

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Curso de Nutrição

Regiane Aparecida Da Silva Batista

**PERFIL ALIMENTAR E FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS
CARDIOVASCULARES EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE**

São Paulo
2020

Regiane Aparecida da Silva Batista

**PERFIL ALIMENTAR E FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS
CARDIOVASCULARES EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Nutrição
Orientador: Prof^a. Ms. Marcela Maria Pandolfi

**São Paulo
2020**

B337p Batista, Regiane Aparecida da Silva

Perfil alimentar e fatores de risco para doenças cardiovasculares em universitários da área de saúde / Regiane Aparecida da Silva Batista. – São Paulo, 2020.

33 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Santo Amaro, 2020.

Orientador(a): Prof^a. Me. Marcela Maria Pandolfi

1. Doenças cardiovasculares. 2. Fatores de risco. 3. Consumo de alimentos. 4. Estudantes universitários. I. Pandolfi, Marcela Maria, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Regiane Aparecida da Silva Batista

**PERFIL ALIMENTAR E FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS
CARDIOVASCULARES EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Nutrição

Orientador: Prof^a. Ms. Marcela Maria Pandolfi

São Paulo de20202

Banca Examinadora

Prof. Dr.

Profa. Dra.

Profa. Dra.

Conceito Final: _____

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
MÉTODO.....	10
3.1 Desenho.....	10
3.2 Local do Estudo.....	10
3.3 População de Estudo.....	10
3.4 Critérios de Inclusão e de Exclusão.....	10
3.5 Aspectos Éticos.....	10
3.6 Coleta de dados.....	11
3.7 Variáveis do estudo.....	11
3.8 Análise de Dados.....	12
3.9 Riscos.....	12
3.10 Benefícios.....	12
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	13
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento	
ANEXO B – Termo de Compromisso de Confidencialidade	
ANEXO C - Carta de Autorização para Coleta de Dados	
ANEXO D – Instrumento de Coleta de Dados	

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo. As práticas alimentares são consideradas marcadores de risco para DCV na medida em que há aumento no consumo de colesterol, lipídeos e ácidos graxos saturados que adicionado ao baixo consumo de fibras participa nos processos de dislipidemias, obesidade, diabetes e hipertensão. **Objetivo:** Descrever os hábitos alimentares de universitários e sua relação com risco cardiovascular em estudantes da área de saúde de uma universidade particular da região sul do município de São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de natureza transversal, com abordagem quantitativa. A população estudada foi constituída por 271 estudantes regularmente matriculados nas áreas de saúde da Universidade Santo Amaro (UNISA). Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado com perguntas sobre alimentação, antecedentes familiares, atividade física e uso de tabaco, aplicado pela pesquisadora. **Resultados e discussão:** Dos 271 alunos, 77,8% eram do sexo feminino, a média de idade dos homens foi de $22,34 \pm 4,37$ e das mulheres de $22,36 \pm 4,39$. Foram encontrados 39,5% de estudantes com excesso de peso. 39,1% tem antecedentes familiares com hipertensão, 14,7%, com diabetes. Quanto ao consumo diário e semanal dos alimentos encontrou-se os seguintes resultados: 79,9% consomem leite e derivados com gordura, 71,2% doces, 43,9% embutidos, 52,8% queijos amarelos, 40,6% refrigerantes e 15,5% bebidas alcoólicas. Quanto aos hábitos de vida, temos, 7,0% fumantes e 63,0% não fazem nenhuma atividade física. **Conclusão:** Conclui-se que estes estudantes apresentam fatores de risco para DCV. Uma vez que os comportamentos de risco têm impacto direto sobre o desenvolvimento dos principais fatores de riscos cardiovasculares, uma abordagem sobre esses comportamentos resultaria numa redução geral do risco de desenvolver DCV após os 40 anos. Para tanto, é essencial conhecer as características da população jovem com relação à prevalência dos FRC, a fim de desenvolver estratégias de prevenção e promoção de saúde.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares; fatores de risco; consumo de alimentos; estudantes universitários.

ABSTRACT:

Introduction: Cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of death worldwide. Eating practices are considered risk markers for CVD as there is an increase in the consumption of cholesterol, lipids and saturated fatty acids, which added to the low consumption of fibers, participates in the processes of dyslipidemia, obesity, diabetes and hypertension. **Objective:** To describe the eating habits of university students and their relationship with cardiovascular risk in health students at a private university in the southern region of the city of São Paulo. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The studied population consisted of 271 students regularly enrolled in the health areas of the Santo Amaro University (UNISA). For data collection, a structured questionnaire was used with questions about food, family history, physical activity and tobacco use, applied by the researcher. **Results and discussion:** Of the 271 students, 77.8% were female, the average age of men was 22.34 + 4.37 and women, 22.36 + 4.39. 39.5% of overweight students were found. 39.1% have a family history of hypertension, 14.7% with diabetes. As for daily and weekly food consumption, the following results were found: 79.9% consume milk and fat products, 71.2% sweets, 43.9% sausages, 52.8% yellow cheeses, 40.6% soft drinks and 15.5% alcoholic beverages. As for life habits, we have 7.0% smokers and 63.0% do not do any physical activity. **Conclusion:** It is concluded that these students have risk factors for CVD. Since risky behaviors have a direct impact on the development of major cardiovascular risk factors, an approach to these behaviors would result in an overall reduction in the risk of developing CVD after age 40. Therefore, it is essential to know the characteristics of the young population in relation to the prevalence of CRF, in order to develop strategies for prevention and health promotion.

