



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

ANTÔNIO VINÍCIUS SOUSA SILVA

AVALIAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES DOS ESTUDANTES DO
CURSO DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO COM BASE NO GUIA ALIMENTAR PARA A
POPULAÇÃO BRASILEIRA

RECIFE

2024

ANTÔNIO VINÍCIUS SOUSA SILVA

**AVALIAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES DOS ESTUDANTES DO CURSO DE
FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO COM BASE NO
GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Disciplina de TCC 2 como parte dos
requisitos para obtenção do título de bacharel
e conclusão do Curso de Graduação em
Ciências Farmacêuticas do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade Federal
de Pernambuco.

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Danielle Cristine
Almeida Silva de Santana.

Coorientador(a): Prof.(a) Marina Maria
Barbosa de Oliveira

RECIFE

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Antônio Vinícius Sousa.

Avaliação de hábitos alimentares dos estudantes do curso de Farmácia da Universidade Federal de Pernambuco com base no Guia Alimentar para a População Brasileira / Antônio Vinícius Sousa Silva. - Recife, 2024.

63 p. : il., tab.

Orientador(a): Danielle Cristine Almeida Silva de Santana

Coorientador(a): Marina Maria Barbosa de Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Farmácia - Bacharelado, 2024.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Alimentos. 2. Hábitos Alimentares . 3. Guia alimentar. 4. Doenças Crônicas não Transmissíveis . 5. Farmácia . I. Santana, Danielle Cristine Almeida Silva de. (Orientação). II. Oliveira, Marina Maria Barbosa de . (Coorientação). IV. Título.

500 CDD (22.ed.)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA



Aprovada em: 26/03/2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br DANIELLE CRISTINE ALMEIDA SILVA DE SANTANA
Data: 27/03/2024 09:59:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Danielle Cristine Almeida Silva de Santana
(Presidente e Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Documento assinado digitalmente
gov.br FERNANDO JOSE MALAGUENO DE SANTANA
Data: 27/03/2024 10:36:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Fernando José Malageño de Santana
(Examinador)
Universidade Federal de Pernambuco

Documento assinado digitalmente
gov.br MAGDA RHAYANNY ASSUNCAO FERREIRA
Data: 27/03/2024 12:29:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Magda Rhayanny Assunção Ferreira
(Examinadora)
Universidade Católica de Pernambuco

Profa. Dra. Karina Perrelli Randau
(Suplente)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este projeto a minha querida avó e querido tio, que embora não estejam mais presentes em minha vida, ficariam imensamente felizes em ver a finalização da minha graduação. Em minha memória vocês permanecem para sempre.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe que tanto amo e minha irmã, por sempre terem me apoiado no meu sonho do ensino superior e ter uma vida melhor, obrigado por tanto, sabemos bem que a vida para nós nunca foi fácil, mas em meio a tantas adversidades, terminei e essa conquista é nossa, amo vocês.

Ao meu namorado/companheiro/amigo Bruno, ao longo de tantos anos juntos e tantas coisas boas e ruins vividas, chegar ao fim desse curso ao seu lado me mostra que estar com você é um presente, obrigado por sempre me ouvir, me aguentar e sonhar comigo, amo você.

À minha amiga Débora, que esteve comigo desde o primeiro dia de graduação, sua amizade me ajudou em meus momentos mais delicados, obrigado por tanto sem você e Bruno esse projeto jamais teria sido realizado, amo vocês.

À minha alma gêmea Dara, para você, não tenho palavras para descrever o quanto você me salvou no meu momento mais crítico. Uma vez vi que existem pessoas na vida que a gente esbarra e outras que a gente encontra, sem sombra de dúvidas você é um encontro na minha vida, amo você.

À minha amiga Alessandra que também esteve ao meu lado no meu pior momento, sem você eu não estaria aqui, obrigada por tudo mesmo, amo você.

Aos meus amigos mais antigos, em especial Juliana que mesmo após anos continua no meu coração, obrigado por cada momento nessa Universidade e fora dela também, amo você.

As amigas nos estágios que fiz ao longo do curso, na DQV e no PPGS, obrigado por sempre me entenderem e serem tão solidários comigo, em especial para Lidiane e Maria da Glória, obrigado por tudo, amo vocês.

Aos meus amigos de curso, Eduarda, Guilherme e Stefanie, vocês são joias que farmácia me deu, obrigado por todos os momentos de risos e choros, amo vocês.

Aos novos amigos que o fim do curso me deu, Allan e Thiago por mostrarem que amizades verdadeiras não tem tempo, a Allan por ser um amigo fiel e Thiago apenas por ser do jeitinho que é obrigado por tanto, amo vocês.

Aos meus amigos virtuais que ao longo dos anos se fizeram tão presentes, Bruna, Farias, Carol, Tamysa e Vitória, em especial Vitória e Tamysa, obrigado por cada ensinamento e desabafo, amo vocês.

À família do amor da minha vida, Carminha, Jessyka, Bia, Bruna e Bárbara, vocês são minha segunda família, obrigado por tudo, amo vocês.

Às minhas orientadoras Danielle e Marina, em especial Danielle por me acolher e entrar nessa ideia junto comigo, vocês são os exemplos de profissionais que quero ser no futuro, obrigado por tudo.

À Universidade Federal de Pernambuco com todos os seus profissionais, que mesmo em meio as dificuldades, me proporcionaram terminar um curso de graduação sendo bolsista, sem essa ajuda a graduação jamais teria acontecido ou terminado, viva ao ensino público de qualidade.

À minha gatinha, marimba que vem sendo minha companhia mais travessa através dos anos me mostrando como o amor pode ser puro e leve, amo você meu amor e que você viva para sempre.

À cada pessoa que entrou e saiu da minha vida, cada uma me ensinou a ser o que sou hoje.

Por fim, agradeço também a mim mesmo por nunca desistir em meio às dificuldades em busca de dias melhores.

“I wanna be defined by the things that
I love. Not the things I hate. Not the
things that I'm afraid of.”

Taylor Swift

RESUMO

Diante das mudanças alimentares na humanidade nos últimos 100 anos, maus hábitos alimentares têm crescido juntamente com a modernização. Fatores como tempo, valores e praticidade são escolhas diárias e inerentes de cada ser humano na sua dieta, causando muitas vezes um desequilíbrio na obtenção da energia necessária para o corpo seja o excesso ou falta dela. Consequência disso é o crescimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que vem tendo um aumento preocupante por falta de uma alimentação equilibrada e saudável, somados às condições socioeconômicas e sociodemográficas. O âmbito das Universidades vem se mostrando um local bastante estressante o que atrapalha as boas práticas alimentares, deixando vulneráveis os estudantes e expondo os mesmos as DCNT. Dessa forma esse estudo aplicou um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) online composto por 9 grupos de alimentos onde também estão presentes alimentos considerados de riscos e protetores para as DCNT. A pesquisa foi feita em alunos do 2º ao 8º período observou-se que os estudantes do curso de Farmácia da Universidade federal de Pernambuco estão com déficit alimentar, que embora não os colocam em total risco para as DCNT, faz com que seja necessária uma revisão das escolhas alimentares dos mesmos para de fato atingir hábitos alimentares saudáveis como recomenda o Guia Alimentar para a População Brasileira.

Palavra-chave: hábitos alimentares, alimentação, Guia Alimentar, doenças crônicas não transmissíveis, estudantes, universidade, farmácia.

ABSTRACT

Given the dietary changes in humanity over the last 100 years, bad eating habits have grown along with modernization. Factors such as time, values and practicality are daily and inherent choices of each human being in their diet, often causing an imbalance in obtaining the energy necessary for the body, whether excess or lack of it. The consequence of this is the growth of chronic non-communicable diseases (NCDs), which have seen a worrying increase due to the lack of a balanced and healthy diet, coupled with socioeconomic and sociodemographic conditions. Universities have proven to be a very stressful place, which hinders good eating practices, leaving students vulnerable and exposing them to NCDs. Therefore, this study applied an online Food Frequency Questionnaire (FFQ) composed of 9 food groups that also contain foods considered to be risky and protective for NCDs. The research was carried out on students from the 2nd to the 8th period. It was observed that students on the Pharmacy course at the Federal University of Pernambuco have a dietary deficit, which, although it does not put them at total risk for NCDs, makes a review necessary. of their food choices to actually achieve healthy eating habits as recommended by the Food Guide for the Brazilian Population.

Keywords: eating habits, diet, Food Guide, non-communicable chronic diseases, students, university, pharmacy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Ano de ingresso dos estudantes.	28
Figura 2: Frequência de consumo de alimentos protetores, Recife, PE, 2024 (n=59).	39
Figura 3: Frequência de consumo de alimentos de risco, Recife, PE, 2024 (n=59).	39
Quadro 1: Fatores ligados à alimentação que aumentam o risco de DCNT.....	22
Quadro 2: Fatores ligados à alimentação que aumentam o risco de DCNT.....	22
Quadro 3: Alimentos do Grupo Risco e Grupo Protetor	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização de população de estudo segundo a frequência de consumo de alimentos protetores e de risco por estudantes do curso de Farmácia da UFPE. Recife, PE, 2024.	29
Tabela 2: Frequência de consumo de alimentos e grupos de alimentos, Recife, PE, 2024 (n=59).	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito Telefônico
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
RAS	Redes de Atenção à Saúde
WHO	World Health Organization
USDA	United States Department of Agriculture
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
KCAL	Quilocalorias
GEB	Gasto Energético Basal
ETA	Efeito Térmico do Alimento
GET	Gasto Energético Total
AF	Atenção Farmacêutica
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DANT	Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IG	Índice Glicêmico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivo específico	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 Alimentação e adaptação da dieta brasileira;	16
3.2 Padrões de consumo alimentar e socioeconômicos;.....	17
3.3 Hábitos alimentares e o impacto em DCNT;	19
3.4 Alimentos protetores e de risco para DCNT;	20
3.5 A equipe multidisciplinar e o papel do farmacêutico no tratamento e prevenção de DCNT.	23
4. METODOLOGIA	24
4.1 População e desenho do estudo;	24
4.2 Coleta de Dados;.....	25
4.3 Critérios de inclusão e exclusão.	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 Análise e interpretação de dados	28
5.2 Hábitos e padrões alimentares	35
5.3 Frequência de consumo	38
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	41
APENDICE 1.....	47
ANEXO 1.....	58

1. INTRODUÇÃO

A relação entre dieta e saúde vem sendo observada desde a antiguidade. PEREIRA E SICHIERI (2007) descreve que médicos e cientistas observaram que a falta de alimentos causadas por guerras e longas viagens tinham relação direta com algumas doenças. Baron Takaki, Joseph Goldberger e James Lind são tidos como os precursores na busca da relação entre dieta e doença. (GOLDBERGER, 1998; LIND, 1998; TAKAKI, 1998). Atualmente, as condições de saúde da população brasileira têm passado por diversas mudanças relacionadas ao aumento da expectativa de vida, a redução das taxas de mortalidade infantil, mortalidade por doenças infecciosas e o incremento das taxas de mortalidade por DCNT (MONTEIRO et al, 2000; PRATA, 1992).

Por essa perspectiva é importante salientar que não basta apenas ter uma alimentação saudável é preciso considerar também outros fatores importantes que norteiam como essa população ou grupos dentro dessa população vão se alimentar, como fatores socioeconômicos e até mesmo a rotina de cada indivíduo e seu impacto na alimentação. Diversos estudos atribuem o menor consumo de carne, verduras frescas, leite e derivados e maior consumo de alimentos ultraprocessados a populações de mais baixa renda. (TARDIDO; FALCÃO, 2006; MONTEIRO et al., 2000; KAC, 2007; FISBERG et al., 2005).

Dessa forma Vargas e Silva (2016) atentam para o fato de que o alimento é o combustível que sustenta a vida, conseqüentemente sua ausência ou deficiência podem causar muitos danos, desregulando o funcionamento adequado dos órgãos do nosso corpo. Entretanto, além de simplesmente ingerir alimentos, deve-se pensar na qualidade nutricional fornecida por eles, na forma como são produzidos e por fim respeitando a cultura alimentar da população brasileira.

