

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

FRANCYELLE DA CONCEIÇÃO RODRIGUES DAS CHAGAS

**PERFIL SOCIOECONÔMICO, HÁBITOS ALIMENTARES E ALTERAÇÕES
LIPÍDICA E GLICÊMICA DE ADULTOS NO SERTÃO DE PERNAMBUCO: UM
ESTUDO DESCRITIVO**

Vitória de Santo Antão
2021

FRANCYELLE DA CONCEIÇÃO RODRIGUES DAS CHAGAS

**PERFIL SOCIOECONÔMICO, HÁBITOS ALIMENTARES E ALTERAÇÕES
LIPÍDICA E GLICÊMICA DE ADULTOS NO SERTÃO DE PERNAMBUCO: UM
ESTUDO DESCRITIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Colegiado do Curso de Graduação em
Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da
Universidade Federal de Pernambuco, em
cumprimento ao requisito para obtenção do
título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^a. Dra. Vanessa Sá Leal.

Vitória de Santo Antão
2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecário Jonatan Cândido, CRB-4/2292

C433p Chagas, Francielle Conceição Rodrigues das.
Perfil socioeconômico, hábitos alimentares e alterações lipídica e glicêmica de adultos no sertão de pernambuco: um estudo descritivo / Francielle Conceição Rodrigues das Chagas - Vitória de Santo Antão, 2021.
48 f.

Orientadora: Vanessa Sá Leal.
TCC (Bacharelado em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2021.
Inclui referências.

1. Dislipidemias. 2. Doenças crônicas não transmissíveis. 3. Comportamento alimentar. Leal, Vanessa Sá (Orientadora). II. Título.

616.044 CDD (23. ed.) BIBCAV/UFPE - 004/2022

FRANCYELLE DA CONCEIÇÃO RODRIGUES DAS CHAGAS

**PERFIL SOCIOECONÔMICO, HÁBITOS ALIMENTARES E ALTERAÇÕES
LIPÍDICA E GLICÊMICA DE ADULTOS NO SERTÃO DE PERNAMBUCO: UM
ESTUDO DESCRITIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Colegiado do Curso de Graduação em
Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da
Universidade Federal de Pernambuco, em
cumprimento ao requisito para obtenção do
título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Vanessa Sá Leal.

Aprovado em: 20/12/2021

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dra. Vanessa Sá Leal (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

Prof^ª Dra. Nathália de Paula Souza (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

Nutricionista Paola Frassinette de Oliveira Albuquerque da Silva (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me dado força e coragem para concluir mais uma etapa em minha vida.

Aos meus pais, José Francisco e Maria Joelma, que nunca mediram esforços para me oferecer uma educação de qualidade. Obrigada por estarem comigo, e serem minha força durante essa caminhada.

Aos meus irmãos, avós, tios e primos por todo amor e apoio.

As minhas amigas de longas datas: Maria Lays, Fernanda Francielly, Yasmim Eleotério, Julia Vieira, e Thaís Vianna. Obrigada por todas as palavras de incentivo, e por todo carinho.

As amigas que construí ao longo dessa jornada: Normanda Pereira, Estefany Machado, Edilza Santos, Secineide Carvalho, Renata Pereira, Laís Rafaelle, Elysa Ribeiro, Carla Vanderley, Helen Melo, e Irís Silva. Obrigada por tornarem a graduação muito mais leve, certamente não seria a mesma coisa sem vocês.

Aos professores do curso de Nutrição da UFPE/CAV, em especial à Nathália Paula, Juliana Souza, Erika Michelle, e Michelle Galindo por todos os ensinamentos, dos quais levarei para sempre.

À minha professora e orientadora, Vanessa Sá Leal, por toda dedicação, carinho e suporte durante esses anos. Uma pessoa maravilhosa, e uma profissional que inspira. Muito obrigada por tudo!

“A fome é a expressão biológica de males sociológicos.”