Keywords: cardiovascular diseases; risk factors; food consumption; university students

INTRODUÇÃO

O termo doença cardiovascular, oriundo do inglês, cardiovascular *disease* é utilizado para designar uma ampla variedade de distúrbios que atingem o coração e os vasos sanguíneos, resultando em alterações na circulação e que têm como principais manifestações a doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e doença vascular periférica.¹ Essas doenças possuem a aterosclerose como principal característica, sendo ela definida como um acúmulo de placas gordurosas que se formam no interior das artérias e que ao longo do tempo podem reduzir o lúmen dos vasos impedindo a passagem sanguínea, e conseqüentemente o suprimento de oxigênio para os tecidos e órgãos do corpo, provocando isquemia.²

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo: mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa. Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares (DCV) em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global.³ Líderes de mortalidade no Brasil, as DCVs representam 29% dos óbitos. Nos primeiros dias de 2016 mais de 10 mil pessoas no País perderam suas vidas por DCV. A estimativa é que levem a óbito no decorrer do ano, perto de 350.000 brasileiros.⁴ Além da mortalidade, estas doenças causam danos irreversíveis, tais como limitações e dependências, que influenciam diretamente a qualidade de vida.⁵

A diminuição da exposição aos fatores de risco pode reduzir a ocorrência de novos eventos cardiovasculares.⁶ Vale ressaltar que, esses fatores de risco podem ser modificáveis e não modificáveis.⁷ Entre os fatores não modificáveis tem-se idade, sexo e história familiar positiva, que é influenciada pela interação com o meio ambiente, onde o hábito alimentar tem papel de destaque.⁸ Em relação aos fatores de risco modificáveis, destaca-se o tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, consumo excessivo de gorduras saturadas, ingestão insuficiente de frutas hortaliças e inatividade física.⁹

As práticas alimentares são consideradas marcadores de risco para DCV na medida em que há um aumento no consumo de colesterol, lipídeos e ácidos graxos saturados que adicionado ao baixo consumo de fibras participa nos processos de dislipidemias, obesidade, diabetes e hipertensão.¹⁰ Estudos científicos comprovam que mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares podem influenciar fortemente

diversos fatores de risco para doenças. Estas modificações devem ser não simplesmente reduzir o consumo alimentar, mas sim, reeducar a população quanto à sua alimentação, mostrando que escolhas alimentares melhores podem fazer toda a diferença na sua saúde. Com essas melhorias obtém-se: maior facilidade do controle energético, gordura corporal e peso adequado, além da redução da pressão arterial, melhoria do metabolismo da glicose entre outros benefícios.¹¹

Consumir frutas, legumes e verduras diariamente, em conjunto com alimentos pouco processados e ricos em carboidratos complexos, garante um aporte adequado de micronutrientes e fibras, proporcionando melhor funcionamento do organismo.¹²

O Guia Alimentar para a População Brasileira foi o primeiro documento oficial que definiu as diretrizes alimentares para orientar escolhas saudáveis de alimentos pela população brasileira.¹³ Revisado em 2014, o novo Guia refere que alimentação adequada e saudável é um direito humano básico e envolve a garantia ao acesso permanente e regular a uma prática alimentar de forma socialmente justa. O documento cita que alimentação saudável deve ser adequada aos aspectos biológicos e sociais das pessoas, e, deve estar em acordo com as necessidades alimentares levando em consideração a cultura, raça, gênero, etnia, condição financeira e os aspectos de qualidade, variedade, equilíbrio e moderação.¹⁴

Nos últimos anos, o padrão alimentar e o estilo de vida saudável ganharam evidência em estudos epidemiológicos observacionais e de intervenção, como o DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*), o INTERHEART e o PREDIMED (*PREvención con Dieta MEDiterránea*), e reforçaram as diretrizes nutricionais que preconizam dieta isenta de ácidos graxos trans, o consumo de < 10% do valor calórico total de ácidos graxos saturados para indivíduos saudáveis e < 7% do valor calórico total para aqueles que apresentarem risco cardiovascular aumentado.¹⁵

Uma vez que os comportamentos de risco têm impacto direto sobre o desenvolvimento dos principais fatores de riscos cardiovasculares (FRC), uma abordagem sobre esses comportamentos resultaria numa redução geral do risco de desenvolver DCV após os 40 anos. Para tanto, é essencial conhecer as características da população jovem com relação à prevalência dos FRC, a fim de desenvolver estratégias de prevenção e promoção de saúde.¹⁶

Estudar a temática da saúde, bem como a concepção sobre alimentação e ambientes saudáveis e seus fatores relacionados, com estudantes universitários, é importante para conhecer suas condições de vida.¹⁷ Portanto, o conhecimento destes fatores é importante, uma vez que se tornam necessárias intervenções eficazes, de baixo custo e de caráter preventivo.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever os hábitos alimentares e comportamentos relacionados à saúde de universitários e sua relação com risco cardiovascular.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o comportamento alimentar;
- Avaliar o estado nutricional;
- Realizar análise qualitativa da dieta;
- Conhecer a autopercepção de saúde destes estudantes;
- Verificar história familiar para DCV;
- Conhecer hábito de fumar, uso de bebida alcoólica, nível de atividade física dos estudantes;
- Relacionar os fatores de risco para DCV com a qualidade da alimentação dos universitários.

MÉTODO

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza transversal, com abordagem quantitativa.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Campus 1 da Universidade Santo Amaro (UNISA) que abriga os cursos da área de saúde, localizada na Região Sul da cidade de São Paulo.

3.3 População de Estudo

A população estudada foi constituída de 271 estudantes regularmente matriculados nas áreas de saúde da UNISA, nos períodos matutino e noturno, que cursam do 1º ao 6º semestres.

3.4 Critérios de Inclusão e de Exclusão

Foram incluídos no estudo homens e mulheres de 18 a 35 anos e que concordaram em participar voluntariamente por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução 466/12.

Foram excluídos do estudo os alunos portadores de doenças cardiovasculares e os sujeitos que não concordaram em participar do estudo.

3.5 Aspectos Éticos

A participação no projeto de pesquisa foi iniciada mediante a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) (ANEXO A), explicado de forma clara e objetiva para os alunos participantes da pesquisa e da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente Universidade Santo Amaro (UNISA), em cumprimento aos preceitos éticos envolvendo a pesquisa, e aprovado com o número: 3.580.472.

Foi assinado o Termo de Compromisso e Confidencialidade (ANEXO B) pela pesquisadora.

Foi assinada carta de solicitação para participação da pesquisa pelo Pró-Reitor Diretor de Pós Graduação e Pesquisa da Universidade Santo Amaro (UNISA), para a aplicação dos instrumentos de pesquisa. (ANEXO C)

Nenhuma etapa da pesquisa foi iniciada enquanto não houve o parecer favorável à sua execução.