O ambiente universitário e a rotina exaustiva vinculada dificultam a manutenção de uma alimentação saudável, tornando esses estudantes mais propensos ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Segundo os dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel, 2021) no Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2019, por 41,8% do total de mortes ocorridas prematuramente (BRASIL, 2021b). De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), um pequeno conjunto de fatores de risco é

responsável pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores, se destaca o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Por isso, o uso do *Guia Alimentar para a População Brasileira* publicado em 2006 representa uma importante ferramenta, elaborada para garantir estratégias na promoção da alimentação adequada e saudável como parte da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

O art. 6º da Constituição Federal (BRASIL, 1988) diz que:

“São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

Aliado a isso tem de maneira mais lúcida a pirâmide alimentar consistindo em escolhas do que deve ser mais consumido para se obter uma alimentação adequada e sem riscos à saúde. Ela foi proposta após a modificação da recomendação energética média diária para a população brasileira pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2005 (PHILIPPI, 2013).

O farmacêutico entra em ação nessa questão com o diálogo sobre os perigos que essas doenças crônicas não transmissíveis podem causar, em especial o risco do ganho de peso e o que acarreta junto com ele. Nesse contexto, o farmacêutico tem papel no processo de cuidado ao paciente, no desenvolvimento de medicamentos (desde sua pesquisa até o produto final), garantindo a qualidade, acompanhamento e avaliação dos resultados, com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida da população.

De acordo com a Portaria nº 4.279/2010, a Assistência Farmacêutica faz parte das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ao passo que como sistema de apoio na estrutura operacional (BRASIL, 2010b), por meio disso o profissional farmacêutico está em contato direto com a população, vinculado a isso o próprio Ministério da Saúde cita:

“...é importante destacar que a melhoria do sistema de saúde, com ênfase na qualidade da atenção primária em saúde, com investimentos na educação continuada de recursos humanos, na atenção farmacêutica e em outras áreas estratégicas, resultará em melhora do manejo para o conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” (BRASIL, 2011b).

Foi visto em um estudo da Global Burden of Disease Study 2017, cujo principal objetivo foi avaliar o impacto da alimentação e com isso observar que as principais causas de mortalidade cardiovascular estão atribuídas à dieta. Se destacaram o alto consumo de sódio e gorduras *trans* e o baixo consumo de frutas, hortaliças, grãos e alimentos fontes de ácidos graxos POLI.

Partindo destes conceitos, este estudo tem por objetivo investigar os hábitos alimentares dos estudantes do curso de graduação em farmácia da Universidade Federal de Pernambuco de acordo com o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, sendo um estudo inovador visto que há poucos estudos sobre esse grupo específico na universidade.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a frequência do consumo alimentar de estudantes do curso de graduação em farmácia da UFPE com base no *Guia Alimentar para a População Brasileira* relacionando-os com os hábitos alimentares e fatores de risco associados às DCNT.

2.2 Objetivo específico

- Coletar, através de questionário de frequência alimentar, informações referentes ao consumo de alimentos de nove grupos alimentares;
- Identificar riscos associados aos hábitos alimentares da população em estudo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Alimentação e adaptação da dieta brasileira;

A procura do homem em busca de uma alimentação equilibrada é bastante antiga, entretanto é relativamente recente ter-se uma preocupação em uma alimentação saudável e segura. Sabe-se que os alimentos são meios que fornecem energia e elementos para a construção de biomoléculas vitais para o crescimento e a própria sobrevivência do ser humano.

Atwater foi um dos precursores acerca da qualidade da alimentação e foi o primeiro a desenvolver diversos elementos precisos para criação de guias alimentares. Em 1984, ele disseminou tabelas com padrões dietéticos e composição de alimentos direcionados à população norte-americana. (Welsh *et al.*, 1992a).

Com o objetivo de representar graficamente os alimentos para a população, nos Estados Unidos foi proposta a roda de alimentos, que dividia os alimentos conforme sua função. O formato de roda instituído resultou em diversas interpretações, confundindo a população e não surtindo o efeito esperado, e foi posteriormente considerado uma representação arcaica, pois de acordo com as pessoas entrevistadas as informações já eram de conhecimento de todos (Welsh, *et al.*, 1992b).

A “roda” de alimentos que até então era de uso oficial, não surtia o efeito desejado, o que impulsionou uma melhoria ou novo modelo alimentar. Assim, foram pensadas diversas formas de expor os alimentos: em carrinho de supermercado, em utensílios (xícara, prato, tigela), em pilhas, até a adoção da USDA (United States Department of Agriculture) do formato de pirâmide, em 1992.

Achterberg *et al.* (1994) propõe que a pirâmide alimentar deve servir como orientação para todos os profissionais de saúde, para promoção de mudanças nos hábitos alimentares resultando assim na saúde e prevenção de doenças na população.

A Pirâmide Alimentar norte-americana (Welsh, *et al.*, 1992b) apresentava sete pontos principais:

- Manter o peso ideal;
- Baixa ingestão de alimentos com gorduras saturadas e colesterol;
- Dieta com uma variedade de alimentos;

- Dieta rica em frutas, grãos, vegetais e produtos derivados dos grãos;
- Sódio e sal com moderação;
- Açúcar com moderação;
- Consumo de álcool com moderação.

O Brasil fazia uso da representação gráfica da “roda de alimentos”, dessa forma, para a implantação da pirâmide alimentar foram necessárias diversas adaptações, tendo em vista a necessidade de diagnósticos da situação nutricional e dados epidemiológicos para o devido embasamento das dietas e seus objetivos. Adicionalmente, as formas de preparo e hábitos alimentares diferiam da população norte-americana por questões culturais e de preparo de alimentos, por exemplo. Em 1974 o Instituto de Saúde, da Secretaria de São Paulo publicou um documento que recomendou a substituição da “roda de alimentos” por 6 grupos alimentares, para promover maior flexibilidade no momento de orientação nutricional (Kalil *et al.*, 1974).

A Pirâmide Alimentar que foi introduzida para a comunidade norte americana com seu bom desempenho na apresentação e porções de alimentos, desempenharam um papel satisfatório na proposta de adaptação desse modelo à nossa população como instrumento destinado a promover hábitos alimentares mais saudáveis (Spiller, 1993).

A Pirâmide Alimentar moldada para a população brasileira foi publicada em 1999 (PHILIPPI, e col., 1999), e subsequentemente revisada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2005 (PHILIPPI, 2013) estabelecendo um valor energético recomendado de 2.000 quilocalorias (kcal) para uma pessoa saudável.

O corpo humano utiliza energia através de diferentes processos, incluindo o gasto energético basal (GEB), termogênese por atividade (TA) e efeito térmico do alimento (ETA). Esses três componentes combinados constituem o gasto energético total (GET) diário de um indivíduo, variáveis como idade, sexo, clima, taxa metabólica, temperatura influenciam o GET (KRAUSE, 2018).

Por fim, em 2006 foi publicado *O Guia Alimentar para a População Brasileira*, substituindo a pirâmide alimentar brasileira como parte da estratégia da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que faz parte da Política Nacional de Saúde (Brasil, 2003).

3.2 Padrões de consumo alimentar e socioeconômicos;

Na escolha da alimentação humana, basicamente dois fatores caminham juntos: o fato do homem ser onívoro, ou seja, poder se alimentar de diversos tipos de alimentos, de origem animal ou vegetal e o que influencia esse indivíduo a escolher esse alimento. (BRASIL, 2006; JOMORI, PROENÇA, CALVO, 2008).

A indústria alimentícia surge para tornar mais fácil e completa a dieta, proporcionando a oportunidade de uma alimentação mais abundante e nutritiva, marcando novas formas de produzir, cozinhar, transportar, também aperfeiçoa técnicas de conservação que já existiam e cria novas formas de fazer os alimentos durarem mais. (PELLERANO, 2014). Entretanto nem sempre estas facilidades de fato fazem bem, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2019) diz que as facilidades da industrialização dos alimentos acabaram gerando um desequilíbrio na oferta de alimentos e a ingestão excessiva de calorias deixando determinados alimentos com baixos nutrientes em prol da alimentação rápida e barata.

Nesse contexto, é possível inferir que a modernização está induzindo alterações nos hábitos alimentares, incluindo padrões dietéticos e o próprio consumo de alimentos (POUBEL, 2006).

Para Ginani (2004), a definição de preferências de uma população no consumo de alimentos leva em consideração fatores sociais, econômicos, políticos, agrários e até mesmo religiosos.

Infelizmente o aumento de consumo de alimentos industrializados e de ultraprocessados é algo crescente e fatores como a falta de tempo para se alimentar aumenta ainda mais esse consumo. A busca por uma alimentação rápida e prática diante das rotinas de trabalho e principalmente em rotinas de estudantes de Universidades é extremamente crescente. Nesses casos é importante salientar que a falta de informação sobre o que comer e onde procurar informação alimentícia e como se alimentar também estão atreladas a essa realidade.

Segundo o *Guia alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2019) os padrões alimentares estão mudando rapidamente em diversos países e principalmente naqueles economicamente emergentes. No caso do Brasil essa mudança está ocorrendo na substituição de alimentos *in natura* por alimentos industrializados, o que gera o desequilíbrio na ingestão excessiva de calorias e oferta de nutrientes. Ainda assim, os alertas sobre alimentação devem levar em conta em como a produção e distribuição desses alimentos estão sendo feitas.

3.3 Hábitos alimentares e o impacto em DCNT;

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) representam mais da metade do total de óbitos no Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde para o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030”. A alimentação inadequada na infância e na adolescência é um dos maiores fatores de risco para o surgimento de DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) como obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias e em casos mais extremos até mesmo neoplasias que pode levar a danos muitas vezes irreversíveis na fase adulta.

Os principais fatores de risco comportamentais associadas ao desenvolvimento de DCNT incluem tabagismo, consumo de álcool, dieta inadequada e falta de prática de exercícios. Entretanto, esses hábitos podem ser modificados por meio de mudanças no estilo de vida e intervenções governamentais que regulamentem e reduzam, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde.

Diante disso, os hábitos alimentares saudáveis devem ser uma prática instruída desde o nascimento; ao chegar na fase juvenil/adulta a falta desta instrução/base alimentar poderá definir o surgimento de DCNT.

Refeições do tipo *fast-food* são um exemplo de práticas alimentares prejudiciais para a saúde, devido ao excesso de gordura, mas ao mesmo tempo valorizada, pois representa liberdade, prazer e modernidade (FREITAS; PENA, 2007). Para Bleil (1998, p.17), “o *fast-food* tornou-se assim uma rápida refeição, porém na maior parte das vezes carecendo de aporte nutritivo”.

As doenças cardiovasculares se sobressaem nas DCNT, pois esse excesso de gordura advindo da má alimentação atinge grandemente a população brasileira, principalmente jovens e adultos que buscam alimentações rápidas e práticas no dia a dia.

De acordo com dados recentes do estudo National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES, 2019), entre 1999 a 2016 houve uma redução do consumo de carboidratos refinados e ácidos graxos saturados pela população americana. O estudo em questão foi feito com 43.996 pessoas de diferentes faixas etárias e gêneros. Mesmo assim, a população estadunidense ainda extrapola a quantidade recomendada desses nutrientes.

Com relação ao Brasil, não há dados suficientes para análise detalhada quanto à evolução do consumo percentual de gorduras. Todavia, resultados consideráveis vindos da última POF/IBGE, 2019 que comparou o período de 2017-2018 a 2002-2003, mostraram diminuição significativa nas despesas domiciliares com óleos e gorduras. Entretanto, comparativamente houve aumento da alimentação fora de casa, o que aumenta consequentemente as chances de consumo de alimentos em lanchonetes, com baixa qualidade nutricional, baixo teor de fibras, vitaminas e alta concentração de carboidratos refinados e gorduras.

Assim, se correlaciona essa má alimentação com o aumento da prevalência de DCNT, dentre as quais se sobressaem as doenças cardiovasculares, que normalmente estão associadas a pessoas com sobrepeso. A Organização Mundial da Saúde classifica a obesidade como uma ‘epidemia do século’. Os números divulgados são extremamente preocupantes: 1 bilhão de pessoas estão com sobrepeso no mundo, centenas de milhões são obesos, o número adulto de obesos está aumentando e uma lista de doenças relacionadas com a obesidade estão atacando e afetando ainda mais jovens e crianças. (WOLF *et al.*, 2019).