(Josué de Castro)

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um problema global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, cuja carga recai especialmente sobre países de baixa e média renda. O presente trabalho tem como objetivo, identificar os hábitos alimentares e traçar os perfis lipídicos e glicêmicos em adultos do Sertão de Pernambucano. O estudo faz parte de uma pesquisa transversal, de base domiciliar intitulada “Avaliação da segurança alimentar e nutricional em conglomerados urbanos e rurais afetados pela seca no sertão de Pernambuco”, uma parceria entre o Núcleo de Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória e o Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), realizada no período de julho a outubro de 2015. Foram entrevistados 341 adultos residentes de Belém de São Francisco e Custódia. Utilizou-se para os procedimentos os pacotes estatísticos Epi Info versão 6.04 e o SPSS versão 13.0. Foi realizada análise descritiva das variáveis mediante cálculo das distribuições de frequência e medidas de tendência central. Realizou-se análise descritiva das variáveis mediante cálculo das distribuições de frequência e medidas de tendência central. Cerca de 60,2% dos entrevistados possuíam renda total maior que um salário-mínimo e 72,6% estavam inscritos no Programa Bolsa Família. Com relação aos hábitos alimentares, 14,6% dos indivíduos alegaram substituir o almoço por lanche, enquanto 27,1% trocavam o jantar por alimentos mais práticos. Já ao que se diz respeito as dislipidemias foram evidenciadas que 55,0% dos entrevistados apresentavam níveis de triglicerídeos alterado, 32,8% de colesterol total em níveis acima do recomendado, enquanto 10,1% possuíam níveis anormais de glicemia. Os resultados demonstram elevado percentual da população (72,6%) dependente do Programa Bolsa Família (PBF), e sem o hábito de leitura de rótulos dos alimentos consumidos. Ainda, considerável quantitativo de entrevistados relataram dislipidemias e alteração na glicemia, importantes fatores de risco para a ocorrência de DCNT. Portanto, pode-se concluir que os achados evidenciaram o quanto os hábitos alimentares atuais da população tiveram influência na transição nutricional. Além de outros fatores determinantes para essa problemática como: a dificuldade no acesso aos alimentos, a baixa renda e a escolaridade. Demonstrando assim que o aparecimento das dislipidemias estabelece relações com fatores ambientais e comportamentais, dentre eles, padrões alimentares inadequados e o sedentarismo.

Palavras-chave: dislipidemias; doenças crônicas não transmissíveis; hábitos alimentares.

ABSTRACT

Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) are a global problem and a threat to health and human development, whose burden falls especially on low- and middle-income countries. The present work aims to identify the dietary habits and trace the lipid and glycemic profiles in adults from the Sertão of Pernambuco. The study is part of a cross-sectional, household-based research entitled "Evaluation of food and nutritional security in urban and rural conglomerates affected by drought in the Sertão of Pernambuco", a partnership between the Nutrition Center of the Vitória Academic Center and the Department of Nutrition of the Federal University of Pernambuco (UFPE), conducted in the period from July to October 2015. A total of 341 adult residents of Belém de São Francisco and Custódia were interviewed. The statistical packages Epi Info version 6.04 and SPSS version 13.0 were used for the procedures. A descriptive analysis of the variables was performed by calculating frequency distributions and measures of central tendency. About 60.2% of the interviewees had total income greater than one minimum wage and 72.6% were enrolled in the Bolsa Família Program. Regarding eating habits, 14.6% of the individuals claimed to replace lunch by snacks, while 27.1% replaced dinner by more convenient foods. Regarding dyslipidemia, it was evidenced that, 55.0% of the interviewees had altered triglyceride levels, 32.8% had total cholesterol at levels above recommended, while 10.1% had abnormal levels of glycemia. The results show a high percentage of the population (72,6%) dependent on the Bolsa Familia Program (PBF), and without the habit of reading the labels of the food consumed. Furthermore, a considerable number of interviewees reported dyslipidemia and changes in blood glucose levels, important risk factors for the occurrence of NCDs. Therefore, it can be concluded that the findings showed how much the current eating habits of the population have influenced the nutritional transition. Besides other determining factors for this problem such as: the difficulty in accessing food, low income and education. Thus demonstrating that the onset of dyslipidemia is related to environmental and behavioral factors, among them, inadequate eating patterns and sedentary lifestyle.