3.6 Coleta de dados

A coleta foi realizada nos meses de setembro a dezembro de 2019 e de março a junho de 2020. A pesquisadora foi em cada sala de aula, mediante comunicado e autorização anteriores, em períodos de pré-aulas, apresentou-se aos alunos e explicou-lhes devidamente a proposta do presente estudo. Houve uma apresentação sobre o objetivo do projeto. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado (ANEXO D).

3.7 Variáveis do estudo

Idade em anos

Renda familiar: caracteriza a disponibilidade monetária de cada membro da família.

Dados antropométricos: os dados antropométricos (peso e altura) foram referidos (limitação de estudo) pelos participantes e foi utilizado para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), através da seguinte fórmula: peso (kg) / estatura (m)². Posteriormente foram classificados de acordo com o estado nutricional. O resultado do cálculo do IMC foi analisado de acordo com a classificação definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).¹⁸

Antecedentes familiares: verifica se parentes mais próximos (pais) apresentam diabetes, hipertensão arterial, doenças coronarianas e colesterol elevado.

Dados clínicos do aluno: referidos (limitação de estudo) verifica se o aluno apresenta diabetes, hipertensão arterial, doenças coronarianas e colesterol elevado.

Questionário de frequência alimentar (QFA) - Os dados referentes ao consumo alimentar foram coletados por meio de um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) que possibilitou ao entrevistado informar o número de vezes que consumiu determinado alimento em quatro categorias de frequência: consumo diário, consumo semanal, consumo mensal e raramente/nunca consome. Os alimentos analisados foram inseridos em três grupos: o grupo I foi composto por alimentos-fonte de fibras (leguminosas, frutas, legumes, verduras, suco de fruta natural, cereais integrais); o grupo II foi composto pelos alimentos-fonte de carboidratos simples (doces, refrigerantes, sucos artificiais, massas); e o grupo III os alimentos-fonte de gorduras saturadas (carnes com gordura, frango com pele, embutidos, leite e derivados integrais, gorduras e frituras). O grupo I será considerado protetor para as DCV e para o ganho excessivo de peso, e os grupos II e III serão compostos por

alimentos considerados de risco ou preditores para o ganho excessivo de peso e para o desenvolvimento de DCV, respectivamente.

Bebidas alcoólicas: a frequência do consumo de bebidas alcoólicas

Hábito de trocar almoço ou jantar por lanches

Quantidade de água/líquidos consumidos: foi considerado adequado se o aluno ingerir pelo menos 2 litros de água/líquidos/dia.

Hábito de fumar: os indivíduos foram classificados em dois grupos: fumantes, e não fumantes.

Prática de atividade física: se sim ou não e sua frequência, considerando-se não sedentário o indivíduo que praticava atividades físicas regularmente, pelo menos 30 minutos por dia na maioria dos dias da semana.¹⁹

Auto percepção do estado de saúde: foi classificada como: excelente, boa, regular e ruim.

3.8 Análise de Dados

Os dados foram agrupados e calculou-se a prevalência por meio de porcentagens.

3.9 Riscos

Os riscos foram mínimos e envolveram possíveis constrangimentos relacionados ao questionário.

3.10 Benefícios

Os benefícios da pesquisa foram os de identificar precocemente riscos modificáveis para DVC, contribuindo com pesquisas relacionadas ao tema, visto sua importância e prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados, 271 alunos, onde 77,8% eram mulheres. A média de idade dos homens foi de $22,34 \pm 4,37$ e das mulheres de $22,36 \pm 4,39$. Quanto à renda familiar, 39,8% (n=108) tem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, 28,9% (n=78) 2 a 3 salários mínimos, 21,4% (n=58) três salários mínimos e 9,9% (n=27) recebem próximo a 1 salário mínimo. Das 17,9 milhões de mortes por DCV, >75% ocorrem em países de baixa e média renda.²⁰ De acordo com o IBGE, famílias de baixa renda são aquelas com poder de compra até 2 salários mínimos, consideradas de nível E (classe baixa); entre 2 e 5 salários mínimos, denominada classe D; e as famílias de 4 a 8 salários mínimo são consideradas C2 (renda média baixa), todas essas três classes juntas representam 45% dos lares urbanos brasileiros. Dos participantes desta pesquisa 39,8% são considerados nível (E) e 28,9% nível (D). O aumento das taxas de obesidade ocorre em população com maior grau de pobreza que consomem alimentos de grande densidade calórica. Essa associação pode ser explicada pelo baixo custo desses alimentos.²¹ Assim, de acordo com o estudo de Assumpção e Barros²², pessoas com baixa renda em uma proporção de alimentação, geralmente tendem a terem dificuldades em uma alimentação rica em nutrientes que possam satisfazer as necessidades básicas do corpo.

Sendo a obesidade um fator de risco para DCV que pode estar relacionada ao poder de aquisição de alimentos, pode-se considerar baixa renda como fator de risco.

Quanto ao IMC têm-se 60,5% eutróficos e 39,5% entram na categoria sobrepeso e obesos. O IMC demonstrou que 35 (32,71%) alunos são obesos e 72 (67,29%) se encontram com sobrepeso correspondendo a 39,5% da população estudada, peso e altura foram autorreferidos para o cálculo podendo haver divergências com os dados reais. Indicadores antropométricos são empregados na avaliação da composição corporal e predição de risco de DCV.²³

Em estudo realizado por Rodrigues CHG et.al²⁴ com 202 estudantes de uma universidade pública federal quanto ao estado nutricional, verificou-se, de acordo com o IMC, que 12,4% (n= 25) dos indivíduos pesquisados poderiam ser classificados como baixo peso, 73,3% (n= 148) como eutróficos e 14,4% sobrepeso (n= 29). Dados similares ao do presente estudo onde se constatou que a maioria dos participantes (60,5%) são classificados como eutróficos.