3.4 Alimentos protetores e de risco para DCNT;

Diante das alterações nos alimentos nas últimas décadas, que abrange desde a plantação até chegar nas prateleiras dos estabelecimentos somados a criação do primeiro *Guia Alimentar para a População Brasileira* (BRASIL, 2006), em 2010 Monteiro *et al.* apresentaram uma nova classificação dos alimentos, em que se baseava no propósito e extensão do processamento industrial, resultando em três grupos: (i) alimentos não processados ou minimamente processados, (ii) ingredientes processados para a culinária ou para a indústria de alimentos e (iii) produtos ultraprocessados. Devido a importância dessa classificação dos alimentos nesses três grupos, o MS implementou o segundo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2019) trazendo agora quatro grupos, alimentos (i) *in natura* ou minimamente processados, (ii) ingredientes culinários que para o Guia são óleos, gorduras, sal e açúcares extraídos de alimentos *in natura* para fazer preparações culinárias, (iii) alimentos processados e por fim (iv) alimentos ultraprocessados.

Para o Guia Alimentar, o maior perigo está nos alimentos ultraprocessados que por definição diz “Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas

inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos, derivados de constituinte de alimentos ou sintetizadas em laboratório...” (BRASIL, 2019, p. 41), o Guia também cita exemplos destes alimentos que são: biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais açucarados para o desjejum matinal, bolos e misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos ‘instantâneos’, molhos, salgadinhos “de pacote”, refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo nuggets, salsichas e outros embutidos, pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog, pães doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos (BRASIL, 2019, p. 41). O Guia é explícito em recomendar o consumo mínimo de alimentos ultraprocessados por serem alimentos pobres em vitaminas, minerais e fibras e altamente calóricos e seu consumo em excesso podem resultar no acometimento de DCNT.

De acordo com Steinmetz (1996) e Havas (1998) por meio de estudos observacionais observou que há uma relação entre qualidade da dieta e o surgimento de DCNT. Doll (1992) já também vinha com estudos que 30% das doenças cardiovasculares e 40% do diabetes podem ser minimizados por meio de mudanças e melhores hábitos alimentares, por meio disso se observou que existiam alimentos considerados protetores e alimentos considerados de riscos por ter determinadas constituições. Os alimentos tidos como protetores são aqueles ricos em determinadas substâncias, como por exemplo alimentos com ácidos graxos insaturados: poliinsaturados (ácido eicosapentaenoico, ômega-3: α -linolênico, docosaexaenoico ômega-6 linolênico, araquidônico γ -linolênico) e monoinsaturados (ômega 9: oleico).

Os alimentos que são reconhecidos como fonte dessas substâncias são os óleos vegetais: algodão, oliva, soja, milho, dentre outros segundo Vranjac (2008). Já os alimentos que são descritos como de riscos são alimentos com alto teor em gorduras e/ou sódio (como embutidos, enlatados, entre outros) substâncias como nitratos e nitritos (presente em embutidos, defumados, entre outros). Dentre outros alimentos e substâncias que são considerados de risco e protetores.

Os quadros a seguir indica os componentes considerados de risco ou protetores, com exemplos de alimentos e seus respectivos efeitos, e risco ou de proteção ao organismo.

Quadro 1: Fatores ligados à alimentação que aumentam o risco de DCNT.

Componentes	Alimentos	Riscos
Gorduras saturadas e colesterol, gordura trans	Gordura vegetal hidrogenada, carnes gordas, embutidos, queijos amarelos, frutos do mar, miúdos	Câncer de mama, cólon, próstata, aterosclerose, acidente vascular cerebral, e infarto do miocárdio
Sal (sódio)	Preparo dos alimentos, enlatados, embutidos, temperos prontos	Câncer de estômago, hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardiocirculatórias
Nitrosaminas, nitritos, nitratos, alcatrão, sulfito	Defumados, churrascos, sucos de frutas em garrafas e em pó	Câncer do trato digestório
Álcool	Cachaça, cerveja, uísque, vodka	Câncer de fígado, boca, esôfago, laringe, HAS e AVC.

Fonte: Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco, SES/CVE/DCNT. 3ª edição – São Paulo, 2008 *apud* WHO, 1997; WILLET, 1998.

Quadro 2: Fatores ligados à alimentação que aumentam o risco de DCNT.

Componentes	Alimentos	Proteção
Vitamina A (Beta Caroteno)	Vegetais e frutas amarelo-alaranjados e vegetais de folha verde-escuros	Câncer de pulmão, laringe, próstata, estômago
Vitamina C	Frutas cítricas: Laranja, limão, caju, kiwi, morango	Câncer de estômago, boca, pulmão, doença isquêmica do coração (DIC)
Vitamina E	Óleos vegetais, abacate, nozes, alho, cebola	Câncer de pulmão, boca, DIC

Fibras	Frutas e verduras, cereais integrais	Câncer cólon, DIC
Gordura monoinsaturada e ácidos graxos ômega 3	Azeite de oliva, peixes	Doenças cardiocirculatórias
Selênio	Castanha do pará, aves, peixes	Câncer do trato digestivo, pulmão, glândulas, próstata
Fitoquímicos; carotenóides, licopenos, xantenos, isotiocianatos, pigmentos, outros	Origem vegetal (alho, cebola, uva, berinjela etc.)	Doenças cardiocirculatórias

Fonte: Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco, SES/CVE/DCNT. 3ª edição – São Paulo, 2008 *apud* WHO, 2003; HALLIWELL, 1994; WILLET, 1998; CRAIG, 1997; HAGDRUP, 1998; DE ANGELIS, 1999.

3.5 A equipe multidisciplinar e o papel do farmacêutico no tratamento e prevenção de DCNT.

O farmacêutico na atualidade tem destacado seu papel no cuidado à saúde e atenção ao paciente, sendo o profissional mais capacitado acerca dos medicamentos e suas informações, somando para eficácia no tratamento e na minimização de erros durante o uso dos fármacos. Na terapia da obesidade que é uma das DCNT por exemplo, auxilia em equipe multiprofissionais, na melhor efetividade do tratamento, na dispensação e controle dos fármacos, na prevenção de reações adversas a medicamentos e na segurança e eficácia, resultando na promoção e recuperação da saúde (DINIZ et al., 2015).

Sendo assim o profissional farmacêutico vai muito além do que apenas a dispensação de medicamentos sem olhar para o paciente, é preciso entender os termos Assistência e Atenção Farmacêutica para visualizar melhor como o farmacêutico pode ajudar, eles são conceitos frequentemente confundidos devido à semelhança dos nomes. Assistência Farmacêutica é o conjunto de atividades relacionadas ao medicamento, onde o profissional atua em todas as etapas desde a pesquisa de um novo medicamento até sua chegada à população.

Já a Atenção Farmacêutica (AF) é um conjunto de ações realizadas por farmacêuticos para orientar e acompanhar o paciente quanto ao uso adequado dos medicamentos, conciliação terapêutica, revisão da farmacoterapia, serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças e que resulta em ações multiprofissionais (OMS-OPS, 1993; MAZINI et al, 2015). Assim, isso ajuda a compor a equipe multidisciplinar, composta com os demais profissionais (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, biomédicos, nutricionistas) da saúde, incluindo o farmacêutico.

Nos casos de doenças cardiovasculares em consequência da alimentação pobre em nutrientes somados ao aumento de peso, o farmacêutico atualmente deve fazer uso da prática farmacêutica que se direcione para o paciente, tendo o medicamento como um instrumento e não mais como meio, sendo um guia para o paciente. É essencial que a incorporação de avanços tecnológicos contribua para a qualidade da assistência prestada ao paciente, com a promoção do uso seguro e racional de medicamentos (PINHEIRO; SILVA, 2020).

4. METODOLOGIA

4.1 População e desenho do estudo;

Trata-se de um estudo observacional com corte transversal realizado com estudantes de farmácia da Universidade Federal de Pernambuco, campus Recife. A população do estudo refere-se a todos os estudantes do curso de graduação em farmácia da UFPE regularmente matriculados durante abril a dezembro de 2023, e equivale a 443 pessoas.

O tamanho amostral foi definido de acordo com a fórmula descrita a seguir (TRIOLA, 1999), considerando margem de erro de 10% e nível de confiança de 95%. Sua fórmula é:

$$\eta = \frac{z^2 \cdot p(1-p)}{e^2/1 + (z^2 \cdot p(1-p)/e^2 \cdot n)}$$

Onde:

η = Tamanho da amostra necessaria

n = tamanho da população

$z = 1,96$

$$p = 0,5$$

$e = \text{margem de erro, } 10\%$

4.2 Coleta de Dados;

Para a coleta de dados, foi empregado o Questionário de Frequência Alimentar (QFA), desenvolvido por Furlan e Valero (2004) com base no *Guia Alimentar para a População Brasileira 2ª edição – 2019* e adaptado para o uso *online* como formulário do *Google Workspace* alterado para esta pesquisa (APENDICE 1), a alteração foi apenas na exclusão da parte quantitativa (porção de cada alimento) e dessa forma a parte qualitativa que foi avaliada (apenas a frequência de consumo que independia da quantidade). Previamente ao início da coleta de dados, a realização da pesquisa foi amplamente divulgada entre os discentes, com a disponibilização do endereço eletrônico de acesso ao instrumento de coleta de dados. O QFA empregado, indicado no apêndice 1, inclui 98 alimentos, classificados em nove grupos: (Grupo I: Leites e Produtos Lácteos, Grupo II: Carnes, Pescados e Ovos, Grupo III: Verduras e Legumes, Grupo IV: Frutas e Sucos Naturais, Grupo V: Pães, Cereais, Tubérculos e Leguminosas, Grupo VI: Óleos e Gorduras, Grupo VII: Doces, Salgadinhos e Guloseimas, Grupo VIII: Bebidas, Grupo IX: Preparações e Miscelâneas). Cada participante do estudo indicou a frequência de consumo de cada alimento listado, em questões de múltipla escolha, de acordo com as seguintes opções disponíveis: consumo “1 vez por dia”, “2 ou mais vezes por dia”, “2 a 4 vezes ou por semana”, “≤1 por mês” ou se “raramente/nunca” consumiu determinado alimento. O formulário foi preenchido uma única vez por cada participante durante o período da pesquisa na qual o próprio estudante respondeu de forma autônoma. Para a análise descritiva, as frequências “≤1 por mês” e “raramente/nunca” foram agrupadas e consideradas como “consumo esporádico”. Dentre os alimentos descritos nos 9 grupos alimentares, há alimentos de riscos e protetores que estão separados no quadro a seguir (Quadro 3). Tais alimentos estão assim separados conforme o *Guia Alimentar para a População Brasileira (2019)* separa os alimentos pelo nível de processamento que vai de (i) *in natura* ou minimamente processados, (ii) ingredientes culinários, (iii) alimentos processados e por fim (iv) alimentos ultraprocessados.

Quadro 3: Alimentos do Grupo Risco e Grupo Protetor

Grupo	Alimentos
Grupo - Risco	i. Leite integral e produtos lácteos integrais (iogurte integral, queijos amarelos, creme de leite); ii. Gorduras de origem animal (manteiga); iii. Gorduras de origem vegetal (margarinas); iv. Alimentos fritos e fast food (salgadinhos de bar, coxinha, empada, pizza, sanduíche, Mcdonalds); v. Carnes com gordura, fritas e/ou com pele (aves, bovina, suína, fígado, vísceras de frango e de boi); vi. Produtos derivados (embutidos, charque, mortadela, presunto, linguiça, salsicha, preparações à base de carnes); vii. Refrigerantes, bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, pinga, uísque); viii. Sucos artificiais, açúcares e sobremesas (balas, doces, mel, rapadura, pudim, manjar, doces, sorvetes, bolos).
Grupo - Protetor	i. Leite desnatado e produtos lácteos desnatados (iogurte, queijos brancos); ii. Frutas e sucos naturais, água de coco, verduras e legumes (crus e cozidos); iii. Leguminosas (feijão mulatinho, carioca, preto, verde e macassa); iv. Cereais e derivados (arroz, macarrão, pães, biscoitos salgados, milho, aveia); v. Raízes e tubérculos (macaxeira, inhame, farinha de mandioca, batata doce e inglesa); vi. Carnes cozidas e/ou sem pele (aves e bovinas); vii. Peixes e frutos do mar.