Keywords: dyslipidemias; chronic noncommunicable diseases; food habits.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis socioeconômicas e demográficas de adultos de dois municípios do Sertão de Pernambuco, 2015.....	24.
Tabela 2 - Caracterização dos hábitos alimentares, perfil lipídico e glicêmico de adultos de dois municípios do Sertão de Pernambuco, 2015.....	25.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteína de alta densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SM	Síndrome Metabólica
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específico	13
3 JUSTIFICATIVA	14
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
4.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	15
4.2 Transição alimentar e nutricional no Brasil	16
4.3 Hábitos Alimentares	17
4.4 Influência da televisão no consumo de ultraprocessados.....	18
5 MATERIAL E MÉTODOS	20
5.1 Desenho do Estudo.....	20
5.2 Variáveis Sociodemográficas	20
5.3 Hábitos alimentares e Prevalência de DCNT autorreferida.....	21
5.4 Análise de Dados	21
5.5 Considerações Éticas	21
6 RESULTADOS	22
7 DISCUSSÃO	24
8 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	33
ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	35
ANEXO C- REGISTRO DOS MORADORES DO MUNICÍPIO	36
ANEXO D- REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA	37
ANEXO E- FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO	40
ANEXO F- COLESTEROL/TRIGLICERÍDEOS	41
ANEXO G- GLICEMIA/DIABETES.....	43
ANEXO H- HÁBITOS ALIMENTARES	45
ANEXO I - CONSENTIMENTO DA PESSOA COMO SUJEITO	46

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas acompanhando a tendência mundial, o Brasil vem apresentando mudanças estruturais quanto ao padrão comportamental em relação à dieta e hábitos cotidianos, associadas às mudanças econômicas, demográficas, ambientais e culturais, características de um processo denominado transição nutricional. A transição nutricional está diretamente associada com o aumento da busca por alimentos práticos e fáceis de preparar, o que direciona o consumidor a uma alimentação majoritariamente industrializada com elevada densidade calórica em substituição aos alimentos naturais e mais saudáveis (POPKIN, 2001; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004; MONTEIRO *et al.*, 2004; BIELEMANN *et al.*, 2015).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT foram responsáveis por 73,6% das mortes ocorridas globalmente em 2019 (WHO, 2021). No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2019, por 41,8% do total de mortes ocorridas prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade (BRASIL, 2021).

Dentre os agravos relacionados às DCNT, tem-se as dislipidemias, que são definidas como distúrbios no metabolismo das lipoproteínas, com o aumento do colesterol total, da lipoproteína de baixa densidade (LDL) e dos triglicerídeos, e diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL), sendo desenvolvidas de acordo com a exposição a fatores genéticos e/ou ambientais (NOBRE *et al.*, 2013; BARBOSA *et al.*, 2012).

As dislipidemias são definidas como distúrbios no metabolismo das lipoproteínas, como o aumento do colesterol total, da lipoproteína de baixa densidade (LDL) e dos triglicerídeos, e diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL), sendo desenvolvidas de acordo com a exposição a fatores genéticos e/ou ambientais. (NOBRE *et al.*, 2013; BARBOSA *et al.*, 2012). No que se diz respeito a avaliação laboratorial por meio de determinações séricas e está intimamente relacionado com o metabolismo das lipoproteínas, as quais são estruturas complexas compostas de colesterol, fosfolípidos e triglicérides associados à apolipoproteínas (NAOUM, 2005).

A taxa de mortalidade causada pelo diabetes chega a cerca de 50 mil pessoas por ano. Essa patologia afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo atual, e estima-se que em 2025 o número de diabéticos seja de 380 milhões (RODRIGUES *et al.*, 2015). No Brasil

existem cerca de 500 mil diabéticos, e quase dois milhões desconhecendo ter diabetes (VARGAS *et al.*, 2014).

Mais da metade do Estado de Pernambuco está localizado no Sertão, um lugar onde há escassez de chuvas, e o clima é semidesértico (semi-árido), devido à retenção de parte das precipitações pluviais no Planalto da Borborema e às correntes de ar seco proveniente do sul da África, entre outros. De acordo com os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (2017-18) pode-se observar que houve um aumento de aproximadamente 10% comparado ao POF 2008-2009 com relação ao consumo de frutas, verduras e legumes da população das zonas urbanas/rurais, adulta e idosa do país (BRASIL, 2020).

Como evidenciado por GOODMAN *et al.* (2011) o rótulo pode se configurar em um importante instrumento para escolhas alimentares saudáveis. É reconhecido como tal pelos consumidores (CAMPOS *et al.*, 2011) e capaz de melhorar os comportamentos alimentares, de diminuir o risco para doenças e, sobretudo, é acessível à maior parte das pessoas, apesar de não compreensível para uma maioria.