Os resultados para estado nutricional são semelhantes ao estudo de Paixão et al.²⁵, realizado com 253 estudantes ingressantes nos cursos de ciências da saúde em uma universidade do Recife, onde a média do IMC nos três cursos estudados também encontrava-se dentro da faixa de eutrofia. Resultados semelhantes aos desta pesquisa. Contudo ainda se faz necessário considerar os resultados obtidos deste estudo em relação ao número de indivíduos obesos e com sobrepeso que foi de 39,5% dos participantes.

Arroyo²⁶ descreve em seu trabalho o fator obesidade em jovens universitários e sua correlação com doenças. Participaram do estudo 749 voluntários (68% mulheres e 32% homens) da Universidade do País Basco, de natureza pública. O índice de massa corporal foi utilizado como critério de sobrepeso ou obesidade. Dados demográficos (idade, sexo) e estilo de vida (tabagismo e consumo de álcool) foram registrados. O resultado obtido foi que a prevalência de sobrepeso e obesidade na amostra estudada foi de 17,5% (25% nos homens e 13,9% nas mulheres) com aqueles com peso normal. Resultados próximos aos do presente estudo, levando em consideração o número de amostras.

Em relação aos dados clínicos, 39,1% tem antecedentes familiares com hipertensão, 14,7%, com diabetes, 23,2% apresentam hipercolesterolemia e 8,5% DCV. Dados semelhantes ao estudo de Petribú et al.²³ realizado com 250 estudantes universitários, os resultados para antecedentes familiares de DCNT foram: 35,5% para HAS, 11,3% para DM em parentes próximos, o que corrobora com os resultados desta pesquisa. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019 citam hipertensão, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, diabetes e histórico familiar como fatores de risco modificáveis pra DCV²⁷, mudanças no estilo de vida são essenciais para o controle dos fatores de risco.

A decorrência familiar da hipertensão arterial, apresentada no estudo de Chaves et al²⁸ é um dos motivos de interesse em se avaliar populações jovens em relação à pressão arterial. Nesta ocorrência, existe um agravante. Indivíduos normotensos com uma forte história familiar de hipertensão têm mais indicadores de risco cardiovascular. Em relação às dislipidemias, é descrita no estudo de Monrreal et al.²⁹ em um grupo de alunos de uma faculdade no México, ele ressalta que as dislipidemias são um grupo de doenças assintomáticas caracterizadas por alterações no metabolismo lipídico. As dislipidemias são o fator de risco cardiovascular

modificável mais comum. Do ponto de vista da saúde pública, em relação a essas doenças há grandes possibilidades de redução de sua incidência e mortalidade na vida adulta, por meio de intervenções que visem modificar estilos de vida, principalmente desde a mais tenra idade²⁹.

Quanto ao consumo alimentar, este foi dividido em torno da frequência de consumo dos alimentos que compõe uma cadeia de alimentos saudáveis e não saudáveis. Tem-se na tabela 1, os alimentos saudáveis e na 2, os não saudáveis.

Tabela 1 - Tabela de alimentos saudáveis

Grupo de Alimentos	Diário \ Semanal	Eventual \ Nunca
Leite e derivados sem gordura	76 (28,0%)	176 (72%)
Leguminosas	263 (97,0%)	19 (3%)
Legumes e Verduras	225 (83,0%)	22 (17%)
Frutas	219 (80,8%)	28 (19,2%)
Cereais Integrais	131 (48,3%)	116 (51,3%)
Sucos Naturais	162 (59,8%)	55 (40,2%)

Fonte: Autor (2020).

A tabela 1 demonstra o consumo de uma alimentação cardioprotetora³⁰, considerando alimentos saudáveis.

A alimentação cardioprotetora foi preparada com base nas recomendações nutricionais descritas nas diretrizes brasileiras para o tratamento e controle das DCV e seus fatores de risco, a fim de promover uma alimentação saudável e adequada e prevenir doenças relacionadas ao desenvolvimento de enfermidades crônicas.³⁰

Os resultados apresentados não possuem semelhanças com dados de pesquisas nacionais ou estudos científicos. Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2017 – 2018 feita pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), demonstraram que as populações brasileiras vêm reduzindo o consumo de frutas legumes e verduras. A frequência do consumo de arroz por exemplo caiu de 84% para 76,1% nos últimos 10 anos.³¹

No estudo de Martins ³² diz que o consumo de frutas pelos jovens universitários é algo insuficiente. O consumo de maçã, pera e banana são as únicas frutas que se encaixam no consumo diário.

Acredita-se que os resultados sobre alimentos ditos saudáveis obtidos neste trabalho possam ter sido tendenciosos, pois os alunos são da área da saúde e tem algum conhecimento sobre alimentação. Aponta-se esse fato como uma limitação da pesquisa.

Tabela 2 - Tabela de alimentos não saudáveis

Grupo de Alimentos	Diário \ Semanal	Eventual \ Nunca
Leite e derivados com gordura	216 (79,7%)	44 (20,3%)
Embutidos	119 (43,9%)	87 (56,1%)
Queijo amarelo	143 (52,8%)	73 (47,2%)
Salgados Fritos	98 (36,2%)	97 (63,8%)
Doces	193 (71,2%)	34 (28,8%)
Refrigerantes	110 (40,6%)	124 (59,4%)
Sucos Artificiais	106 (39,1%)	134 (60,9%)
Bebidas Alcoólicas	42 (15,5%)	186 (84,5%)
Massas	170 (62,7%)	45 (37,3%)

Fonte: Autor (2020).

A tabela 2 apresenta os resultados de consumo de alimentos considerados não saudáveis¹³. O hábito de consumir alimentos não saudáveis se relaciona com desequilíbrios nutricionais. Estudos indicam que as refeições fora de casa são desequilibradas, pois incluem grandes quantidades de alimentos, são mais calóricas, possuem alto teor de gordura total e saturada e baixa em fibras, cálcio e ferro, referindo-se ao baixo consumo de leite, frutas e verduras³³.

Dados do IBGE em relação a POF 2017 – 2018 ressalta que alimentos ultraprocessados somam cerca de um quinto das calorias consumidas pela população brasileira. A pesquisa mostrou também que a disponibilidade dos ultraprocessados em lares de baixa renda é de 12,5% e de 25,7% em lares com maior faixa de renda.³¹

Assim, em comparação aos dados obtidos em nossa pesquisa, vê-se um alto consumo de produtos ultraprocessados pelo público estudado.

