite JAD. Avaliação do nível de atividade física e fatores associados em estudantes de medicina de Fortaleza-CE. Rev. Bras. Ciênc. Esporte [on line]. 2012. 34(4) [captura 19 ago. 2018]: 955-967. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892012000400011&lng=en.
55. Oliveira JEP, Foss-Freitas MC, Montenegro Júnior RM, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017. [captura 17 ago. 2018]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
56. Kim MJ, Shim MS, Kim MK, Lee Y, Shin YG et al. Effect of Chronic Alcohol Ingestion on Bone Mineral Density in Males without Liver Cirrhosis. Korean J Intern Med [on line]. 2003. 18(3) [capturado 19 ago 2018]: 174-180. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4531624/>
57. Wünsch Filho V. Consumo de bebidas alcoólicas e risco de câncer. REVUSP [Internet]. 2013 [captura 21 ago. 2018]; (96):37-6. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/52255>
58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil/Ministério da Saúde, Secretariat e Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. -Rio de Janeiro: INCA, 2006. Instituto Nacional de Câncer. [captura 17 ago. 2018] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf
59. Vivian H, Silva TJA, Silva ASF, Silva LFF, Alves VAF. Cirrose hepática: aspectos morfológicos relacionados às suas possíveis complicações. Um estudo centrado em necropsias. J. Bras. Patol. Med. Lab. [on line]. 2005. 41(1): 29-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442005000100008&lng=en.
60. Paes NL. Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos. Ciênc. saúde coletiva [on line]. 2016. 21(1) [capturado em 19 ago. 2018]: 53-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100053&lng=pt.
61. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Brasil. [capturado 17 ago. 2018]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo
62. Kuhnen M, Boing AF, Oliveira MC, Longo GZ, Njaine K. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. Rev. bras. epidemiol. [on line]. 2009. 12(4) [capturado 19 ago 2018]: 615-626. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400011&lng=en.
63. Paixão LA, Dias RMR, Prado WL. Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área de saúde do Recife/PE. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde [on line]. 2010. 15(3) [capturado 19 ago 2018]: 145-150. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/21447/17955>

64. Guimarães NS, Nemer ASG, Fausto MA. Influência do consumo de álcool nas alterações antropométricas: uma revisão sistemática. *Nutr. clín. diet. hosp.* [on line]. 2013. 33(3) [capturado 19 ago 2018]: 68-76. Disponível em: DOI: 10.12873/333sernizon
65. Mendes MLM, Silva FR, Messias CMBO, Carvalho PGS, Silva TFA. Hábitos alimentares e atividade física de universitários da área de saúde do município de Petrolina-PE. *Tempus, actas de saúde colet* [on line]. 2016. 10(2) [capturado 19 ago 2018]. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1669/1633>
66. Balbinot RAA. Diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade: análise da legislação na Argentina, no Brasil e na Colômbia. 2014. *R. Dir. sanit.* 15(2) [capturado 19 ago 2018]: 91-107. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/88360/91236>
67. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). [Online] [capturado 17 ago. 2018]. Disponível em: <http://portalmis.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>

TABELAS, GRÁFICOS E ABREVIATURAS

Tabela 1. Associações entre fatores de risco e morbidades consideradas como existentes (sim) ou não existentes (não) conforme a literatura científica.

Morbidade	Sedentarismo	Tabagismo	Consumo abusivo de álcool	Alimentação inadequada
Diabetes	Sim ²⁵	Sim ³¹	Sim ³⁶	Sim ⁴⁴

Hipertensão	Sim ²⁶	Sim ³²	Sim ³⁷	Sim ⁴⁵
AIDS	Não	Não	Sim ³⁸	Não
Osteoporose	Sim ²⁷	Sim ³³	Sim ³⁹	Sim ⁴⁶
Câncer de pulmão	Sim ²⁸	Sim ³⁴	Sim ⁴⁰	Sim ⁴⁷
Depressão	Sim ²⁹	Não	Sim ⁴¹	Sim ⁴⁸
Cirrose	Não	Não	Sim ⁴²	Não
Infarto agudo do miocárdio	Sim ³⁰	Sim ³⁵	Sim ⁴³	Sim ⁴⁹

Nota: a numeração ao lado de cada “sim” é referente à literatura selecionada.