Nesse sentido, faz-se necessário verificar os hábitos alimentares, e as condições socioeconômica e demográfica dos adultos residentes de dois municípios do sertão pernambucano, além de analisar seus hábitos alimentares para que possa ser evidenciado seus perfis lipídicos e glicêmicos, sendo utilizados as informações contidas no banco de dados da pesquisa “Avaliação da segurança alimentar e nutricional em conglomerados urbanos e rurais afetados pela seca no sertão de Pernambuco” realizada no ano de 2015.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever o perfil socioeconômico, os hábitos alimentares e as alterações lipídicas e glicêmicas de adultos do Sertão de Pernambuco.

2.2 Específico

- Caracterizar a situação socioeconômica e demográfica dos adultos;
- Verificar os hábitos alimentares;
- Descrever as alterações do perfil lipídico e glicêmico dos participantes.

3 JUSTIFICATIVA

Considerando a pobreza um complicador socioeconômico e de saúde no Brasil e em diversos outros países do mundo, no ano de 2015, durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, foram estabelecidos objetivos e metas a serem atingidos até o ano de 2030. Nesta agenda, estão previstas ações mundiais nas áreas de erradicação da pobreza, segurança alimentar, agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades, energia, água e saneamento, padrões sustentáveis de produção e de consumo, entre outros.

Ou seja, até o ano de 2030, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) devem permitir que todas as pessoas tenham seus direitos humanos garantidos, a partir de políticas públicas, programas e serviços acessíveis, adequados, disponíveis e de qualidade, sem discriminação. Entretanto, atualmente o Brasil não tem demonstrado interesse incipiente em desenvolver e compartilhar ideias que possam ser úteis, e ajudar diretamente a essa problemática.

Nesse sentido, em busca de contribuir para o alcance dos ODS, faz-se importante a realização de pesquisas direcionadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença, em especial com vistas à erradicação da pobreza, ao direito a saúde e bem-estar, a alimentação adequada, e a redução das desigualdades. Outra razão, que motivou a realização do presente trabalho foi a escassez de estudos relacionadas ao público-alvo da pesquisa, os sertanejos pernambucanos.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

No que diz respeito a morbimortalidade que acomete os brasileiros, as DCNT incluem as elevadas prevalências de obesidade, doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diversos tipos de câncer. Segundo dados do Vigitel (2020) a frequência de excesso de peso da população brasileira foi de 57,5% sendo ligeiramente maior entre os homens (58,9%) do que entre as mulheres (56,2%), das quais 26,0% já se encontravam obesas; e com relação ao diagnóstico de DM e HAS, em torno de 25,2% e 8,2% dos indivíduos entrevistados referiram apresentar, respectivamente, essas patologias. (BRASIL, 2021). Evidências apontam que as DCNT são de longa duração e de evolução lenta, afetando desproporcionalmente países de baixa e média renda, populações mais pobres e vulneráveis (WHO, 2013).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE) realizada em 2019, 14,6% das pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram diagnóstico médico de colesterol alto. Na área urbana a proporção estimada foi de 15,0%, e na área rural de 12,1%. No Brasil, as mulheres apresentaram proporção maior de diagnóstico médico de colesterol alto com 17,6%, e os homens apresentaram 11,1% (BRASIL, 2020).

O diabetes mellitus (DM) é uma das doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes no mundo sendo a quarta principal causa de morte (DUNCAN *et al.*, 2017). O Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da mesma de exercer adequadamente seus efeitos, resultando em resistência insulínica. Caracteriza-se pela presença de hiperglicemia crônica, frequentemente, acompanhada de dislipidemia, HAS e disfunção endotelial (BRASIL, 2003).

A alimentação é uma das causas da ocorrência da dislipidemia, mas é também uma das formas mais viáveis para prevenção e controle do distúrbio. A dislipidemia relacionada à má alimentação é ocasionada principalmente pelo consumo excessivo de ácidos graxos saturados e trans, substâncias que estão amplamente disseminadas em produtos disponíveis comercialmente, particularmente os industrializados (BERTOLAMI *et al.*, 2007). As dislipidemias têm várias classificações, mas na prática médica as mais utilizadas são de acordo a sua etiologia e classificação laboratorial. De acordo a sua etiologia podem ser primárias e secundárias, sendo as primárias originadas por distúrbios lipídicos de origem

genético e as secundárias são causadas por estilos de vida inadequados, doenças e medicamentos (BERTOLAMI *et al.*, 2017).