Em um estudo realizado por Duarte, Almeida e Martins³⁴ incluiu jovens universitários que consumiam alimentos fora de casa, de uma instituição de ensino superior do Estado de Goiás, o estudo foi com jovens universitários que consomem

alimentos foram de casa. A maioria era do sexo feminino (85,1%) e tinha entre 18 e 21 anos (68,3%). Destes, 84,2% afirmam que costumam comer fora de casa. As refeições mais consumidas fora de casa foram: almoço (32,7%), lanche da tarde (24,8%) e colação (20,8%) e os alimentos mais consumidos foram: leite / derivados (43,2%), frutas (35,8%), doces (26,3%), salgadinhos (25,3%) e biscoitos (20,0%).

Resultados da POF 2017 – 2018 (IBGE), demonstraram que 20,1% dos adultos consomem doces quase que diariamente³¹ dados semelhantes ao deste estudo onde os participantes foram questionados quanto à frequência de consumo, e os resultados demonstraram que 71,2% (n=193) dos participantes consomem doces frequentemente. Dislipidemia é considerada um fator de risco para DCV²⁸, dietas ricas em carboidratos simples favorecem seu agravamento, onde as taxas de concentração sanguínea de triglicerídeos e LDL são aumentadas e de HDL diminuídas³⁵.

Quando perguntados se retiram a gordura excedente e a pele de alimentos 66,8% (n=181) dos entrevistados informaram que sim, 31% (n=84) não retiram, já 2,2% (n=6) informaram que não consomem carne.

Santos et al.³⁵ em um estudo sobre o consumo de gorduras em relação a saúde, diz que o consumo de gordura saturada e trans é classicamente relacionado com elevação do LDL plasmático e aumento de risco cardiovascular. A substituição de gordura saturada da dieta por mono e poli-insaturada é considerada uma estratégia para o melhor controle da hipercolesterolemia e conseqüente redução da chance de eventos clínicos. Neste estudo, a maioria dos estudantes retiram a gordura excedente, porém temos 31% consumindo esse tipo de gordura.

Em relação à questão de substituição das principais refeições por alimentos pobres em nutrientes, 46,1% (n=125) informaram que fazem a substituição entre 1 a 2 dias da semana, 15,2% (n=41) entre 3 dias ou mais dias e 38,7% (n=105) informaram que nunca trocam refeições por lanche.

Segundo o IBGE em comparação a POF 2008 – 2009 com os resultados de 2017 – 2018 o consumo de sanduíches e pizzas aumentou de 10,5% para 17%.³¹

Teixeira et al.³⁶ em um estudo transversal com 106 adolescentes do ensino médio de uma escola técnica localizada no município de São Paulo, que responderam a um questionário sobre atitudes alimentares a partir do qual foi avaliada a frequência de substituição do almoço e do jantar por lanche e os alimentos substitutos.

Os resultados foram que um terço dos adolescentes substituiu o almoço e metade deles substituiu o jantar por lanches. Verificou-se que mais meninas

costumavam substituir refeições. Observou-se maior prevalência de substituição do almoço (40%) e do jantar (70%) por lanche entre adolescentes obesos. Sanduíches, salgados, pizzas e hambúrgueres foram os principais substitutos das refeições. A conclusão a isso foi a falta de tempo ou mesmo desinteresse por se preocupar em se alimentar de forma correta.

Na concepção do estudo de Bernardo, Jomori, Fernandes e Proença³⁸ a maioria dos universitários apresenta comportamentos alimentares pouco saudáveis, como alto consumo de *fast food*, lanches, doces, refrigerantes e bebidas alcoólicas e baixo consumo de frutas, verduras, peixes, grãos inteiros e legumes.

A ingestão de líquido é fundamental para a hidratação do corpo, é recomendada a ingestão de 6 a 8 copos por dia³⁰. Quando perguntado aos estudantes quantos copos de água (ou líquidos) são consumidos diariamente, 55% dos entrevistados (n=149) informaram tomar de 4 a 8 copos de água ao dia, 26,2% (n=71) informaram tomar mais de oito copos e 18,85% (n=51), menos de 4 copos por dia. Foram considerados adequados os níveis de consumo de água na maior parte dos participantes desta pesquisa.

Sobre o consumo de sal adicionado aos alimentos, 86% (n=233) informaram que não o fazem e 14% (n=38) adicionam mais sal nos alimentos já preparados. Assim, de acordo com dados da OMS³⁹, a alta ingestão de sódio (> 2 gramas / dia, equivalente a 5 gramas de sal por dia) e absorção insuficiente de potássio (menos de 3,5 gramas por dia) contribuem para a hipertensão e aumentam o risco de doenças cardíacas e acidente vascular cerebral. As informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que o consumo de sódio pela população brasileira ultrapassa o dobro do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁴⁰

No estudo publicado por Detregiachi et al.⁴¹ participaram 30 alunos universitários. O exame de excreção urinária de sódio das 24 horas indicou um consumo de sal médio de $7,65 \pm 3,5\text{g/dia}$, sem diferença significativa entre os seguimentos do curso ($p=0,1048$). A aplicação do questionário de frequência alimentar apontou um escore individual médio de $29 \pm 10,6$, sendo o valor mínimo de 8 e o máximo de 50, numa amplitude de variação entre 0 a 126. Os alunos com menor escore de consumo de alimentos ricos em sódio apresentaram consumo de sal significativamente menor ($p<0,0001$) em relação ao que tiveram escores superiores.

A correlação entre o escore individual do consumo de alimentos ricos em sódio e a ingestão de sal mostrou-se positiva e sem significância ($r=0,1622$, $p=0,3918$).