Fonte: o autor (2024).

Os dados foram analisados e tabulados por meio do *Microsoft Excel 2019* para elaboração das tabelas dos resultados e análise de possíveis riscos para DCNT. Não

foi levado em consideração o gênero dos estudantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFPE, com número CAAE: **67760023.9.0000.5208**.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão.

O critério de inclusão selecionado para o estudo refere-se aos estudantes da UFPE regularmente matriculados no curso de graduação em farmácia, maiores de 18 anos, que concordem em participar da pesquisa firmando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão, estudantes de outros cursos de graduação e pós-graduação, alunos do 1º, 9º e 10º período foram excluídos da pesquisa, pois alunos de 1º período, ainda não estão habituados com a vivência da universidade, não haviam tido contato com as disciplinas de alimentos da grade curricular e poderiam ser menores de idade já os alunos de 9º e 10º não frequentam regularmente a universidade e o departamento. Questionários respondidos de forma incompleta também foram desconsiderados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

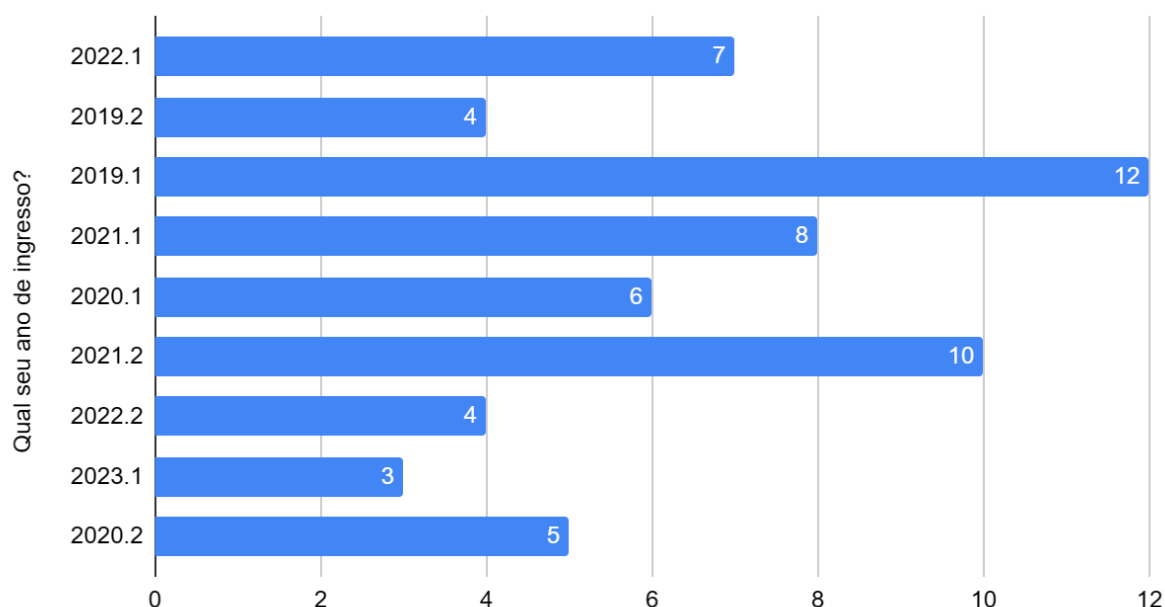
5.1 Análise e interpretação de dados

A partir da população de estudo, e considerando margem de erro de 10% e nível de confiança de 95%, o tamanho amostral foi estipulado em 50.

Todavia, 59 estudantes de diferentes idades, períodos e sexo responderam o QFA, sendo equivalente a 13,31% de todos os discentes do curso até dezembro de 2023. Destes 59, a maioria das respostas foi oriunda dos alunos ingressantes da entrada 2019.1 representando 20,3% das respostas totais (Figura 1). A média de idade dos discentes foram de 22 anos. Conforme a tabela 1 a seguir estão os dados dos estudantes por idade, sexo e período.

Figura 1: Ano de ingresso dos estudantes.

Ano de ingresso



Fonte: O autor (2024).

As características dos alunos descritos (Tabela 1), mostra que a maioria das respostas veio dos estudantes do sexo feminino (67,8%), seguido pela faixa etária predominante dos 20 aos 30 anos (81,4%) e maior incidência dos discentes do 5º período até o 8º período (59,3%).

Tabela 1: Caracterização de população de estudo segundo a frequência de consumo de alimentos protetores e de risco por estudantes do curso de Farmácia da UFPE. Recife, PE, 2024.

Variáveis	Total	
	n	%
Sexo		
<i>Feminino</i>	40	(67,8)
<i>Masculino</i>	19	(32,2)
Faixa etária		
<i>< 20</i>	4	(6,8)
<i>≥ 20 e <30</i>	48	(81,4)
<i>≥ 30</i>	7	(11,8)
Escolaridade		
<i>Até 4º período curso</i>	24	(40,7)
<i>A partir do 5º período do curso</i>	35	(59,3)

A Tabela 2 expressa os dados referentes a frequência de consumo de alimentos, por grupo, de acordo com os dados coletados. Do grupo leite e produtos lácteos os alimentos de risco mais consumidos diariamente foram leite integral (20,34%) e queijos amarelos (15,25%) e do grupo protetor os mais consumidos ao dia foram queijos brancos (15,25%) e iogurte natural/polpa (13,56%) seguido também por leite desnatado ou semidesnatado (13,56%). Seguindo para o grupo das carnes, pescados e ovos do grupo de risco o mais consumido diariamente foram fígado (3,39%) e mortadela (3,39%) e do grupo protetor os mais consumidos diariamente

foram frango (25,42%) e ovo (18,64%), no próximo grupo frutas e sucos naturais o alimento de risco mais consumido diariamente foram azeitonas (3,39%) e do grupo protetor, diariamente os estudantes consumiram bananas (18,64%), laranja/mexerica (11,86%) e mamão/melancia/suco (11,86%). No grupo pães, cereais, tubérculos e leguminosas os alimentos de risco com alimentos diários mais consumidos foram pão francês (25,42%) e macarrão/massas/instantâneo (23,73%) e do grupo protetor, diariamente foram arroz (67,80%) e feijão (55,93%) (Tabela 2).

Referente ao grupo óleos e gorduras há apenas alimentos do grupo de risco onde o maior consumo diário dos alunos foram óleo de soja/milho/canola/girassol (27,12%) e margarina (25,42%). Para o grupo doces, salgadinhos e guloseimas onde também só há alimentos considerados de risco, diariamente foram mais consumidos achocolatados (13,56%), biscoito doce recheado (13,56%) e biscoito salgado água e sal/cream cracker (11,86%). No grupo das bebidas o maior consumo diário foram suco artificial em pó (3,39%) e seguido por refrigerantes (1,69%), cerveja (1,69%), vinho (1,69%) e outras bebidas alcoólicas: pinga/uísque (1,69%) já no grupo protetor foram mais consumidos diariamente café (18,64%) e chá mate/preto infusão (1,69%). No grupo preparações e miscelâneas os alimentos de riscos mais consumidos diariamente foram açúcar para adição (22,03%) e molhos industrializados: chatchup/mostarda (5,08%) e no grupo protetor molho de tomate (15,25%) e sopa de legumes/feijão/canja (5,08%), por fim no grupo das verduras e legumes onde há apenas alimentos protetores o maior consumo diário dos discentes foram alho/cebola (25,42%), alface/escarola (22,03%) e tomate (20,34%) (Tabela 2).

Tabela 2: Frequência de consumo de alimentos e grupos de alimentos, Recife, PE, 2024 (n=59).

		1x dia n (%)	>2x dia n (%)	2 a 4 semana n (%)	1x sem n (%)	Esporádico n (%)
Leite e Produtos Lácteos						
Risco	Queijos amarelos	9 (15,25)	6 (10,17)	14 (23,73)	13 (22,03)	17 (28,81)
	Leite integral	12 (20,34)	6 (10,17)	14 (23,73)	7 (11,86)	20 (33,90)
	Creme de leite	3 (5,08)	0 (0)	5 (8,47)	9 (15,25)	42 (71,18)
Protetor	iogurte Natural/polpa (integral/light)	8 (13,56)	1 (1,69)	8 (13,56)	17 (28,81)	25 (42,37)
	Leite desnatado ou semidesnatado	8 (13,56)	2 (3,39)	3 (5,08)	2 (3,39)	44 (74,58)
	Queijos brancos	9 (15,25)	2 (3,39)	18 (30,51)	11 (18,64)	19 (32,20)
		1x dia n (%)	>2x dia n (%)	2 a 4 semana n (%)	1x sem n (%)	Esporádico n (%)
Carnes, Pescados e Ovos						
Risco	Estrogonofe	1 (1,69)	0 (0)	4 (6,78)	11 (18,64)	43 (72,88)
	Panqueca de carne	1 (1,69)	0 (0)	0 (0)	2 (3,39)	56 (94,92)
	Hamburguer/ cheeseburger	0 (0)	0 (0)	1 (1,69)	13 (22,03)	45 (76,27)
	Fígado	2 (3,39)	0 (0)	1 (1,69)	10 (16,95)	46 (77,97)
	Vísceras de frango	0 (0)	0 (0)	1 (1,69)	0 (0)	58 (98,31)
	Mortadela, presunto	2 (3,39)	2 (3,39)	13 (22,03)	17 (28,81)	25 (42,37)
	Linguiça/ salsicha	0 (0)	2 (3,39)	7 (11,86)	17 (28,81)	33 (55,93)
	Bacon e toucinho	1 (1,69)	0 (0)	6 (10,17)	9 (15,25)	43 (72,88)
Protetor	Ovo (frito/mexido/ poche)	11 (18,64)	12 (20,34)	24 (40,68)	8 (13,56)	4 (6,78)
	Frango (cozido/assado/ frito)	15 (25,42)	13 (22,03)	22 (37,28)	8 (13,56)	1 (1,69)
	Carne de Boi (Bife/panela)	5 (8,47)	7 (11,86)	20 (33,90)	15 (25,42)	12 (20,34)
	Carne Suína (lombo/bisteca)	2 (3,39)	2 (3,39)	6 (10,17)	12 (20,34)	23 (38,98)
	Peixe (cozido/assado/ frito)	1 (1,69)	0 (0)	1 (1,69)	11 (18,64)	46 (77,97)
	Atum/sardinha em conserva	2 (3,39)	1 (1,69)	4 (6,78)	11 (18,64)	41 (69,49)
	Camarão	1 (1,69)	0 (0)	0 (0)	7 (11,86)	51 (86,44)

...continua

Tabela 2: Frequência de consumo de alimentos e grupos de alimentos, Recife, PE, 2024 (n=59).