4.2 Transição alimentar e nutricional no Brasil

Desde a última metade do século XX, em decorrência da urbanização e modernização, o mundo vem passando por um processo chamado transição nutricional. A transição nutricional é caracterizada pelo declínio marcante da subnutrição e aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade. Essa mudança foi causada por questões econômicas, sociais e demográficas, que consequentemente influencia no perfil de saúde dos indivíduos (FILHO *et al.*, 2003; LANG *et al.*, 2009).

A transição nutricional está relacionada com uma complexa rede de mudanças nos padrões alimentares, demográficos, socioeconômicos, ambientais, agrícolas e da saúde como um todo, envolvendo fatores como a urbanização, crescimento econômico, distribuição de renda, incorporação de tecnologias e mudanças culturais na população (JAIME *et al.*, 2018). A dieta ocidental e o aumento da obesidade estão amplamente associados com a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a diminuição da qualidade de vida da população (FERREIRA *et al.*, 2005).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), baseados nos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018 pode-se evidenciar que dentre os alimentos processados o de maior contribuição para as calorias totais foi o pão (6,7% das calorias totais). Já com relação aos ultraprocessados, destacam-se frios e embutidos (2,5% das calorias totais), biscoitos e doces (2,1%), biscoitos salgados (1,8%), margarina (1,8%), bolos e tortas doces (1,5%) (BRASIL, 2020).

Dados da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2011 (BRASIL, 2012), apontam que a prevalência de excesso de peso na capital de Pernambuco-Recife, para maiores de 18 anos, era de 47,1%, sendo 14,8% de obesidade. Quando a mesma pesquisa foi realizada em 2020, os dados demonstraram que houve um aumento significativo dos percentuais na capital pernambucana, pois 59,0% dos participantes apresentavam excesso de peso, sendo 23,3% de obesidade (BRASIL, 2021).

A prevalência mundial de sobrepeso/obesidade vem apresentando rápido e progressivo aumento nas últimas décadas, de modo que, atualmente, 2,1 bilhões de adultos estão nessa condição, o que representa quase 30% da população mundial (Ng, M *et al.*, 2013). O Brasil,

assim como os demais países em desenvolvimento tem apresentado um quadro de evolução do excesso de peso de sua população (FERREIRA, 2003).

O enfrentamento do excesso de peso no Brasil requer medidas complexas articuladas em diferentes níveis e setores do governo, com participação da sociedade civil. Nesse sentido, em 2011 o Governo Federal lançou o Plano de Ação Estratégica para Enfrentamento das DCNT (2012-2022), reconhecendo a obesidade como uma doença e um fator de risco para DCNT, com causas e determinantes próprios, e assim criando uma resposta intersetorial para enfrentá-la. O plano tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e com base em evidências para prevenção e controle de DCNT e seus fatores de risco, bem como fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos (RAUBER; JAIME, 2019).

4.3 Hábitos Alimentares

Os hábitos alimentares envolvem práticas, crenças, comportamentos, tabus, ou seja, relacionam-se aos aspectos antropológicos, culturais, socioeconômicos e psicológicos que envolvem o ambiente de cada indivíduo (TORAL *et al.*, 2007). O comportamento alimentar, por sua vez, se compreende nas atitudes relacionadas a estas práticas alimentares (contempladas nos hábitos alimentares), conjuntamente a atributos socioculturais envolvidos com o alimento ou com o ato de se alimentar (DIEZ-GARCIA, 1999).

Considerando aspectos sociais, culturais e antropológicos que permeiam o consumo alimentar, o hábito alimentar é algo mais amplo nesse contexto, de modo que leitura de rótulo de alimentos, observação do prazo de validade, conhecimento sobre a origem dos alimentos a serem consumidos, local de compra/obtenção dos alimentos, número de refeições feitas em casa, assim como realização de refeição com a família, parece ter estreita relação com o perfil de saúde e nutrição (PRADO, *et al.*, 2017).