Existem mais de 50 doenças relacionadas ao hábito de fumar, diante desta afirmativa os participantes foram questionados se eram fumantes ou não fumantes, 93% ($n=252$) não fumam e 7% ($n=19$) fumam. Resultados apresentados podem estar relacionados ao sucesso da política antitabaco do Ministério da Saúde.³⁴

Resultados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2019 revelam que há uma redução do uso de tabaco em todas as faixas etárias, apresentou os seguintes resultados: de 18 a 24 anos de idade redução de 12% em 2006 e 6,7% em 2018, de 35 a 44 anos 18,5% em 2006 e 9,1% em 2018.⁴²

No estudo de Andrade et al.⁴³ foi feita uma pesquisa em torno do tabagismo, no qual englobava um questionário sobre tabagismo da OMS, onde participaram da pesquisa 1.341 universitários e a prevalência de tabagismo foi de 14,7%. Cerca de 80,8% dos alunos não eram fumantes e 4,5% foram classificados como ex-fumantes. Da amostra total, 57,3% eram homens. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) na prevalência de tabagismo entre os sexos ou períodos cursados. A média de idade da população estudada foi de $21,6 \pm 3,6$ anos, com idade média de início do tabagismo de $17 \pm 2,8$ anos.

Quanto à prática de atividade física, 63% ($n=171$) informaram realizar atividades físicas enquanto que 37% ($n=100$) informaram não fazer. Dos participantes que responderam não praticar atividade física, 53% ($n=144$) são mulheres e 10% ($n=27$) homens. De acordo com o estudo de Quadros et al.⁴⁴ os estudantes ingressantes de uma universidade do estado de Santa Catarina, região sul do Brasil, as mulheres apresentaram comportamento mais sedentário que os homens, sendo 17,4% delas inativas e 11,2% dos homens sedentários ($p=0,016$), dados semelhantes ao deste estudo onde o número de mulheres sedentárias é superior ao número de homens.

O sedentarismo está relacionado à mortalidade por DCV²⁸. Entre os jovens brasileiros o número de pessoas ativas é maior para os homens com 42,7% e 33,4% ficando entre as mulheres.⁴⁵

Por fim, relacionando as questões de hábitos alimentares e tabagismo, foi pensando sobre o que os alunos dizem em relação à sua avaliação de saúde. As alternativas foram: Excelente, boa, regular e ruim. Assim, 44,3% ($n=120$) consideram

que possuem uma boa saúde; 43,9% (n=119) regular; 7% (n=19) excelente e 4,8% (n=13) informaram ser ruim. Em um estudo realizado com estudantes universitário do curso de enfermagem, Rodríguez-Muñoz et al.⁴⁶ entrevistaram 264 estudantes, de 18 a 30 anos, disso obtiveram que, 15,5% fumavam, 83,7% consumiam bebidas alcoólicas e 97,2% consumiam no final de semana. Um total de 68,6% não praticava exercícios, e 70,5% necessitavam de alterações na dieta.

Autopercepção pode ser um indicador de saúde²⁴. Em estudo com adultos pelotenses foi sugerido que estudantes que percebem de forma positiva sua saúde seriam os mesmos que adotam um estilo de vida mais saudável.²⁴

CONCLUSÃO

Conclui-se que estes estudantes apresentam fatores de riscos de desenvolver doenças cardiovasculares. Uma vez que os comportamentos de risco têm impacto direto sobre o desenvolvimento dos principais fatores de riscos cardiovasculares, uma abordagem sobre estes comportamentos resultaria numa redução geral do risco de desenvolver DCV após os 40 anos. Para tanto é essencial conhecer as características da população jovem com relação à prevalência dos FRC, a fim de desenvolver estratégias de prevenção e promoção de saúde. Uma equipe multiprofissional bem estruturada pode ser usada para atendimento efetivo e seguro na prevenção de riscos de desenvolver DCNT e DCV, o profissional nutricionista inserido em equipes possui conhecimento e habilidade para desenvolver estratégias de educação nutricional, contribuindo assim com a prevenção e diminuição da prevalência de doenças.

REFERÊNCIAS

1 Nascimento JS, Gomes B, Sardinha AHL. Fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares em mulheres como hipertensão arterial. Rev. Rene, Fortaleza, v.12, n.4, p.709-715, Out/Dez. 2011.

2 Gomes RD. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Doenças cardiovasculares. 2012. [acesso em 2019 fev 19]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares>.

3 Organização Panamericana da Saúde\Organização Mundial de Saúde Brasil. Doenças Cardiovasculares 2018. [acesso em 2019 fev 19]. Disponível em: http://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096

4 Sociedade Brasileira de Cardiologia. Notícias. [acesso em 2019 fev 19]. Disponível em: <http://socios.cardiol.br/2014/20160119-cardiometro.asp>.

5 Munari DB, Lucchese R, Medeiros M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. Cienc Cuid Saúde. 2009; 8(Supl):148-54.

6 Kelishadi R, Sadri G, Tavasoli AA, Kahbazi M, Roohafza HR, Sadeghi M, et al. A prevalência cumulativa de fatores de risco para doença cardiovascular em adolescentes iranianos – IHHPHPC. J Pediatr. 2006;81(6):447-53.

7 Santos MG, Pegoraro M, Sandrini F, Macuco EC. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. Arq Bras Cardiol. 2008;90(4):301-8.

8 Maia CO, Goldmeier S, Moraes MA, Boaz MR, Azzolin K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2007;20(2):138-42.

9 Castro LCV, Franceschini SCC, Priore SE, Pelúzio MCG. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. Ver. Nutr. Campinas. V. 17 , n.3, p.369-377.2004.

10 Arena R, Mcneil A, Sagner M, Hills AP. The current global state of key lifestyle characteristics: Health and economic implications. Elsevier. ScienceDirect. vol. 59, n. 5, 2017. p. 422-429.

11 Braga MM, Paternez ACAC. Avaliação do consumo alimentar de professores de uma universidade particular da cidade de São Paulo (SP). *Revista Simbio-Logias*, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 84-97, 2011.

12 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF 2008.

13 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF 2014.

14 Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia* 2017; 109(2Supl.1):1-76. [acesso em 2019 mar 02]. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIA S.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIA_S.pdf).

15 Barreto SM, Passos VMA, et al. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(2): 9-17

16 Matos APS, Albuquerque CMS. Estilo de vida e percepção de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Granada, v. 6, n. 3, p. 647-663, 2006.