Tabela 2. Resultados das questões sobre fatores de risco modificáveis para doenças crônicas no grupo total de pesquisados.

Você acha que:	Resposta							
	Errada		Certa		Desconhece		Ignorado	
	n	% ⁽¹⁾	n	% ⁽¹⁾	n	% ⁽¹⁾	n	% ⁽¹⁾
Falta de atividade física pode causar:								
DM	27	10,4	231	88,8	-	-	2	0,8
HAS	16	6,2	240	92,3	1	0,4	3	1,2
AIDS	3	1,2	251	96,5	-	-	6	2,3
Osteoporose	52	20,0	202	77,7	-	-	6	2,3
Câncer de pulmão	207	79,6	42	16,2	2	0,8	9	3,5
Depressão	29	11,2	228	87,7	-	-	3	1,2
Cirrose	58	22,3	193	74,2	1	0,4	8	3,1
Infarto agudo do miocárdio	16	6,2	243	93,5	-	-	1	0,4
Tabagismo pode causar:								
DM	216	83,1	35	13,5	1	0,4	8	3,1
HAS	78	30,0	170	65,4	1	0,4	11	4,2
AIDS	3	1,2	253	97,3	-	-	4	1,5
Osteoporose	133	51,2	116	44,6	1	0,4	10	3,8
Câncer de pulmão	5	1,9	255	98,1	-	-	-	-
Depressão	149	57,3	100	38,5	-	-	11	4,2
Cirrose	65	25,0	185	71,2	2	0,8	8	3,1
Infarto agudo do miocárdio	50	19,2	203	78,1	1	0,4	6	2,3
Etilismo pode causar:								
DM	107	41,2	143	55,0	-	-	10	3,8
HAS	85	32,7	163	62,7	1	0,4	11	4,2
AIDS	253	97,3	3	1,2	-	-	4	1,5
Osteoporose	205	78,8	50	19,2	-	-	5	1,9

Câncer de pulmão	225	86,5	28	10,8	-	-	7	2,7
Depressão	66	25,4	189	72,7	-	-	5	1,9
Cirrose	11	4,2	249	95,8	-	-	-	-
Infarto agudo do miocárdio	74	28,5	176	67,7	-	-	10	3,8
Alimentação inadequada pode causar:								
DM	6	2,3	254	97,7	-	-	-	-
HAS	11	4,2	248	95,4	-	-	1	0,4
AIDS	3	1,2	254	97,7	-	-	3	1,2
Osteoporose	39	15,0	218	83,8	-	-	3	1,2
Câncer de pulmão	215	82,7	40	15,4	1	0,4	4	1,5
Depressão	78	30,0	180	69,2	-	-	2	0,8
Cirrose	128	49,2	126	48,5	-	-	6	2,3
Infarto agudo do miocárdio	17	6,5	242	93,1	-	-	1	0,4

(1) Os valores percentuais foram obtidos do número total de 260 pesquisados.

Tabela 3. Estatísticas do total de respostas corretas em cada hábito analisado segundo o perfil demográfico, classificação do IMC e hábitos de vida dos alunos pesquisados

Variável	Sedentarismo Media ± DP (Mediana)	Tabagismo Media ± DP (Mediana)	Etilismo Media ± DP (Mediana)	Má alimentação Media ± DP (Mediana)
Faixa etária				
18 a 19	6,29 ± 0,96 (6,00)	5,03 ± 1,16 (5,00)	3,81 ± 1,43 (4,00)	5,99 ± 1,00 (6,00)
20 a 22	6,14 ± 1,31 (6,00)	4,99 ± 1,14 (5,00)	3,71 ± 1,43 (4,00)	6,07 ± 0,95 (6,00)
23 ou mais	6,43 ± 0,99 (7,00)	5,30 ± 1,18 (6,00)	4,17 ± 1,71 (4,00)	5,98 ± 1,19 (6,00)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,477	p ⁽¹⁾ = 0,184	p ⁽¹⁾ = 0,200	p ⁽¹⁾ = 0,901
Sexo				
Masculino	6,43 ± 0,97 (7,00)	5,33 ± 1,06 (6,00)	4,03 ± 1,46 (4,00)	6,02 ± 1,09 (6,00)
Feminino	6,22 ± 1,10 (6,00)	4,98 ± 1,17 (5,00)	3,79 ± 1,50 (4,00)	6,01 ± 1,00 (6,00)
Valor de p	p ⁽²⁾ = 0,109	p⁽²⁾ = 0,031*	p ⁽²⁾ = 0,143	p ⁽²⁾ = 0,570
Etnia				
Branco	6,29 ± 1,04 (6,00)	4,97 ± 1,17 (5,00)	3,79 ± 1,54 (4,00)	6,03 ± 0,99 (6,00)
Não branco	6,22 ± 1,15 (6,00)	5,27 ± 1,11 (5,00)	3,99 ± 1,37 (4,00)	5,95 ± 1,09 (6,00)
Valor de p	p ⁽²⁾ = 0,716	p ⁽²⁾ = 0,051	p ⁽²⁾ = 0,220	p ⁽²⁾ = 0,709