Os rótulos são elementos de comunicação entre o produto e os consumidores, e devem auxiliá-los na decisão de compra, aumentando a eficiência do mercado e o bem-estar do consumidor (MACHADO *et al.*, 2006). Segundo Celeste, (2001) e Lima *et al.* (2003) os grupos de baixa renda e baixa escolaridade são compelidos a realizar suas compras baseados no preço dos alimentos, não utilizando as informações nutricionais, tanto por aspectos econômicos quanto por falta de conhecimento nutricional.

4.4 Influência da televisão no consumo de ultraprocessados

Segundo o Guia Alimentar Para a População Brasileira (2014) os alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes) (BRASIL, 2014).

Os alimentos ultraprocessados apresentam como desvantagem também o fato de apresentarem elevado teor de sódio que, quando em excesso, associa-se ao desenvolvimento de doenças como hipertensão arterial (SARNO *et al.*, 2013). O consumo de alimentos como pizzas, carnes processadas, salgadinhos, biscoitos recheados e refrigerantes está diretamente relacionado com a maior ingestão de sódio (BRASIL, 2011). Em estudo realizado por STEELE *et al.* (2020) foi possível observar uma tendência de aumento no consumo destes alimentos em duas regiões do país (Norte e Nordeste) e entre pessoas de escolaridade mais baixa, sugerindo as desigualdades sociais durante o período de pandemia.

Carneiro (2018) destaca que a epidemia da obesidade em países com alto consumo de Alimentos Ultraprocessados fez com que a sociedade acreditasse que a quantidade de calorias presentes nas refeições era a única responsável pelo aumento do peso e, por isso, os alimentos passaram a ser julgados como mais saudáveis quando apresentavam menos calorias. Como consequência, a oferta de produtos diet e “zero caloria” fizeram com que os adoçantes artificiais, como o aspartame, a sacarina e a sucralose, atingissem elevado consumo indiscriminado como nunca antes experimentado.

Em se tratando de uma população acometida por doenças crônicas, o consumo do grupo de alimentos ultraprocessados pode prejudicar ainda mais as condições de saúde dos indivíduos. Uma análise dos dados da pesquisa longitudinal ELSA-Brasil (2010) constatou que pode haver uma relação entre a resposta inflamatória crônica e o consumo elevado de ultraprocessados (CRUZ, 2016).

Evidências indicam que o tempo gasto em frente à TV pode se relacionar ao ganho excessivo de peso por meio de três mecanismos: o tempo gasto assistindo à TV implica a redução do tempo disponível para a realização da atividade física; indivíduos são encorajados a consumir alimentos de forma excessiva e desatenta enquanto assiste; e a exposição à publicidade de alimentos induz ao consumo dos produtos anunciados, sendo estes

frequentemente não saudáveis (STRASBURGER, 2011). A televisão tem sido associada ao desenvolvimento de uma dieta menos saudável e a um maior consumo dos alimentos anunciados, contribuindo para o aumento do consumo energético total e para um menor consumo de frutas e hortaliças (HARRIS, 2013).

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho do Estudo

O estudo faz parte de uma pesquisa transversal, de base domiciliar intitulada “Avaliação da segurança alimentar e nutricional em conglomerados urbanos e rurais afetados pela seca no sertão de Pernambuco”, uma parceria entre o Núcleo de Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória e o Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), realizada no período de julho a outubro de 2015.

Para a pesquisa de base, o plano amostral escolhido foi do tipo probabilístico e estratificado em três estágios assim caracterizados: Unidades primárias de seleção: municípios; Unidades secundárias de seleção: setores censitários; Unidades terciárias de seleção: domicílios. Para o sorteio dos municípios e setores censitários foi utilizada a lista de números randômicos do subprograma EPITABLE, do programa EPI-INFO, versão, 6.04. A base de dados foi composta pela listagem dos setores censitários feita pelo Censo Demográfico de 2010. Foram sorteados três municípios: Serra Talhada, Custódia e Belém do São Francisco. No caso da presente proposta serão utilizados os dados referentes aos municípios de Custódia e Belém do São Francisco (N=341 Adultos).