		1x dia n (%)	>2x dia n (%)	2 a 4 semana n (%)	1x sem n (%)	Esporádico n (%)
Continuação....						
Frutas e Sucos Naturais						
Risco	Azeitonas	2 (3,39)	1 (1,69)	4 (6,78)	3 (5,08)	49 (83,05)
Protetor	Laranja/ mexerica	7 (11,86)	1 (1,69)	10 (16,95)	19 (32,20)	22 (37,28)
	Suco de Laranja	4 (6,78)	2 (3,39)	8 (13,56)	15 (25,42)	30 (50,85)
	Suco de limão	3	1 (1,69)	5 (8,47)	13 (22,03)	37 (62,71)
	Bananas	11 (18,64)	16 (27,12)	16 (27,12)	11 (18,64)	5 (8,47)
	Suco de maracujá	1 (1,69)	2 (3,39)	12 (20,34)	21 (35,59)	23 (38,98)
	Abacaxi/suco	0 (0)	1 (1,69)	9 (15,25)	20 (33,90)	29 (49,15)
	Maçã/pera	4 (6,78)	1 (1,69)	13 (22,03)	16 (27,12)	25 (42,37)
	Mamão/ melancia/suco	7 (11,86)	0 (0)	11 (18,64)	10 (16,95)	31 (51,54)
	Suco de caju	0 (0)	1 (1,69)	7 (11,86)	8 (13,56)	43 (72,88)
	Suco de acerola	2 (3,39)	4 (6,78)	10 (16,95)	15 (25,42)	28 (47,46)
	Uvas	4 (6,78)	5 (8,47)	8 (13,56)	19 (32,20)	23 (38,98)
	Manga/suco	3 (5,08)	2 (3,39)	7 (11,86)	17 (28,81)	30 (50,85)
	Outras frutas: pêssego/figo/a meixa	1 (1,69)	1 (1,69)	1 (1,69)	3 (5,08)	53 (89,83)
	Oleaginosas: amendoim, castanhas	6 (10,17)	3 (5,08)	5 (8,47)	15 (25,42)	30 (50,85)
		1x dia n (%)	>2x dia n (%)	2 a 4 semana n (%)	1x sem n (%)	Esporádico n (%)
Pães, Cereais, Tubérculos e Leguminosas						
Risco	Pão de forma/caseiro/ bislaga	9 (15,25)	6 (10,17)	6 (10,17)	10 (16,95)	29 (49,15)
	Batatas fritas	2 (3,39)	1 (1,69)	4 (6,78)	11 (18,64)	41 (69,49)
	Farinha/farofa	9 (15,25)	5 (8,47)	12 (20,34)	17 (28,81)	16 (27,12)
	Macarrão/ massas/ instantâneo	14 (23,73)	6 (10,17)	10 (16,95)	15 (25,42)	14 (23,73)
	Cereais matinais	8 (13,56)	0 (0)	4 (6,78)	4 (6,78)	43 (72,88)

...continua

Tabela 2: Frequência de consumo de alimentos e grupos de alimentos, Recife, PE, 2024 (n=59).

Continuação....						
Risco	Biscoito salgado água e sal/cream cracker	7 (11,86)	1 (1,69)	12 (20,34)	16 (27,12)	23 (38,98)
	Biscoito doce maisena/leite/maria	6 (10,17)	4 (6,78)	14 (23,73)	17 (28,81)	18 (30,51)
	Biscoito doce recheado	8 (13,56)	0 (0)	13 (22,03)	15 (25,42)	23 (38,98)
	Bolo simples	3 (5,08)	1 (1,69)	3 (5,08)	26 (44,06)	26 (44,06)
	Bolo/torta recheado/com frutas	1 (1,69)	0 (0)	3 (5,08)	17 (28,81)	38 (64,40)
	Torta salgada	1 (1,69)	0 (0)	1 (1,69)	6 (10,17)	51 (86,44)
	Pizza	1 (1,69)	0 (0)	3 (5,08)	14 (23,73)	41 (69,49)
	Pão de queijo	1 (1,69)	0 (0)	0 (0)	10 (16,95)	48 (81,35)
		1x dia n (%)	>2x dia n (%)	2 a 4 semana n (%)	1x sem n (%)	Esporádico n (%)
	Bebidas					
Risco	Refrigerantes (cola/limão/laranja/guaraná)	1 (1,69)	1 (1,69)	9 (15,25)	18 (30,51)	30 (50,85)
	Cerveja	1 (1,69)	0 (0)	2 (3,39)	3 (5,08)	53 (89,83)
	Vinho	1 (1,69)	0 (0)	1 (1,69)	5 (8,47)	52 (88,13)
	Outras bebidas alcoólicas: pinga/uísque	1 (1,69)	0 (0)	0 (0)	2 (3,39)	56 (94,91)
	Suco artificial em pó	2 (3,39)	0 (0)	3 (5,08)	1 (1,69)	53 (89,83)
Protetor	Café (com açúcar/sem açúcar)	11 (18,64)	18 (30,51)	12 (20,33)	3 (5,08)	15 (25,42)
	Chá mate/preto infusão	1 (1,69)	0 (0)	1 (1,69)	2 (3,39)	55 (93,22)
		1x dia n (%)	>2x dia n (%)	2 a 4 semana n (%)	1x sem n (%)	Esporádico n (%)
Preparações e Miscelâneas						
Risco	Açúcar para adição	13 (22,03)	11 (18,64)	9 (15,25)	2 (3,39)	24 (40,68)
	Extrato de Soja	1 (1,69)	1 (1,69)	1 (1,69)	3 (5,08)	53 (89,83)
	Continuação....					
	Molho de maionese	2 (3,39)	0 (0)	6 (10,17)	15 (25,42)	36 (61,01)
	Salada legumes com maionese	1 (1,69)	0 (0)	1 (1,69)	9 (15,25)	48 (81,35)
	Molhos industrializados: catchup/mostarda	3 (5,08)	1 (1,69)	8 (13,56)	17 (28,81)	30 (50,85)

Protetor	Molho de Tomate	9 (15,25)	1 (1,69)	17 (28,81)	15 (25,42)	17 (28,81)
	Sopa legumes/feijão/canja	3 (5,08)	0 (0)	5 (8,47)	18 (30,51)	33 (55,93)
		1x dia n (%)	>2x dia n (%)	2 a 4 semana n (%)	1x sem n (%)	Esporádico n (%)
Verduras e Legumes						
Protetor	Alface/escarola	13 (22,03)	4 (6,78)	12 (20,34)	8 (13,56)	22 (37,28)
	Acelga	2 (3,39)	1 (1,69)	6 (10,17)	2 (3,39)	48 (81,35)
	Repolho	5 (8,47)	2 (3,39)	6 (10,17)	10 (16,95)	36 (61,01)
	Agrião/almeirão	0 (0)	1 (1,69)	1 (1,69)	0 (0)	58 (98,30)
	Brócolis/couve-flor/couve	1 (1,69)	1 (1,69)	7 (11,86)	9 (15,25)	41 (69,49)
	Tomate	12 (20,34)	4 (6,78)	26 (44,06)	6 (10,17)	11 (18,64)
	Cenoura	11 (18,64)	10 (16,95)	21 (35,59)	3 (5,08)	14 (23,73)
	Jerimum	7 (11,86)	1 (1,69)	15 (25,42)	10 (16,95)	26 (44,06)
	Alho/cebola	15 (25,42)	17 (28,81)	20 (33,90)	2 (3,39)	5 (8,47)
	Legumes: jiló/berinjela/pepin o	4 (6,78)	3 (5,08)	3 (5,08)	11 (18,64)	38 (64,40)
	Legumes: abobrinha/ beterraba	5 (8,47)	4 (6,78)	7 (11,86)	6 (10,17)	37 (62,71)

5.2 Hábitos e padrões alimentares

Ao analisar a frequência de consumo alimentar dos discentes de farmácia, no consumo do grupo 1, leite e produtos lácteos, o consumo diário de alimentos de risco como leite integral (20,34%) é maior em relação ao grupo protetor que traz o queijo branco (15,25%) como o de maior consumo diário. GOLLINO, L. *et al.* (2015) em um estudo com 111 universitários do curso de nutrição na UFTM em Uberaba, minas gerais, notou que mesmo sendo universitários do curso de nutrição e tendo maior entendimento dos hábitos alimentares saudáveis e tendo resultados positivos ainda era necessário a melhoria do consumo dos derivados do leite para obtenção de cálcio o que reflete também no consumo diário dos estudantes. Esse grupo tem alto valor biológico e de nutrientes essenciais como fósforo, vitaminas A, D, B2, segundo, além do cálcio e proteínas (PHILIPPI, 2014).

Na frequência do grupo 2, carnes, pescados e ovos os alimentos de risco estão com baixo consumo diário, já os alimentos protetores que teve maior consumo diário foram, frango (25,4%), ovo (18,64%) e carne de boi (8,47%) em outro estudo com 170 universitários na UFLA localizado em lavras, Minas Gerais CREPALDI LUNKES, L. *et al.* (2015) notou que o consumo de carne de boi era maior entre os estudantes devido a saberem que a carne vermelha é uma ótima fonte de proteínas. O consumo maior

de frango diferindo do consumo maior de carne no estudo, pode estar atrelado a fatores socioeconômicos e culturais, no estudo feito na UFLA é citado também que o baixo consumo de carne suína poderia estar ligado a mitos já estabelecidos na sociedade de um impacto negativo do consumo desse tipo de carne o que também pode ter correlação com o baixo consumo da carne suína pelos estudantes deste projeto.

Observando o grupo 3, verduras e legumes, embora tenham apenas alimentos protetores neste grupo observa-se o consumo diário da maioria das verduras e legumes, com apenas um maior consumo de alface/escarola (22,03%) juntamente com alho/cebola (25,42%). Em contrapartida o consumo esporádico é muito mais elevado como a ingestão de agrião/almeirão (98,30%), junto com acelga (81,35%) e brócolis/couve-flor/couve (69,49%) essa deficiência na dieta está em acordo com o estudo feito por OLIVEIRA, A. C. A. et al. (2011) também em alunos do curso de farmácia da UFJF localizada em Minas Gerais, no estudo feito com 300 discentes, também houve baixa adesão no consumo diário de verduras e legumes juntamente com deficiência e carência de diversidade alimentar por estarem fazendo ingestão de um tipo de verdura e ou legume o que poderia resultar no desenvolvimento de possíveis DCNT.

No grupo 4, referentes as frutas e sucos naturais é um caso semelhante ao grupo anterior, embora neste grupo há uma diversidade maior do consumo diário de frutas que são tidos como protetoras como bananas (18,64%) seguido por laranja/mexerica e mamão/melancia/suco (ambos com 11,86%) tem um déficit no consumo das outras frutas do grupo, esse padrão também foi encontrado no estudo de RAMALHO, A. A. (2012) com 4.500 estudantes de 34 cursos da UFAC no estado do Acre se observou alunos mais de classes mais baixas tinham dificuldade em ter uma dieta mais diversa de frutas o que pode possivelmente também explicar a simetria da escassez na dieta dos alunos de farmácia no consumo de frutas e sucos naturais.

Para a frequência alimentar do grupo 5 pães, cereais, tubérculos e leguminosas, esses alimentos possuem o carboidrato como nutriente predominante em sua constituição, sendo basicamente a fonte energética principal da cultura de um país sendo produzido pela fotossíntese das plantas, muitos vegetais como batata, arroz e mandioca se especializaram em produzir carboidratos na forma de amido (PHILIPPI, 2014). No consumo diário do grupo de risco macarrão/massas/instantâneo (23,73%) e farinha/farofa (15,25%) e pão de forma/caseiro/bisnaga (15,25%),

entretanto em comparação ao protetor, arroz (67,80%) e feijão (55,93%) são os mais consumidos nesse grupo, pode-se afirmar que os alunos que consomem diariamente arroz também consomem feijão, tanto por ser uma fonte completa de proteínas como também é uma refeição típica do Brasil, para o *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil,2019) o consumo desse tipo de alimento é completamente saudável e recomendável visto que são alimentos considerados *in natura*.

A frequência diária para o grupo 6 óleo e gorduras que por si só é um grupo composto apenas por alimentos de risco, o óleo de soja/milho/canola/girassol (27,12%) e margarina (25,42%) estão como mais consumidos, esse consumo se assemelha a um estudo de GUIMARAES, R. (2012) feito na UFPA no Pará com 22 estudantes de diferentes cursos, no estudo mostrou-se que 81,8% dos estudantes tinham ingestão diária de óleos e gorduras e apenas 18,1% dos universitários que foram entrevistados faziam consumo semanal do grupo óleos e gorduras se assemelhando também com o consumo semanal de óleo de soja/milho/canola/girassol (8,47%) e margarina (16,95%) dos alunos da pesquisa.

O grupo 7 dos doces, salgadinhos e guloseimas inclui apenas alimentos de risco. Achocolatados (13,56%), biscoito doce recheado (13,56%) e biscoito salgado água e sal/cream cracker (11,86%) estão nos ingeridos diariamente, no estudo de CUNHA, P. C. et al. (2023) feito com 1.063 alunos de 2016 a 2018 em uma Universidade Publica do Mato grosso, mostrou que ao longo desse período o consumo desse grupo se mantinha elevado, trazendo possíveis riscos para aparecimentos de DCNT. O segundo passo do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2019), sugere usar com total moderação os sais e açúcares, a fim de evitar os riscos para DCNT que tem crescido nos últimos anos. A organização Mundial da Saúde (WHO/FAO, 2003) em 2003 já evidenciava que o consumo de alimentos com baixo índice glicêmico (IG) diminui o risco de excesso de peso e obesidade, ao contrário de uma dieta rica em açúcares, tende a aumentar esse risco.