17 World Health Organization (WHO). Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. Geneva: WHO; 1995.

18 Chobanian AV, Bakris GL, Black HL, Cushman WC, Green LA, Izzo Junior JL, et al. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42(6):1206-1252.

19 Deliens T, Clarys P, Van Hecke L, De Bourdeaudhuij L and Deforche B. Changes in weight and body composition during the first semester at university. A prospective explanatory study. Appetite. 2013; 65:111-6

20 Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileira de Obesidade 2016 - São Paulo - 4ª Edição.

21 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Agropecuário 2006: Agricultura Familiar. Rio de Janeiro, 2006, p.1-267.

22 Assumpção DD, Barros MBDA, Fisber RM, Carandina L, Goldbaum M, Cesar CLG(2012). Qualidade da dieta de adolescentes: estudo de base populacional em Campinas, SP. Revista Brasileira de Epidemiologia, 15, 605-616.

23 Petribú MMV, Cabral PC, Arruda IKG. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. Rev Nutr 2009;22(6):837-46.

24 Rodrigues CHG, Fernandes DSP, Souza ECG. Fatores de risco e consumo de micronutrientes protetores para doença cardiovascular em universitários da área de saúde. Ver.Bras. Nutr. Clin. 2015; 30 (2).

25 Paixão LA, Dias RMR, Prado WL. Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área de saúde do Recife/PE. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2010;15(3):145-50.

26 Arroyo IM, Rocandio PAM, Ansotegui AL, Pascual AE, Salces BI, Rebato OE. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad em estudiantes universitários. *Nutrición hospitalaria*, 21(6), 673-679

27 Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes 2019. [acesso em 2020 out 18]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/v113n5/pt_0066-782X-abc-113-05-1006.pdf.

28 Chaves ES, Araújo TL, Chaves DBR, Costa AGS, Oliveira ARS, Alves FEC. Crianças e adolescentes com história familiar de hipertensão arterial: indicadores de risco cardiovasculares. [acesso em 2020 out 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1002009000600011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000600011>.

29 Monrreal MM, Cabriales ECG, Cervantes ALC, Leura DS, Blanco MAO. (2010). Sobrepeso, obesidad y dislipidemias en población universitaria del noreste de México. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1), 101-107.

30 Hernández CR. (2013). Las legumbres y su efecto hipocolesterolémico. *Llegums secs*, 31.

31 Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018 : Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.

32 Martins ML (2009). Hábitos alimentares de estudantes universitários. . Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

33 Dos Santos AKGV, et al. Qualidade de vida e alimentação de estudantes universitários que moram na região central de São Paulo sem a presença dos pais ou responsáveis. (2014).

34 Duarte FM, Almeida SDSA, Martins KA. (2013). Alimentação fora do domicílio de universitários de alguns cursos da área da saúde de uma instituição privada. *O mundo da Saúde*, 37(3), 288-298.

35 Santos, RD et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.* [acesso em 2020 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000900001&lng=en&nrm=iso. ISSN 0066-782X. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2013000900001>

36 Teixeira AS, et al. Substituição de refeições por lanches em adolescentes. *Rev. paul. pediatr.* [acesso em 2020 out 28]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000300005&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0103-0582. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000300005>

37 Detregiachi CRP, et al. Consumo de sal em universitários de um curso de nutrição. *J. Health Sci. Inst* (2015): 179-184.

38 Bernardo GL, Jomor MM, Fernandes AC, Proença RPC. Food intake of university students. *Rev. Nutr.* [acesso em 2020 out 02]. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732017000600847&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1678-98652017000600016>.

39 Ribeiro R, et al. "Prevalência de excesso de peso em universitários de uma faculdade particular do município de Praia Grande." *SP. Revela* 8.18 (2015): 1-8.

40 Linhares ASL. Consumo alimentar fora de casa, seus fatores determinantes e associação ao padrão alimentar mediterrâneo. Repositório- aberto, 2012

41 Detregiachi CRP, et al. Consumo de sal em universitários de um curso de nutrição. *J. Health Sci. Inst* (2015): 179-184.

42 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis Brasília, DF 2018.

43 Andrade APA, Bernardo ACC, Viegas CAA, Ferreira DBL, Gomes TC, Sales MR. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. *J. bras. pneumol.* [acesso em 2020 out 15]. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&37132006000100007&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000100007>.pid=S1806-

44 Pires CGS, Mussi FC, Cerqueira BB, Pitanga FJG, Silva DO. Prática de atividade física entre estudantes de graduação em enfermagem. *Acta paul. enferm.* [acesso em 2020 out 30]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500006&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500006>.

45 Quadros TM, Petroski EL, Santos SDA, Pinheiro GA. The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students : its association with sociodemographic variables. *Rev Salud Pública* 2009, 11 (5): 724-33.

46 Rodríguez MPM, Carmona TJM, Rodríguez BMA, Borrego MA. Influência do consumo de tabaco e álcool, de hábitos alimentares e atividade física em estudantes de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* . [acesso em 2020 out 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100302&lng=pt<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3198.3230>.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: PERFIL ALIMENTAR E FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE

Estes esclarecimentos são para solicitar sua participação no projeto sobre Perfil Alimentar e Riscos para Doenças Cardiovasculares em Universitários da Área de Saúde, que será realizado pela aluna Regiane Aparecida da Silva Batista, este projeto de pesquisa de Iniciação Científica será realizado na Universidade Santo Amaro.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, a diminuição aos fatores de riscos modificáveis, pode reduzir a ocorrência de novos eventos cardiovasculares.

Os benefícios de se identificar precocemente os comportamentos de risco para DCV torna possível a intervenção, prevenção, reduzindo assim os casos de mortalidade e morbidade relacionados a doenças cardiovasculares.

A sua participação será voluntária e a pesquisa apresenta riscos mínimos. As informações serão sigilosas e o anonimato durante as fases de execução da pesquisa está garantido.

