

Diagnóstico de Saúde dos Trabalhadores em uma Empresa Agropecuária do Vale do São Francisco: Um relato de experiência**Diagnosis of Workers' Health in an Agricultural Company in the São Francisco Valley: Experience report**

DOI:10.34117/bjdv6n7-127

Recebimento dos originais: 03/06/2020

Aceitação para publicação: 07/07/2020

Diogo Siqueira Leite

Médico. Especialista em Medicina da família e comunidade.

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco/FCM-UPE, Recife-PE, Brasil.

E-mail: Diogo.siqueira.leite@gmail.com

Viviane de Araújo Gouveia

Enfermeira. Doutora em Inovação Terapêutica.

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória/UFPE-CAV, Vitória de Santo Antão-PE, Brasil.

E-mail: vivi_gouveia@yahoo.com.br

Wellington Manoel da Silva

Enfermeiro. Residente em Saúde da Família, Pós-graduando em Urgência e Emergência, Unidade de Terapia Intensiva e Saúde Pública.

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória/UFPE-CAV, Vitória de Santo Antão-PE, Brasil.

E-mail: wellington-manoel@outlook.com

RESUMO

Identificar o perfil de saúde ampliada dos trabalhadores em uma empresa Agropecuária do Vale do São Francisco. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência de um estágio, vivenciado por meio do Programa de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade, com abordagem qualitativa, desenvolvido em dois polos de uma empresa agropecuária no Estado de Pernambuco. Durante o estágio foi realizada coleta de dados secundários a partir da consulta ao banco de informações socioeconômicas, ambientais e de saúde referentes a 400 trabalhadores. A experiência do estágio possibilitou identificar que a maioria dos trabalhadores da empresa correspondeu ao sexo masculino, com média de idade de 33 anos, classificaram-se como não brancos, com renda de 1 salário mínimo. Quanto às comorbidades, a maioria referiu problemas dentários (79,2%), Hipertensão (8,6%), Problemas renais (8,6%). Em relação aos hábitos de risco à saúde, a maioria referiu Etilismo (52,6%) e Sedentarismo (46,2%). Quanto ao acesso ao serviço de saúde, cerca de 70% dos pesquisados informaram que utilizam o Serviço Único de Saúde (SUS). A maioria dos trabalhadores apresentaram acesso ao SUS para atendimento de saúde. Porém, os indivíduos utilizavam a combinação entre o uso do SUS e o sistema privado. para atendimentos relacionados aos serviços odontológicos.

Palavras-chave: Diagnóstico da situação de saúde, Promoção da saúde, Saúde do Trabalhador, Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

To identify the expanded health profile of workers in an Agricultural company in the São Francisco Valley. A descriptive study, of the experience report type of a practical internship, lived through the Medical residency program in Family and Community Medicine, with a qualitative and quantitative approach, developed in two centers of an agricultural company in the State of Pernambuco. During the internship, secondary data were collected through consultation with the bank of socioeconomic, environmental and health information for 400 workers. The experience of the internship made it possible to identify that the majority of the company's workers were male, with an average age of 33 years old, classified as non-white, with an income of 1 minimum wage. As for comorbidities, most reported dental problems (79.2%), hypertension (8.6%), kidney problems (8.6%). In relation to health risk habits, the majority referred to Ethics (52.6%) and Sedentarism (46.2%). As for access to the health service, about 70% of respondents reported that they use the Unified Health Service (SUS). Most of the workers presented access to SUS for health care. However, individuals used the combination between the use of SUS and the private system. for services related to dental services.

Keywords: Diagnosis of Health Situation, Health Promotion, Occupational Health, Family Practice.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é classificada como peça estrutural da Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste modelo de atenção é necessário que haja sincronia entre as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Para isso, é preciso articulação intersetorial com a finalidade de viabilizar a coerência com o princípio da integralidade do SUS, e assim garantir oferta satisfatória à demanda, melhorando a seleção de ações de promoção à saúde (RIBEIRO et al., 2012; MELLO; VIANA, 2012; QUEIROGA et al., 2020). Portanto, nesse objetivo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a utilização do diagnóstico comunitário como ferramenta fundamental no processo de planejamento e implantação das equipes multiprofissionais (RIBEIRO et al., 2012).