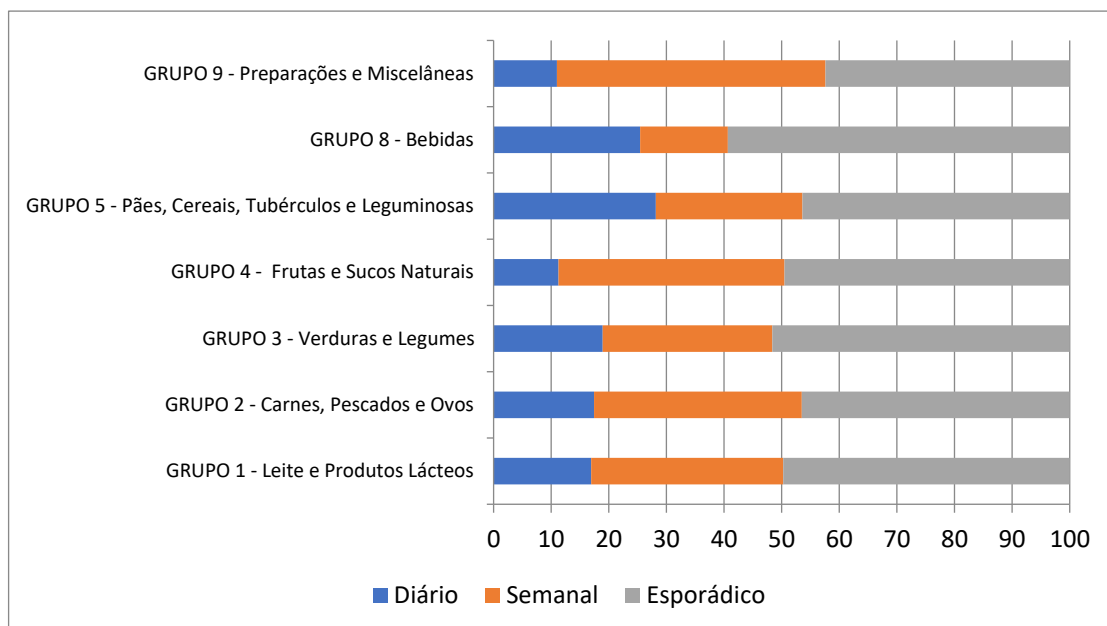
Em relação ao consumo do grupo 8 das bebidas, o consumo esporádico de bebidas alcoólicas cerveja (89,93%) e refrigerantes (50,85%) e o consumo diário do grupo protetor com café (18,84%) mostra um bom resultado da falta de ingestão de álcool e bebidas adocicadas. Em um estudo feito por ROSA, L. C. M. et al. (2021) feito com 117 estudantes do curso de biomedicina de diferentes períodos na UEM em Maringá, mostra que o consumo de álcool entre os universitários tendia a aumentar

ao longo do curso, indo de contra com a falta de ingestão de álcool nos estudantes que pode ter relações com as experiências individuais vivenciadas no curso.

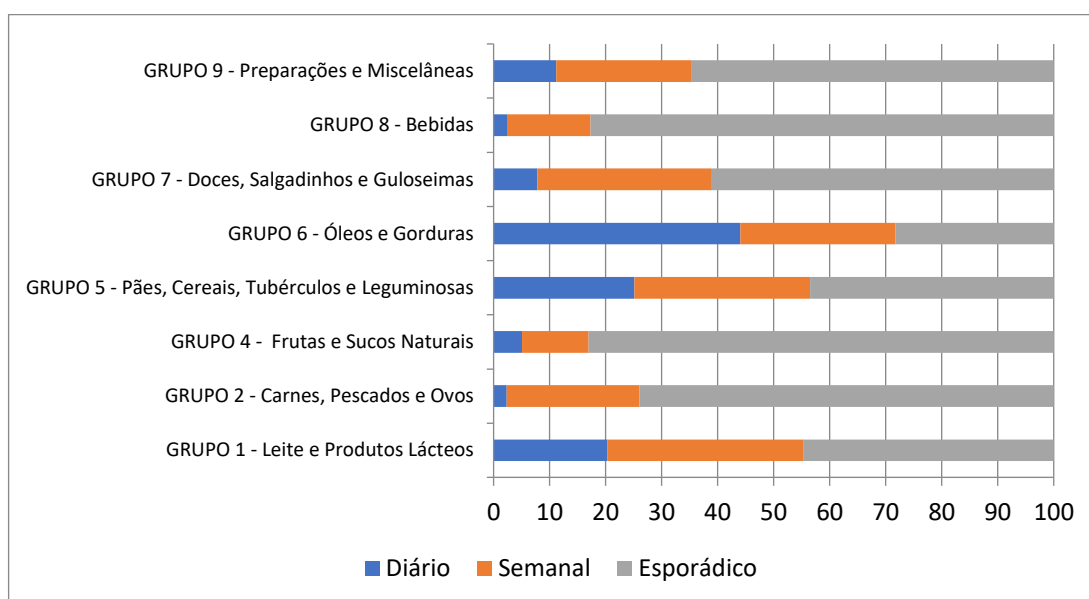
Por fim o grupo 9 das preparações e miscelâneas o consumo frequente diário dos alimentos de risco são açúcar para adição (22,03%) e molhos industrializados: catchup/mostarda (5,08%) nesse grupo os alimentos de riscos são considerados ultraprocessados e no grupo dos alimentos protetores molho de tomate (15,25%) e sopa legumes/feijão/canja (5,08%) estão nos consumidos diariamente. No estudo de MESCOLOTO, S. B. et al. (2017) na USP em São Paulo com 40 estudantes de diferentes cursos, mostrou que o consumo de alimentos ultraprocessados representava quase metade da ingestão energética dos alunos, reforçando o uso de guias alimentares para conscientização dos estudantes e diminuir possíveis riscos para as DCNT.

5.3 Frequência de consumo

Para conhecer os hábitos alimentares dos estudantes que responderam à pesquisa, na figura 2 e figura 3 o consumo diário inclui 1x ao dia + 2x ou mais ao dia, semanal inclui 1x por semana + 2 a 4x por semana e esporádico inclui <1x por mês + raramente/nunca. Observa-se que no consumo diário que tem os alimentos tidos como protetores se destacam os grupos pães, cereais, tubérculos e leguminosas com 28,17% e bebidas com 25,42%. Nesse panorama é importante destacar que o consumo semanal de alimentos protetores tem maior frequência quando comparado aos alimentos de risco (Figura 3) demonstrando um conhecimento e preocupação maior dos estudantes em tentar manter uma alimentação que se direciona para hábitos mais saudáveis, esses fatores podem estar relacionados por serem estudantes da área da saúde. Para SANTOS, A. C. F. et al. (2019) em um estudo semelhante com estudantes universitários também se notou consumo diário de cereais, leguminosas, carnes e frutas, entretanto com uma frequência menor do que o recomendado pelo *Guia Alimentar para a População Brasileira*, exigindo atenção para futuras melhorias na ingestão desses grupos de alimentos.

Figura 2: Frequência de consumo de alimentos protetores, Recife, PE, 2024 (n=59).

Na figura 3, referente à frequência de consumo dos alimentos considerados de risco, o consumo diário do grupo dos óleos e gorduras e o grupo pães, cereais, tubérculos e leguminosas tem o consumo diário alto com 44,06% e 25,14% respectivamente. Em contrapartida a frequência de consumo geral do perfil esporádico dos alimentos de risco tem maior constância, o que novamente pode ter relação com uma preocupação dos estudantes em consumir menos alimentos de risco. A OMS em 2003 recomenda que tais alimentos devem ser menos consumidos, porém, não abolidos totalmente (WHO/FAO, 2003).

Figura 3: Frequência de consumo de alimentos de risco, Recife, PE, 2024 (n=59).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados aqui apresentados, demonstram que pela quantidade de estudantes do curso de farmácia que participaram da pesquisa demonstram que embora não estejam em total risco de adquirir as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem que haver melhorias nos hábitos alimentares saudáveis.

A dieta dos estudantes não está em total acordo com *O Guia Alimentar para a População Brasileira*. Pois existe a falta da ingestão de uma diversidade maior nos alimentos dos grupos 3 e 4 que são tidos como alimentos protetores e ricos em nutrientes essenciais, isso não gera riscos a princípio, mas não os protege das DCNT.

No caso dos estudantes de farmácia, por serem da área da saúde, traz o entendimento que uma boa alimentação leva a uma vida mais saudável e livre das DCNT. Desta forma, mesmo imersos em uma rotina desgastante e com déficit de escolha de alguns alimentos dos grupos citados, isso não fariam com que desenvolvesse as DCNT, porém é necessária uma revisão na alimentação de todos os discentes para futuras melhorias e desenvolvimento de uma dieta diversa, rica em várias proteínas, vitaminas e minerais e assim consequente mais saudável.

Desta forma, se faz necessário mais estudos sobre o tema no futuro, considerando populações maiores além dos estudantes, orientação e intervenção para futuras ações educativas, um tempo maior de coleta de dados, avaliar se há relação do perfil de consumo dos estudantes até o 4º período e após o 4º período quando disciplinas de alimentos da grade do curso são iniciadas e um formulário mais amplo e diversificado a fim de complementar os resultados aqui apresentados.

REFERÊNCIAS

ACHTERBERG, G, McDONNELL, E., BAGBY, R. **How to put the food guide into practice.** *Journal of American Dietetic Association*, Chicago, v.94, n.9, p.1030-1035, 1994.

ARAÚJO, W.M.C.; BOTELHO, R.A.; GINANI, V; ARAÚJO, H.M.C.; ZANDONADI, R.P. **Da Alimentação à Gastronomia.** Brasília: Ed. UNB, 2005. 102p.

AZEVEDO, E. C. DE C. et al. Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 19, n. 5, p. 1613–1622, 2014.

BLEIL, S. I. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Revista Cadernos de Debate*. UNICAMP, São Paulo, 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Guia de bolso do consumidor saudável.** Brasília, [2003?]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2003>>. Acesso em: 03 fev. 2024.

BRASIL. **Constituição 1988.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Guia Alimentar para a População Brasileira.** Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Panorama da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 52, n. 23, p. 13-20, jun. 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/21/boletim_epidemiologico_svs_23.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – 2. ed. atualizada [versão eletrônica] – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 151 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.** Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.: il

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2020:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre

frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília, DF: MS, 2021c.

CRAIG WJ. **Phytochemicals: guardians of our health**. J Am Diet Assoc 1997; 97: 10 (2):S199-204.

CREPALDI LUNKES, L. et al. Consumo de carnes e percepção dos universitários de Lavras-MG em relação a carne de peixe e seus benefícios à saúde. **Archivos latinoamericanos de nutricion**, v. 68, n. 4, p. 295–302, 2018.

CUNHA, P. C. et al. Consumo de açúcar livre e fontes dietéticas na dieta de estudantes universitários segundo fatores socioeconômicos e de estilo de vida. **Revista de Nutrição**, v. 36, p. e210153, 2023.

DE ANGELIS RC. **Fome oculta, impacto para a população brasileira**. São Paulo: Atheneu, 1999.

DINIZ, A. C. L.; ALVES, G. C.; FURLAN, L. C.; MARIN, M. T.; ALMEIDA, A. E.. PAFE: projeto de assistência farmacêutica estudantil. In: **CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UNESP**, 8. Anais. 2015. p.1-7 Disponível em: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199754038.001.0001/acprof-9780199754038>

DOLL R. **The lessons of life: keynote adress to the nutrition and cancer conference**. **Cancer Research**, 1992; 52:2024-9.

FISBERG RM; COLUCCI ACA; MORIMOTO JM; MARCHIONI DML. Questionário de frequência alimentar para adultos com base em estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 550-554, 2008.