Curso				
Medicina	6,34 ± 1,07 (7,00)	5,11 ± 1,17 (5,00)	3,76 ± 1,58 (4,00)	6,09 ± 1,03 (6,00)
Outros cursos	6,16 ± 1,09 (6,00)	4,99 ± 1,14 (5,00)	4,00 ± 1,32 (4,00)	5,88 ± 0,99 (6,00)
Valor de p	p ⁽²⁾ = 0,100	p ⁽²⁾ = 0,421	p ⁽²⁾ = 0,161	p⁽²⁾ = 0,084
Período				
1 ^o	6,07 ± 1,21 (6,00)	4,98 ± 1,12 (5,00)	3,67 ± 1,45 (4,00)	5,91 ± 1,05 (6,00)
2 ^o	6,45 ± 0,90 (7,00)	5,15 ± 1,18 (5,00)	4,01 ± 1,51 (4,00)	6,10 ± 0,98 (6,00)
Valor de p	p⁽¹⁾ = 0,007*	p ⁽¹⁾ = 0,210	p⁽¹⁾ = 0,079	p ⁽¹⁾ = 0,151
IMC				
Desnutrição (< 18,50)	6,00 ± 1,19 (6,00)	4,64 ± 1,16 (5,00)	3,43 ± 1,35 (3,00) ^(A)	5,89 ± 1,03 (6,00)
Eutrofia (18,50 a 24,99)	6,27 ± 1,13 (6,00)	5,06 ± 1,18 (5,00)	3,78 ± 1,54 (4,00) ^(A)	6,01 ± 1,04 (6,00)
Sobrepeso (25,00 a 29,99)	6,46 ± 0,70 (7,00)	5,29 ± 0,99 (5,00)	4,43 ± 1,33 (5,00) ^(B)	6,03 ± 0,89 (6,00)
Obesidade (≥ 30,00)	6,44 ± 0,53 (6,00)	5,56 ± 0,88 (6,00)	4,44 ± 0,53 (4,00) ^(AB)	6,22 ± 0,97 (6,00)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,379	p⁽¹⁾ = 0,090	p⁽¹⁾ = 0,007*	p ⁽¹⁾ = 0,922
Tabagismo				
Sim	6,00 ± 1,00 (6,00)	5,60 ± 1,14 (6,00)	5,00 ± 2,55 (5,00)	5,40 ± 0,89 (6,00)
Não	6,27 ± 1,08 (6,00)	5,05 ± 1,16 (5,00)	3,83 ± 1,46 (4,00)	6,02 ± 1,02 (6,00)
Valor de p	p ⁽²⁾ = 0,436	p ⁽²⁾ = 0,336	p ⁽²⁾ = 0,122	p ⁽²⁾ = 0,137
Etilismo				
Sim	6,29 ± 0,94 (6,00)	5,14 ± 1,10 (5,00)	3,93 ± 1,42 (4,00)	6,02 ± 1,05 (6,00)
Não	6,23 ± 1,31 (7,00)	4,92 ± 1,25 (5,00)	3,69 ± 1,61 (4,00)	5,98 ± 0,96 (6,00)
Valor de p	p ⁽²⁾ = 0,613	p ⁽²⁾ = 0,216	p ⁽²⁾ = 0,266	p ⁽²⁾ = 0,409
Atividade física				
Sim	6,32 ± 1,05 (7,00)	5,02 ± 1,15 (5,00)	3,83 ± 1,48 (4,00)	6,02 ± 1,05 (6,00)
Não	6,20 ± 1,11 (6,00)	5,13 ± 1,16 (5,00)	3,88 ± 1,50 (4,00)	5,99 ± 0,97 (6,00)
Valor de p	p ⁽²⁾ = 0,334	p ⁽²⁾ = 0,514	p ⁽²⁾ = 0,811	p ⁽²⁾ = 0,542
Alimentação saudável				