O diagnóstico é primordial para o conhecimento do território e reflexão sobre o cenário de saúde da comunidade com o objetivo de identificar problemas; Estabelecer prioridades; Observar fatores que limitam o desenvolvimento das atividades; Instituir diretrizes para a definição de ações a serem implementadas, e sobretudo esclarecer a realidade da comunidade através de dados que possam fomentar o planejamento adequado das ações de saúde (RIBEIRO et al., 2012; BRASIL, 2002). O diagnóstico de saúde apresenta como vantagens: o fortalecimento do vínculo entre usuários e a Unidade Básica de Saúde (UBS), a promoção de informações necessárias para a organização e qualidade da oferta dos serviços de acordo com as reais necessidades da demanda, o subsídio à vigilância dos fatores de risco, situações de vulnerabilidade e avaliação da situação de saúde, além de permitir o acompanhamento contínuo da realidade local, com intuito de averiguar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2010; BRASIL, 2002). Portanto, este estudo tem a finalidade de relatar uma experiência acadêmica vivenciada durante um estágio curricular na disciplina de Saúde do Trabalhador, e desta forma, contribuir com a identificação do perfil de saúde ampliada dos

trabalhadores, a fim de, realizar um planejamento de ações específicas para a promoção da saúde desta comunidade.

2 MÉTODOS

O presente estudo possui caráter descritivo, trata-se de um Relato de Experiência, cuja proposta é a de compartilhar com outros profissionais e estudantes uma vivência prática durante um estágio prático ocorrido durante o Programa de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade, vivenciado em uma Empresa Agropecuária do Vale do São Francisco (ALMEIDA LHRB et al., 2007). Nas estratégias de investigação aplicadas neste estudo, utilizou-se métodos mistos, com enfoque na abordagem quali-quantitativa, devido à complexidade da amostra. Neste tipo de abordagem, o objetivo do pesquisador é estudar o objeto e entender suas inter-relações com o ambiente no qual se insere, visto que, a metodologia quantitativa possibilita construir um dimensionamento do perfil demográfico, social e econômico da população estudada, além de possibilitar o estabelecimento e visualização de correlações entre possíveis influências nas temáticas estudadas. Enquanto que, com a metodologia qualitativa é possível incorporar o valor do significado e da intencionalidade, oferecendo dados que contribuem por possibilitar maior oportunidade de manifestação da subjetividade dos sujeitos da pesquisa (TABORDA; RANGEL, 2015).

O estágio foi desenvolvido em dois polos de uma empresa agropecuária nos municípios de Abaré (BA) e Belém do São Francisco (PE). Desta forma, obteve-se os dados por meio de uma coleta de dados secundários, realizada a partir da consulta de respostas a um formulário construído na plataforma *Google Forms*, com informações referentes a uma amostra de 400 trabalhadores. As informações foram coletadas no período de setembro a outubro de 2018. Foram relatadas as variáveis socioeconômicas: Sexo, cor da pele, nível de escolaridade, número de filhos, estado civil, renda mensal, tipo de transporte para o deslocamento ao trabalho, distribuição da água domiciliar, tipo de esgotamento sanitário domiciliar, destino do lixo e monitoramento da energia elétrica domiciliar. Além disso, foram observadas e estudadas as variáveis relacionadas às características autorreferidas de saúde como, presença de necessidades especiais, acesso à assistência médica e odontológica, ter sofrido acidentes de trabalho, comportamentos de risco à saúde e problemas autorreferidos de saúde (Queixas Odontológicas; Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Doença Renal; Diabetes Mellitus (DM); Acidente Vascular Cerebral (AVC); Asma; DPOC; Tuberculose e Câncer. Aplicou-se uma distribuição de frequência simples para melhor elucidação das respostas.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Por meio do acesso ao banco de dados gerado pelo formulário *online* para este diagnóstico de saúde dos 400 funcionários, foi possível observar que a maioria deles, correspondeu ao sexo masculino (79%), com média de 33 anos de idade, e média de quatro anos de trabalho na empresa. A maioria se auto declarou com cor da pele não branca (89,5%), sendo pardos, pretos e indígenas, analfabetos (41,8%), com renda mensal de 1 Salário Mínimo (SM) (84,5%), Solteiros (35,25%), possuem acesso à água encanada (95%) e clorada (75%), além de acesso à rede de esgoto (59%) como mostra a **Tabela 1**.

Tabela 1: Distribuição dos entrevistados avaliados quanto às características sociodemográficas. Brasil, 2019.