FREITAS, M do C. S. de. ; PENA, P.G. L. Segurança Alimentar e Nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. **Revista de Nutrição**, Campinas, 20(1), 2007.

FURLAN-VIEBIG, R.; PASTOR-VALERO, M. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. **Revista de saúde pública**, v. 38, n. 4, p. 581–584, 2004.

GINANI, V. **Índice de Aceitação de Preparações Regionais com Teor Modificado**. Dissertação de Mestrado (Mestre em nutrição Humana) Universidade de Brasília, Brasília, 2004. 148p.

GLOBAL BURDEN DISEASE. (GBD) 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries,1990-2017: **a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017**. Lancet. 2019;393(10184):1958-1972.

GOLDBERGER J. Considerations on pellagra [1914]. In: **The Challenge of Epidemiology: issues and selected readings**. Washington: Paho, 1998. (Scientific Publication, 505).

GOLLINO, L. et al. Avaliação da ingestão de leite e substitutos e do hábito do jejum de universitários do curso de nutrição. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 20, n. 2, p. 236, 2015.

GUIMARAES, R. Hábitos alimentares de universitários da Amazônia Brasileira. **Antropologia portuguesa**, n. 30–31, p. 99–112, 2016.

HAGDRUP MD, Simões, EJ, Brownson RC. Fruit and vegetable consumption in Missouri: knowledge, barriers and benefits. **Am J Health Behav** 1998; 22 (2): 90-100.

HALLIWELL, B. **Free radicals and antioxidants: a personal view. Nutrition Reviews**, New York, v.52, n.8, p.253-265, 1994

HAVAS S, Anliker J, Damron D, Langenberg P, Ballesteros M., Feldman R. **Final results of the Maryland WIC 5-a-day promotion program.** Am J Public Health 1998; 88(8):1161-7.

JOMORI, M. M; PROENÇA, R. P. da C.; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. **Revista de Nutrição**. Campinas, 21(1), 2008.

KAC G; SICHIERI R; GIGANTE DP. Introdução à Epidemiologia Nutricional. In: KAC G; SICHIERI R; GIGANTE DP. **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007.

KALIL, A.C., PHILIPPI, S.T., LERNER, B.R., KUROBA, C.H., BOOG, M.C.F., ROSA, M.L., SOBRINHO, O.N.N., LEPPER, R.M., FARIA, Z. **Grupo de Alimentos. Revista ABIA/SAPRO**, São Paulo, v.11, p.38-44, 1974.

LIND J. An inquire into the nature, causes, and cure of the scurvy [1753]. In: **The Challenge of Epidemiology: issues and selected readings**. Washington: Paho, 1998. (Scientific Publication, 505).

MAHAN, L. K., Escott-Stump, S., & Raymond, J. L. (2018). **Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia** (14o ed). Elsevier Editora Ltda.

MESCOLOTO, S. B. et al. Dietary intake among university students: Protective foods versus ultra-processed foods. **DEMETRA Alimentação Nutrição & Saúde**, v. 12, n. 4, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 31 dez. 2010b. Seção 1, p. 89. Disponível em: . Acesso em: 2 fev. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2012**. Brasília, 2011b. 148 p.

MONTEIRO CA, Levy RB, Claro RM. **A new classification of foods based on the**

extent and purpose of their processing. Cad Saude Publica 2010; 26(11):2039-2049.

MONTEIRO CA; MONDINIB L; COSTA RBL. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev. Saúde Pública.**, 34 (3): 251- 58, 2000.

OLIVEIRA, A. C. A. et al. Consumo de frutas e hortaliças por estudantes do curso de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora. **HU Revista**, v. 37, n. 3, 2011.

OMS-OPS. **El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud.** (OPS/HSS/HSE/95.01). Tokio, 1993. P.13 (Informe de la reunión de la OMS 1993).

PELLERANO, Joana A. **Embalados e prontos para comer: Relações de consumo e incorporação de alimentos industrializados.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

PEREIRA RA; SICHIERI R. métodos de Avaliação do Consumo de Alimentos. In: KAC G; SICHIERI R; GIGANTE DP. **Epidemiologia Nutricional.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007.

Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: **avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil** / IBGE. [s.l: s.n.].

PHILIPPI, S. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição.** 2ª. ed. Barueri, SP: Editora Manole, 2014. p. 75–76fun

PHILIPPI, S. T. et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Rev. nutr.**, Campinas, v.12, n.1, p. 65-80, jan./abr., 1999.

PINHEIRO, L. S.; SILVA, C. C. da. (2020). **A importância do oficial farmacêutico na equipe multiprofissional de assistência à saúde dos militares do exército brasileiro.** Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/7537/1/Cap_Leandro%20Soares%20Pinheiro.pdf. Acesso em: 15 out. de 2022.

POUBEL, R. de O. **Hábitos alimentares, Nutrição e sustentabilidade:** Agroflorestas Sucessionais como Estratégia na Agricultura Familiar. Dissertação de Mestrado (Mestre em Desenvolvimento Sustentável) Universidade de Brasília, Brasília, 2006. 136p.

RAMALHO, A. A.; DALAMARIA, T.; SOUZA, O. F. DE. Consumo regular de frutas e hortaliças por estudantes universitários em Rio Branco, Acre, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de saúde publica**, v. 28, n. 7, p. 1405–1413, 2012.

ROSA, L. C. M. et al. Prevalência e características do consumo de álcool entre universitários. **Saúde e pesquisa**, v. 14, n. 4, p. 1–12, 2021.

SANTOS, A. C. F. DOS et al. CONSUMO DE ALIMENTOS PROTETORES E RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER ENTRE ESTUDANTES DA SAÚDE. **DEMETRA Alimentação Nutrição & Saúde**, v. 14, p. e38290, 2019.

SHAN Z, Rehm CD, Rogers G et al. **Trends in Dietary Carbohydrate, Protein, and Fat Intake and Diet Quality Among US Adults, 1999-2016**. JAMA. 2019; 322(12):1178-87.

SLATER, B.; PHILIPPI, S. T.; MARCHIONI, D. M. L.; FISBERG, R. M. Validação de Questionários de Frequência Alimentar - QFA: considerações metodológicas. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 6, n. 3, p. 200-208, 2003.

SOUZA, Luiz Eduardo Nunes de. Perfil nutricional e consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em mulheres participantes do programa academia da cidade, Recife(pe), Brasil. **Perfil Nutricional e Consumo Alimentar de Risco e Proteção Para As Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Um Estudo em Mulheres Participantes do Programa Academia da Cidade, Recife (PE), Brasil**, Recife, p. 1-47, jul./out. 2015.

SPILLER, G. **The super pyramid**. Washington DC : Times Books, 1993.

STEINMETZ KA, Potter JD. **Vegetables, fruit and cancer prevention: a review**. J Am Dietetic Ass,1996; 96 (10):1027-39.

TAKAKI B. The preservation of health amongst the personnel of the Japanese Navy and Army [1906]. In: In: **The Challenge of Epidemiology: issues and selected readings**. Washington: Paho, 1998. (Scientific Publication, 505)

TARDIDO AP; FALCÃO MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras Nutr Clin.**, 21 (2): 117-24, 2006.

TRIOLA, Mário F. **Introdução à Estatística**. 7a. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

VARGAS, M. C.; SILVA, N. R. (org.). **De onde vem nossa comida?** 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2016.

VRANJAC, A.; DE MORAES, J. C.; SANCHES., A. M. **Alimentação saudável na prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis- DCNT**. [s.l: s.n.].

WELSH, S., DAVIS, C., SHAW, A. **A brief history of food guides in the United States**. **Nutrition Today**, Annapolis, v.27, n.6, p.6-11, 1992a.

WELSH, S., DAVIS, C., SHAW, A. **Development of the food guide pyramid**. **Nutrition Today**, Annapolis, v.27, n.6, p.12-23, 1992b.

WILETT W. Nutritional epidemiology. 3. ed. New York: Oxford University Press; 2012 [citado 19 mar 2020]. Chapter 5, **Food frequency methods**; p. 70-95.

WILLETT, W., 1998. **Nutritional Epidemiology**. 2nd Ed. New York: Oxford University Press.

WOLF, V. L. W.; MARTIN, J. E. S. S.; SOUSA, S. F.; SANTOS, H. D. O.; FOLMANN, A. G.; RIBEIRO, R. R.; GUERRA-JÚNIOR, G.. Efetividade de programas de intervenção para obesidade com base em orientações para escolares adolescentes: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v.37,n.1,p.110-120,2019DOI:<http://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;1;00015>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014.

World Health Organization. **Obesity. Preventing and managing the global epidemic**. Report of the World Health Organization consultation on obesity, Geneve,1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneve, 2003. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. Technical Report Series, 916.

APENDICE 1

QUESTIONÁRIO DE FREQUENCIA ALIMENTAR

Olá, me chamo Antônio Vinícius Sousa Silva, curso o 10º período do curso de Farmácia - UFPE, esse formulário compõe parte do meu TCC com tema: *"Hábitos Alimentares dos Estudantes de Farmácia da Universidade Federal de Pernambuco com Base no Guia Alimentar para População Brasileira."*

Desenvolvi esse formulário para ver como está sua alimentação, responda com sinceridade e sem pressa.

Junto ao formulário(QFA) vem o TCLE que é um documento que esclarece os objetivos da pesquisa assim como assegura que não haverá qualquer dano para você nessa pesquisa; o TCLE está disponível em anexo (link a seguir) para a leitura e mais detalhes acerca da pesquisa.

[TCLE virtual +18](#)

* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail *

Registro de consentimento

Agora que você leu o TCLE, aceite participar da pesquisa assinalando a opção adequada para a questão na sequência. Solicitamos que o questionário seja respondido e enviado uma única vez.

2. Você aceita participar da pesquisa? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Estou de acordo com o que foi esclarecido no texto acima e no TCLE.
- ☐ Não. Não quero participar. Obrigado.

Dados Importantes

Nessa parte da pesquisa, recolho alguns dados para melhor mapear o perfil alimentar.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeyVs9tnul0zEOO9g6tSJK70KtfFgcV_DPJkY58YM0DZ_0iTA/viewform?usp=sf_link

3. Nome completo: *

4. Idade *

5. Qual seu ano de ingresso? *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ 2019.1
- ☐ 2019.2
- ☐ 2020.1
- ☐ 2020.2
- ☐ 2021.1
- ☐ 2021.2
- ☐ 2022.1
- ☐ 2022.2
- ☐ 2023.1

6. Grupo I, LEITE E PRODUTOS LACTEOS *

Marque todas que se aplicam.

	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	2 a 4 vezes ou por semana	1 vez por semana	< 1 vez por mês	Raramente/nunca
Leite desnatado ou semi- desnatado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Leite Integral	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Iogurte natural/polpa (integral/light)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Queijo Branco (minas/coalho)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Queijo Amarelo (prato/mussarela)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Creme de Leite	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Grupo II, CARNES PESCADOS E OVOS *

Marque todas que se aplicam.

	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	2 a 4 vezes ou por semana	1 vez ou por semana	< 1 vez por mês	Raramente/nunca
Ovo (frito/mexido/poche)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Frango (cozido/assado/frito)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Carne de boi (bife/panela)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Estrogonofe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Panqueca de carne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hamburguer/cheesburger	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Carne suína (lombo/bisteca)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Figado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Visceras de frango (miúdos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mortadela, presunto	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Linguiça/salsicha	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bacon e toucinho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Peixe (cozido/assado/frito)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atum/sardinha em conserva	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Camarão	☐	☐	☐	☐	☐	☐

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeyVs9tnul0zEOO9g6tSJK70KtfFgcV_DPJkY58YM0DZ_0iTA/viewform?usp=sf_link

8. Grupo III, VERDURAS E LEGUMES *

Marque todas que se aplicam.

	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	2 a 4 vezes ou por semana	1 vez ou por semana	< 1 vez por mês	Raramente/nunca
Alface/escarola	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acelga	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Repolho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Agrião/almeirão	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Brocolis/couve flor/couve	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tomate	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cenoura	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jerimum (Abobora)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alho/cebola	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Legumes: jiló/berinjela/pepino	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Legumes: abobrinha/beterraba	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Grupo IV, FRUTAS E SUCOS NATURAIS *

Marque todas que se aplicam.