Sim	6,43 ± 0,89 (7,00)	5,05 ± 1,19 (5,00)	3,85 ± 1,50 (4,00)	6,03 ± 0,97 (6,00)
Não	6,05 ± 1,26 (6,00)	5,09 ± 1,11 (5,00)	3,86 ± 1,48 (4,00)	5,98 ± 1,08 (6,00)
Valor de p	p⁽²⁾ = 0,011*	p ⁽²⁾ = 0,724	p ⁽²⁾ = 0,654	p ⁽²⁾ = 0,744

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1) Através do teste Kruskal-Wallis com comparações do referido teste

(2) Através do teste Mann-Whitney.

Obs. Se as letras entre parênteses são distintas se comprova diferenças significativas entre as categorias do IMC correspondentes.

Abreviaturas

ADA	American Diabetes Association
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Artigo formatado segundo normas da Revista Brasileira de Educação Médica.

Site: <http://www.scielo.br/revistas/rbem/pinstruc.htm>

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Envio de manuscritos](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da **ABEM**, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol

Envio de manuscritos

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do site da Revista (<https://med4.manuscriptcentral.com/rbem-scielo>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,2 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração sequencial de todas as páginas.

Não serão publicadas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa.

Para a submissão de artigos será cobrada uma taxa de R\$ 200,00. Estão isentos desta taxa os sócios adimplentes da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)

O pagamento deverá ser realizado através de depósito identificado com o CPF do autor na seguinte conta:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA
BANCO DO BRASIL
AG. 0578-2
C/C 4373-7
CNPJ: 29212628 0001-32

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado pela secretaria da RBEM quanto ao formato. Caso não obedeça os padrões descritos abaixo (forma e padrão de manuscritos), o artigo será devolvido ao autor para correção e nova submissão. Se o original obedecer aos padrões ele será encaminhado ao Editor Chefe da RBEM que avaliará se o artigo faz parte da temática da revista e encaminhá-lo aos Editores Associados e estes para dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da qualidade científica do trabalho. Os pareceristas têm um prazo de 30 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 60 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. Para custear a revisão gramatical tanto de língua portuguesa como inglesa (abstract), por revisor especializado e contratado pela revista, será cobrada uma taxa de R\$ 800,00. Se o autor desejar publicar seu artigo integralmente na língua inglesa será cobrada uma taxa de R\$ 1.500,00 para a tradução. Se o artigo já for submetido em inglês, será cobrada uma taxa de R\$ 800,00 pra revisão gramatical. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhadas para publicação.

Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave.

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaio - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Relatório de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.

3. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

4. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e keywords.

5. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras

6. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 30 palavras, - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 15 palavras)

- Número e Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo e deverá ter no máximo 06 (seis) autores. Caso ocorra a necessidade de exceder esse número, isso deverá ser justificado no início do artigo. **Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.**

- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.

- Resumo de no mínimo 300 palavras e no máximo 500 palavras. Deve ter versão em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo em inglês.

Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário DECS - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do MESH - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.

No caso de pesquisas que tenham envolvimento direto ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxxx1 (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional.

Exemplos:

Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3):58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crescentes? Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 Jan. 2009]; 38-43. Disponível em: http://www.educacomedica.org.br/Users/Res/File/reforma_curricular.pdf

Livro

Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro: 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos

Camargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios Campos

MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CEB nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A biblioteca da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrita.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, após a aprovação do artigo, deverão encaminhar por email (rbem_abem@gmail.com), a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovo para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após Janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do Inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisas que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/conflicts>)