Características sociodemográficas	N	%
Sexo		
Masculino	316	79
Feminino	84	21
Cor da pele		
Não Brancos	358	89,5
Brancos	42	10,5
Nível de escolaridade		
Analfabetos	168	41,8
Ensino Fundamental Incompleto	141	35,2
Outros (Fundamental completo, ensino médio completo, superior completo e incompleto)	50	12,5
Ensino Médio Incompleto	42	10,5
Possui filhos		
Sim	287	71,75
Não	113	28,25
Estado civil		
Solteiros(as)	141	35,25
Casados(as)	133	33,25
União Estável	106	26,5
Divorciados(as) e Viúvos(as)	20	5
Renda Mensal		
1 SM	338	84,5
1 a 4 SM	61	15,25
4 a 10 SM	1	0,25
Tipo de transporte para deslocamento ao trabalho		
Ônibus	220	55
Carro	88	22
Moto, bicicleta e outros	80	20
Barco	52	13
Distribuição da água domiciliar		
Água encanada	380	95
Poço, Carro Pipa, Cisterna e outros	20	5
Tipo de tratamento da água que chega ao domicílio		
Cloração	300	75
Filtração	60	15
Sem tratamento	40	10
Tipo de esgotamento sanitário domiciliar		
Rede coletora de esgoto	236	59

Fossa séptica	128	32
Céu aberto	28	7
Fossa rudimentar	8	2
Destino do lixo		
Coleta direta em domicílio	312	78
Lixo queimado ou enterrado	72	18
Exposto a céu aberto	16	4
Monitoramento do uso da energia elétrica domiciliar		
Com Registro próprio	380	95
Com registro único para várias casas	20	5
Total	400	100

Fonte: Banco de dados da empresa. SM: Salário Mínimo

Em relação a distribuição dos trabalhadores quanto às características autorreferidas de saúde, a maioria negou necessidades especiais (95,75%) e informaram o uso da rede pública de saúde para assistência médica (67%), entretanto, para o acesso à assistência odontológica não houve diferença entre as frequências de indivíduos que buscaram a rede privada e os que buscaram a rede pública de saúde.

A maioria da amostra negou acidentes de trabalho (82%). Porém, 18% dos que sofreram acidentes desta natureza, relataram situações de queda, manuseio incorreto de máquinas e ferramentas, queimaduras, contaminação, intoxicação exógena e agressão por colega de trabalho. Em relação aos problemas de saúde autorreferidos, grande parte dos indivíduos já apresentou queixas odontológicas (79%). A maioria negou as comorbidades como, HAS, Problemas renais, transtornos mentais, Diabetes Mellitus (DM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), asma, DPOC, Tuberculose e Câncer. Do total de quatro gestantes cadastradas, metade não realizaram acompanhamento pré-natal.

Tabela 2: Distribuição dos entrevistados avaliados quanto às características autorreferidas de saúde. Brasil, 2019.

Características autorreferidas de saúde dos entrevistados	N	%
Possui necessidades especiais		
Não	383	95,75
Sim	17	4,25
Tipo de rede de saúde utilizada pelos entrevistados para assistência médica		
Rede pública	268	67
Rede pública e privada (misto)	96	24
Não sabe	36	9
Tipo de rede de saúde utilizada pelos entrevistados para assistência odontológica		
Rede pública	180	45
Rede privada	160	40
Rede pública e privada (misto)	48	12
Não sabe	12	3
Sofreu acidentes de trabalho		
Não	328	82
Sim	72	18

Comportamentos de risco à saúde		
Etilismo		
Sim	212	53
Não	188	47
Sedentarismo		
Não	216	54
Sim	184	46
Tabagismo		
Não	376	94
Sim	24	6
Problemas de saúde autorreferidos		
Queixas odontológicas		
Sim	316	79
Não	84	21
HAS		
Não	364	91
Sim	36	9
Problemas renais		
Não	364	91
Sim	36	9
Transtornos mentais		
Não	388	97
Sim	12	3
Diabetes mellitus		
Não	396	99
Sim	4	1
AVC		
Não	396	99
Sim	4	1
Asma		
Não	396	99
Sim	4	1
DPOC		
Não	398	95,5
Sim	2	0,5
Tuberculose		
Não	398	95,5
Sim	2	0,5
Câncer		
Não	398	95,5
Sim	2	0,5
Total	400	100

Fonte: Banco de dados da Empresa. AVC: Acidente Vascular Cerebral; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A Atenção Básica constitui o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde, representando a porta de entrada dos indivíduos, da família e da comunidade ao sistema nacional de saúde, onde os cuidados são prestados próximo possível aos domicílios e locais de trabalho dos usuários (BRASIL, 2002). Nesta perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo reorientar a prática assistencial com foco em uma assistência à saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social (KLEBA, et al., 2015). Nesse

contexto, a ESF tem contribuído com o aumento do número de pessoas que acessam os serviços de saúde. Essa estratégia também aumentou a aproximação entre a equipe de saúde com as condições de vida e saúde das pessoas e, como consequência, influenciou nos resultados positivos dos indicadores de saúde. Isto pode ser justificado por elaboração de diagnósticos e planejamentos mais próximos da realidade do usuário e da comunidade (RIBEIRO et al., 2012; MELLO; VIANA, 2012; BRASIL, 2010)