	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	2 a 4 vezes ou por semana	1 vez ou por semana	< 1 vez por mês	Raramente/nunca
Laranja/mexerica	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Suco de Laranja	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Suco de limão	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bananas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Suco de maracujá	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abacaxi/suco	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Maçã/pêra	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mamão/melancia/suco	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Suco de caju	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Suco de acerola	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Uvas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manga/suco	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outras frutas: pêssego/figo/ameixa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oleaginosas: amendoim, castanhas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Azeitonas	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Grupo V, PAES, CEREAIS, TUBERCULOS E LEGUMINOSAS *

Marque todas que se aplicam.

	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	2 a 4 vezes ou por semana	1 vez ou por semana	< 1 vez por mês	Raramente/nunca
Pão francês	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pão de forma/caseiro/bisnaga	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pão integral/diet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cereais matinais	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Milho verde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Batata cozida/purê/assada	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Batata fritas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Arroz cozido	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Polenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Macaxeira cozida	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Farinhas/farofa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Macarrão/massas/instateneo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Feijão cozido	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Feijão branco/ervilha/lentilha	☐	☐	☐	☐	☐	☐

◀ ▶

11. Grupo VI, OLEOS E GORDURAS *

Marque todas que se aplicam.

	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	2 a 4 vezes ou por semana	1 vez ou por semana	< 1 vez por mês	Raramente/nunca
Óleo de soja/milho/canola/gir assol	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Margarina	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manteiga	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Grupo VII, DOCES, SALGADINHOS E GULOSEIMAS *

Marque todas que se aplicam.

	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	2 a 4 vezes ou por semana	1 vez ou por semana	< 1 vez por mês	Raramente/nunca
Chocolates variados	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Achocolatado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sobremesas Cremosas (pudim/manjar)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Doce de frutas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sorvetes cremosos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Doce de bar (amendoim/leite/sus piro)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Salgadinhos de bar (esfiha/coxinha/paste l)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Biscoito salgado agua e sal/cream cracker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Biscoito doce maisena/leite/maria	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Biscoito doce recheado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bolo simples	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bolo/torta recheado/com frutas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Torta salgada	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pizza	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pão de queijo	☐	☐	☐	☐	☐	☐

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeyVs9tnul0zEOO9g6tSJK70KtfFgcV_DPJkY58YM0DZ_0iTA/viewform?usp=sf_link

13. Grupo VIII, BEBIDAS *

Marque todas que se aplicam.

	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	2 a 4 vezes ou por semana	1 vez ou por semana	< 1 vez por mês	Raramente/nunca
Refrigerantes (cola/limão/laranja/guaraná)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cerveja	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vinho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outras bebidas alcoólicas: pinga/uísque	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Chá mate/preto infusão	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Café (com açúcar/sem açúcar)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Suco artificial em pó	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Grupo IX, PREPARAÇÕES E MISCELANEAS *

Marque todas que se aplicam.

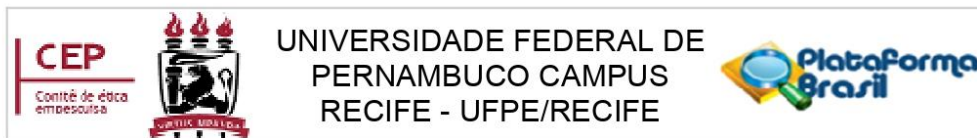
	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	2 a 4 vezes ou por semana	1 vez ou por semana	< 1 vez por mês	Raramente/nunca
Açúcar para adição	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sopa legumes/feijão/canja	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Molho de maioneses	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Salada legumes com maionese	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Molhos industrializados: catchup/mostarda	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Molho de tomate	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Extrato de soja	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeyVs9tnul0zEOO9g6tSJK70KtfFgcV_DPJkY58YM0DZ_0iTA/viewform?usp=sf_link

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HÁBITOS ALIMENTARES DOS ESTUDANTES DO CURSO DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO COM BASE NO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA.

Pesquisador: DANIELLE CRISTINE ALMEIDA SILVA DE SANTANA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67760023.9.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.011.833

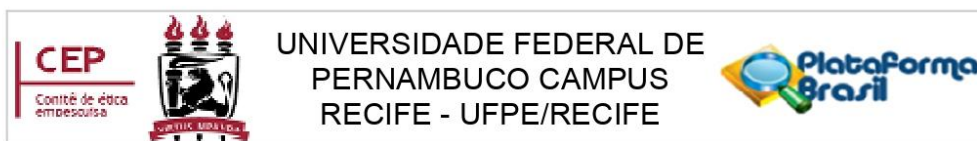
Apresentação do Projeto:

O projeto "Hábitos alimentares dos estudantes do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Pernambuco com base no Guia Alimentar para a População Brasileira" trata-se de um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, do aluno Antônio Vinícius Sousa Silva, do Curso de Graduação em Farmácia, sob a orientação da Profa. Dra. Danielle Cristine Almeida Silva de Santana, do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPE. Diante das mudanças alimentares na humanidade nos últimos 100 anos a má alimentação tem tido um crescimento alarmante. Consequência disso é o crescimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que vem tendo uma grande elevação por falta de uma alimentação mais saudável, somados as condições socioeconômicas e sociodemográficas. É papel também do Farmacêutico informar, estudar e observar como andam os hábitos dessa parte da população que por falta de informações básicas acabam susceptíveis a essas enfermidades e a uso de medicações que poderiam ser evitadas com uma alimentação mais sadia. Dessa forma esse estudo tem como objetivo examinar como anda a alimentação de estudantes do Curso de Farmácia, da Universidade Federal de Pernambuco e a partir dos resultados colhidos elaborar um material didático educativo para conscientizar e informar o hábito alimentar saudável.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.011.833

Investigar o consumo alimentar de estudantes do Curso de graduação em Farmácia da UFPE com base no Guia Alimentar para a População Brasileira e na Pirâmide alimentar com enfoque na orientação educacional acerca de hábitos alimentares para manutenção da saúde.

Objetivos Secundários:

- Identificar o perfil socioeconômico dos voluntários participantes do estudo;
- Aplicar formulário para a coleta de informações referentes ao consumo alimentar da população em estudo;
- Identificar riscos associados aos hábitos alimentares da população em estudo;
- Elaborar material didático destinado a ações de orientação educacional para a população estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os pesquisadores consideram como risco o preenchimento do formulário que poderá ocasionar desconforto e cansaço pelo tempo utilizado. Desta forma, as perguntas foram elaboradas de maneira simples e objetiva para acelerar o preenchimento e minimizar esse risco. Possíveis constrangimentos ou incômodos com o preenchimento do formulário podem ocorrer e, por ser realizado em ambiente virtual, perda ou vazamento indesejável de dados dos participantes da pesquisa não podem ser descartados. Para tais eventos não acontecerem os dados ficarão guardados em HD externo da pesquisadora responsável.

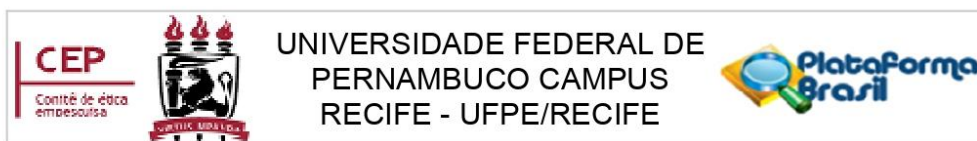
Benefícios:

A pesquisa poderá ajudar na autoavaliação dos hábitos alimentares dos participantes da pesquisa e consequentemente gerar interesse na implementação de bons hábitos alimentares, com impacto positivo na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo observacional transversal realizado com estudantes do Curso de graduação em Farmácia da Universidade Federal de Pernambuco, campus Recife. Serão incluídos estudantes do 4º, 5º e 6º períodos para realização do estudo, sendo composta por 105 estudantes. Será empregado, para a coleta de dados, o questionário de frequência alimentar (QFA), que é um método de inquérito alimentar que é usado em investigações epidemiológicas, para coletar informações sobre consumo alimentar e dietético. Ele tem como objetivo fazer a relação entre

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.011.833

dieta e doença. A coleta/participação de cada aluno será de forma voluntária sendo feita por divulgação de cada representante de turma que será contactado e explicado todo o projeto, este fará a divulgação de forma online para cada turma citada. Dessa forma desde a coleta até a aplicação do QFA a pesquisa será de forma online. Os estudantes incluídos na pesquisa deverão responder quantas vezes consomem cada alimento dos grupos descritos através de questões de múltipla escolha que indicam a frequência de consumo. O QFA inclui 98 alimentos, sendo utilizado as seguintes categorias de frequência de consumo: duas vezes ou mais ao dia, uma vez ao dia, duas a quatro vezes por semana, 1 vez por semana, 1 vez por mês. O formulário deverá ser preenchido a cada 15 dias por cada participante durante o período da pesquisa. O orçamento financeiro da pesquisa será de inteira responsabilidade da pesquisadora principal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora responsável anexou Folha de Rosto assinada pela chefe do Departamento de Ciências Farmacêuticas, da UFPE; projeto de pesquisa; Carta de anuência do Departamento de Ciências Farmacêuticas; Histórico Escolar do aluno; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos ou emancipados; Autorização de Uso de Arquivos/Dados de Pesquisa assinada pela Coordenadora do Curso de Farmácia da UFPE; Termo de Compromisso e Confidencialidade assinado pela pesquisadora responsável e os currículos dos dois pesquisadores envolvidos no projeto.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

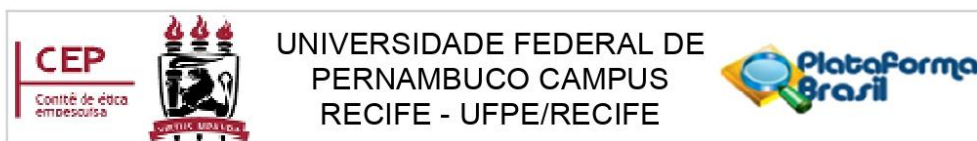
O projeto não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final,

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.011.833

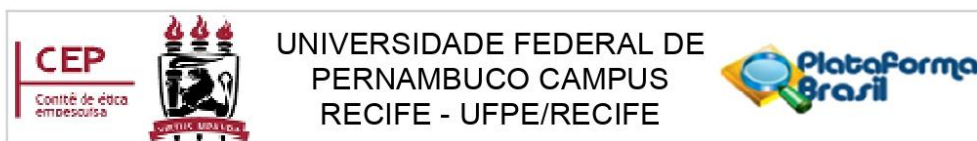
pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2087788.pdf	17/04/2023 11:30:43		Aceito
Outros	CartarespostadependenciasaoCEPassinado.pdf	17/04/2023 11:29:51	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEColetaVirtualajustado.pdf	17/04/2023 11:28:43	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
Outros	ProjetoparaCEPdetalhado destaquesamarlo.pdf	27/03/2023 11:22:34	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
Outros	CartarespostadependenciasaoCEP.pdf	27/03/2023 11:19:41	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
Outros	DeclUsoDados_Antnio_Vincius_Sousa_Silva.pdf	27/03/2023 11:18:01	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEColetaVirtual.pdf	27/03/2023 11:15:06	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
Outros	TermoConfidencialidadeassinado.pdf	07/03/2023 19:18:55	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoparaCEPdetalhado.pdf	07/03/2023 19:17:04	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMaiores18doc.pdf	07/03/2023 19:16:38	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLattes_DanielleCristineAlmeidaSilvadeSantana.pdf	21/02/2023 12:15:05	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLattes_AntonioViniciusSousaSilva_.pdf	21/02/2023 12:14:01	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.011.833

Outros	SIGaUFPE.pdf	21/02/2023 12:09:27	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
Outros	uso_de_arquivos.pdf	21/02/2023 11:57:23	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
Outros	cartaanuencia.pdf	21/02/2023 11:56:48	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado_ANTONIO_assi nado.pdf	21/02/2023 11:49:57	ANTONIO VINICIUS SOUSA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 19 de Abril de 2023

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br