A pesquisadora responsável Regiane Aparecida da Silva Batista que aplicará o questionário. Durante o período da pesquisa se você tiver alguma consideração ou dúvida poderá encontrar a pesquisadora no endereço – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, nº 340, bairro: Jardim das Imbuías, São Paulo/SP – Tel.: (011) 2141-8687. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro também poderá ser consultado no mesmo endereço.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

A senhor (a) permite que os dados e informações obtidos neste estudo sejam divulgados em eventos e revistas científicas, desde que mantido seu anonimato. Se a qualquer momento quiser, pode parar de participar do estudo.

Declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizadas, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos pertinentes. Concordo voluntariamente em participar do estudo.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do responsável

Declaro obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre esclarecido deste representante legal para participação do indivíduo neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Assinatura da pesquisadora
Regiane Aparecida da Silva Batista

Data ____/____/____

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Eu, Regiane Aparecida da Silva Batista, brasileira, casada, regularmente matriculada no curso de Graduação em Nutrição na Universidade Santo Amaro, inscrita sob o CPF nº 144.258.728-86, abaixo firmado (a), assumo o compromisso de manter Sigilo e Confiabilidade sob todas as informações técnicas e/ou relacionadas ao projeto Perfil Alimentar e Riscos para Doenças Cardiovasculares em Universitários da Área de Saúde.

Por este termo, comprometo-me:

- a) a não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
- b) a não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação oficial a que tiver acesso;
- c) a não apropriar-me para mim ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso, que venha a ser disponível;
- d) a não passar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio, obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

A vigência da obrigação de confiabilidade assumida por minha pessoa, sob este termo, terá validade indeterminada ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida a minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confiabilidade, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Pesquisadora Regiane Aparecida da Silva Batista.

São Paulo,

Endereço da pesquisadora responsável: Regiane Aparecida da Silva Batista
Rua Grajaú, 26 Bairro: Chácara do Conde, São Paulo - SP
CEP: 04859-335 Telefone: (11) 94027-0669

ANEXO C - CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS
PARECER PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE
PESQUISA

Protocolo CEP 179/2019

A Comissão de Pesquisa da Universidade Santo Amaro, após análise, autorizou a realização do projeto: “Perfil alimentar e riscos para doenças cardiovasculares em Universitários da área de Saúde”, do (a) pesquisador(a) Marcela Maria Pandolfi.

Esta autorização da Comissão de Pesquisa não substitui e/ou dispensa a obrigatoriedade de análise ética, quando pertinente. Desse modo, os projetos envolvendo seres humanos devem ser analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa - UNISA antes de seu início, bem como os projetos que farão uso de modelo animal devem ser analisados e aprovados pela Comissão de Ética no Uso de Animais – UNISA.

Vale ressaltar que o pesquisador se compromete a entregar relatório de atividade no final.

Caso o relatório não seja entregue, o pesquisador será submetido às sanções previstas nas Normas para Atividades de Pesquisa e Regimento Geral da UNISA.

Atenciosamente,

São Paulo, 26 de agosto de 2019.



Prof. Dr. Marco Antonio Zonta
Diretor Pós-Graduação e Pesquisa

ANEXO D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCOS
CARDIOVASCULARES****DADOS PESSOAIS**

Idade: _____ anos

Turma: _____

Semestre: _____

Período: () manhã () noite

RENDA FAMILIAR

- () menos que um salário mínimo
- () um salário mínimo
- () de 1 a 2 salários mínimos
- () de 2 a 3 salários mínimos
- () mais que 3 salários mínimos

DADOS ANTOPOMÉTRICOS

Peso (kg) _____ Altura (cm) _____

DADOS CLINICOS

- Hipertensão: () sim () não () não sabe
- Pai e/ou mãe hipertenso: () sim () não () não sabe
- Diabetes: () sim () não () não sabe
- Pai e/ou mãe diabéticos: () sim () não () não sabe
- Colesterol alto: () sim () não () não sabe
- Pai e/ou mãe com colesterol alto () sim () não () não sabe
- Doença cardiovascular () sim () não () não sabe
- Pai e/ou mãe com doença cardiovascular () sim () não () não sabe

QUESTIONÁRIO ALIMENTAR

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR													
Alimento	D	S	Q	M	E	N	Alimento	D	S	Q	M	E	N
Leite e derivados (com gordura, integral)							Cereais integrais (pão integral, bolacha integral, arroz integral)						
Leite e derivados (desnatado, semi-desnatado ou light)							Embutidos (salsicha, presunto, mortadela, lingüiça, salame, hamburguer, etc)						
Carne bovina							Queijo amarelo (mussarela, provolone)						
Carne suína							Salgados fritos (de pacotinho ou empanados)						
Aves							Doces (chocolate, bolos, biscoitos, etc)						
Peixe							Bebidas alcoólicas						
Ovos							Refrigerantes						
Leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico)							Sucos artificiais (lata ou pó)						
Legumes e verduras							Margarina						
Frutas							Manteiga						
Suco de fruta natural							Massas						
D= N°/dia S= N°/semana Q= N°/quinzena M= N°/mês E= eventual N= nunca													

1)- Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?

Sim Não não como carne vermelha ou frango

2)- Em quantos dias da semana você costuma trocar o almoço ou jantar, por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca
 nunca

3)- Quantos copos de água você toma por dia? Inclua no seu cálculo sucos de fruta naturais ou chás (exceto café)

menos de 4 copos

- 4 a 5 copos
- 6 a 8 copos
- mais que 8 copos

4)- Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- Sim
- Não

5)- Você é fumante

- Sim
- Não

6)- Você pratica ?

- Sim
- Não

7)- Qual modalidade? Por quantos minutos? Com qual intensidade?

- Caminhada _____ minutos leve moderada vigorosa
- Natação _____ minutos leve moderada vigorosa
- Corrida _____ minutos leve moderada vigorosa
- Musculação _____ minutos leve moderada vigorosa
- Lutas _____ minutos leve moderada vigorosa
- Outros: _____ minutos leve moderada vigorosa

8)- Com que frequência?

- Todos os dias
- 3 vezes por semana
- Menos que 3 vezes por semana
- Só aos fins de semana

9)- Como você avalia sua saúde?

- Excelente
- Boa
- Regular
- Ruim