Sabe-se que a população rural vivência desigualdades socioeconômicas e geram consequências como o baixo índice de acesso à saúde e baixos níveis de escolaridade. Esses dados podem ser confirmados com os achados de uma pesquisa descritiva e transversal realizada em 2015, onde os autores apresentaram dados sobre os determinantes socioambientais na saúde da população rural e urbana brasileira (SOARES et al., 2015). Na pesquisa, as taxas de analfabetismo e baixa renda na população rural foram diretamente proporcionais, à semelhança dos resultados encontrados no presente estudo, onde foram identificados 41,5% de analfabetos na amostra e 84,5% dos pesquisados recebiam apenas 1 salário mínimo. Sobre o acesso domiciliar ao esgotamento sanitário, distribuição/tratamento da água e destino do lixo, embora a maioria da amostra deste estudo relatou acesso à água encanada com tratamento por cloração, esgotamento sanitário por rede coletora e coleta de lixo diretamente em domicílio, um percentual considerável não possui acesso a esses serviços.

Durante as atividades na empresa, alguns funcionários da informaram que a água para consumo era obtida por meio de poços artesianos e caminhões pipas com armazenagem em cisternas. Além disso, outro percentual significativo da amostra declarou que dispõe de água sem tratamento para consumo humano, e ainda fazem uso de fossa rudimentar, esgoto a céu aberto e destino inadequado do lixo. Embora esses dados tenham sido identificados na minoria das respostas, é importante enfatizar que a falta de distribuição de água encanada e clorada favorecem a contaminação durante o preparo dos alimentos e contribui com a incidência de doenças por veiculação hídrica, a exemplo da diarreia (PAZ et al., 2012; IMADA et al., 2016). Esse cenário também favorece o desenvolvimento do ciclo reprodutivo de vetores tais como o *Aedes aegypti*, principal responsável pela transmissão de doenças como Zika vírus, Febre Chikungunya e Dengue (SILVA et al., 2018). A prática de destinação inadequada do lixo através de queimadas, enterrando ou expondo o lixo à céu aberto está associada a infestações animais, tais como, insetos e roedores no domicílio - baratas, moscas e ratos, o que torna os cuidados de higiene ainda mais precários (IMADA et al., 2016).

Quanto aos comportamentos de risco à saúde, a maioria dos trabalhadores referiu etilismo (53%). De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, o etilismo está incluído no grupo de fatores de riscos modificáveis e está associado diretamente com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (SBC, 2010). Além da HAS, o etilismo também está associado às doenças crônicas como

Doença Renal Crônica (DRC), Doença Hepática Crônica (DHC) e Diabetes Mellitus (DM) (SBC, 2010; DANTAS et al., 2016). É possível que a maioria dos funcionários da empresa não tenham desenvolvido essas comorbidades, pois trata-se de um grupo considerada jovem, com média de 33 anos de idade. Segundo a literatura, as doenças não transmissíveis a exemplo da HAS, DHC, DRC e DM estão associadas aos grupos de indivíduos acima dos 60 anos de idade pois, nesta faixa etária há a redução da complacência dos vasos com diminuição de elasticidade e enrijecimento das artérias, que associados aos outros aspectos fisiopatológicos podem comprometer a função circulatória (ZATU et al., 2015; BAGYURA et al., 2014; RAPSOMINIKI et al., 2014; JIANG et al., 2014; SAJULIANE, 2009).

Embora a maioria dos trabalhadores tenha negado sedentarismo, um percentual considerável afirmou que não pratica exercício físico regularmente no tempo livre (46%). Sabe-se que a prática de atividades físicas reduz o risco de doenças cardiovasculares, a exemplo da Hipertensão (MARTINS et al., 2010). Esses dados corroboram com os resultados de um estudo realizado sobre a prática de atividade física baseados na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), que demonstrou a associação da prática de atividade física no tempo livre em indivíduos com alta escolaridade e renda (HALLAL et al., 2009; KNUTH et al., 2008; MALTA et al., 2015; MALTA et al., 2006), enquanto os demais domínios de atividade física no trabalho, atividade doméstica e no deslocamento são mais praticadas pelos trabalhadores negros, com menor nível de escolaridade e renda (FLORINDO et al., 2009) Portanto, esses dados sugerem uma discreta semelhança com os achados do presente relato, onde grande parte dos entrevistados se autodeclararam com cor da pele não branca, não sedentários, baixa escolaridade e, não utilizam carro próprio para deslocamento até o ambiente de trabalho.

4 CONCLUSÃO

O planejamento estratégico situacional pode contribuir de forma mais coerente nessa direção, enfatizando, ainda, a participação de todos os atores envolvidos na identificação dos problemas e na definição das prioridades de intervenção. Portanto, recomendam-se as seguintes sugestões para melhorias na promoção à saúde: Humanização do ambiente de trabalho; Mapeamento da rede de saúde para buscar uma articulação com as Redes de Atenção à saúde dos municípios nos quais residem os Colaboradores; Implementação da assistência à saúde de forma Interprofissional baseada nos princípios da Atenção Básica; Ações de vigilância à saúde para prevenir eventuais ascendências de arboviroses e doenças de veiculação hídrica; Estruturação e oferta do serviço odontológico frente aos altos níveis de queixas quanto aos problemas dentários pela população; Desenvolvimento de atividades pontuais e sistemáticas de Promoção à Saúde fomentando a participação da comunidade

estudada. Espera-se que esse diagnóstico possa auxiliar na construção do planejamento estratégico para implantação da Atenção Básica em Saúde aos Trabalhadores, sugerindo possíveis ações/intervenções que incluam a promoção da saúde a esses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- BAGYURA, Z., et al. Cardiovascular screening program in the Central Hungarian region. The Budakalász Study. **Orvosi hetilap**. 2014; 155(34):1344-1352.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- DANTAS, R. C. O., et al. Determinantes do controle da pressão arterial em homens assistidos na atenção primária à saúde. **Revista O Mundo da Saúde**. 2016; 40(2):249-256.
- FLORINDO, A. A. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors. **Journal of Physical Activity and Health**. 2009; 6:625-32.
- HALLAL, P.C. Tendências temporais de atividade física no Brasil (2006-2009). **Revista brasileira de epidemiologia**. 2011;14(Supl. 1):53-60.
- IMADA, K.S., et al. Fatores socioeconômicos, higiênicos e de saneamento na redução de diarreia na Amazônia. **Revista de Saúde Pública**. 2016; 50:1-11.
- JIANG, B., et al. Hypertension detection, management, control and associated factors among residents accessing community health services in Beijing. **Scientific reports**. 2014; 4:45-48.
- KLEBA, M.E., et al. Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na estratégia saúde da família. **Revista Grifos**. 2015; 38/39:159-177.
- KNUTH, A.G. Prática de atividade física em brasileiros: Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – 2008. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2011; 16(9):3697-3705.
- MALTA, D.C., et al. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2015; 20(3):713-25.
- MALTA, D.C. et al. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2009; 18(1):7-16.
- MARTINS, M. A. S. S., et al. Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2010; 94(5):639-44.

MELLO, G.A; Viana, A.L.D. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro: Manguinhos, 2012.

PAZ, M.G.A.; Almeida, M. F.; Günther, W. M. R. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2012;15(1):188-97.

QUEIROGA, V.M., et al. Cuidados Paliativos de Idosos no Contexto da Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, 2020; 6(6): p. 38821-38832.

RAPSOMANIKI, E. et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and agespecific associations in 1.25 million people. **The Lancet**. 2014 May 31;383(9932):1899-911.

RIBEIRO, P. C. et al. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**. 2012; 6(4):161-74

SAJULIANI, A. F. Pré-hipertensão e risco cardiovascular global. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2009;16(2): 103-107.

SILVA, N.M., et al. Vigilância de Chikungunya no Brasil: Desafios no Contexto da Saúde Pública. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2018;27(3): 2017-2127.

SOARES, R.A.S., et al. Determinantes Socioambientais em Saúde: O Brasil Rural *versus* o Brasil Urbano. **Tempus, actas de saúde coletiva**, 2015; 9(2):221-235.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2010; 95(1 Supl.1):1-51.

TABORDA, M.; RANGEL, M. Pesquisa Quali-quantitativa On-line: Relato de uma experiência em desenvolvimento no campo da saúde. **Revista Atas CIAIQ**. 2015; v. 1.

ZATU, M. C., et al. A comparison of the cardiometabolic profile of black South Africans with suspected non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and excessive alcohol use. **Alcohol**. 2015;49(2): 165-172.