5.2 Variáveis Sociodemográficas

Os dados sociodemográficos analisados incluem: local de moradia, renda familiar, idade, escolaridade, rede de abastecimento de água, tratamento da água e destino do lixo. Todos eles foram obtidos através da autorreferência pelos entrevistados. E o local de moradia foi categorizado em: urbano e rural. A renda familiar per capita em salários-mínimos teve sua classificação em duas categorias: $< 0,25$ e $\geq 0,25$. Já a idade foi classificada sistematicamente em duas faixas etárias: 20-34, e 35-59 anos de idade. E com relação a escolaridade, ela foi classificada em dois níveis: fundamental 1 incompleto/nunca frequentou, fundamental 1 completo/fundamental 2 incompleto ou completo/ Ensino médio incompleto ou completo. Com relação a rede de abastecimento de água foram categorizados em: rede geral, poço/nascentes/cacimba, cisterna/múltiplo abastecimento/vizinho/parente. O tratamento da água foi classificado em dois níveis: fervida/filtrada/coada/mineral, sem tratamento/outro. Já o destino do lixo foi dividido em: coletado, queimado/terreno baldio/caçamba.

5.3 Hábitos alimentares e Prevalência de DCNT autorreferida

O Hábito Alimentar também foi avaliado, sendo caracterizado pela frequência de substituição do almoço e do jantar por lanches (sanduíches, salgados, pizza ou outro), e hábito de leitura do rótulo (prazo de validade, ingredientes, e valor nutricional). E com relação as variáveis bioquímicas, foram os entrevistados foram questionados sobre a prevalência de dislipidemias (colesterol e triglicerídeos aumentados) e hiperglicemia.

5.4 Análise de Dados

A digitação dos dados foi realizada em dupla entrada com posterior utilização do módulo Validate do software Epi Info, versão 6.04. Para o processamento e análise dos dados foram utilizados os pacotes estatísticos Epi Info versão 6.04 e SPSS versão 13.0.

5.5 Considerações Éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE sob número de parecer 897.655 e CAAE 38878814.9.0000.5208. As mulheres foram esclarecidas sobre todas as etapas da pesquisa e no caso de aceitação em participar foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6 RESULTADOS

Foram entrevistados 341 adultos dos municípios de Custódia e Belém de São Francisco, ambos localizados no sertão pernambucano. Conforme os dados apresentados na Tabela 1, dos 341 adultos avaliados 57,3% apresentaram idade inferior ou igual a 34 anos, divididos em 142 homens (48%) e 154 mulheres (52,5%), sendo 54,8% desses residentes da zona urbana.

Com relação as condições socioeconômicas 55,7% possuíam renda total maior que 1 salário-mínimo, e 72,6% estavam inscritos, no antigo, Programa Bolsa Família. Com relação a escolaridade dos entrevistados 56,1% não concluíram o Fundamental 1 ou nunca frequentaram a escola. Já com relação à fonte de abastecimento de água, 63,9% utilizavam a rede geral, e 53,0% não realizavam nenhum tipo de tratamento para um consumo adequado da mesma, quanto a coleta do lixo, para cerca de 57,2% dos entrevistados, o lixo é coletado diariamente.

Tabela1 - Variáveis socioeconômicas e demográficas de adultos de dois municípios do Sertão de Pernambuco, 2015.

Variável	N (341)	%
Idade**		
20-34 anos	168	57,3
35-59 anos	125	42,7
Sexo*		
Masculino	142	48,0
Feminino	154	52,0
Escolaridade*		
Até o Ensino Fundamental 1 incompleto/Nunca frequentou	166	56,1
Ensino Fundamental 1 completo/ Ensino Fundamental 2 completo e incompleto/ Ensino Médio completo e incompleto/outros	130	43,9
Área de moradia*		
Urbana	157	54,8
Rural	139	45,2
Renda familiar***		
Até 1 salário-mínimo	128	44,3
Maior que 1 salário-mínimo	161	55,7
Inscrito no Programa Bolsa Família*		
Sim	215	72,6
Não	81	27,4
Rede de abastecimento de água		
Rede geral	218	63,9
Poço/nascente/caçimba	74	21,7
Cisterna/múltiplo abastecimento/vizinho/parente	49	14,4
Tratamento da água		
Fervida/filtrada/coada/mineral	160	47,0
Sem tratamento/outro	181	53,0

Destino do Lixo		
Coletado	195	57,2
Queimado/terreno baldio/caçamba	146	42,8

*Variável com N= 296; **Variável com N= 293; ***Variável com N=289.

Fonte: A autora (2021).

No que se diz respeito aos hábitos alimentares, os dados da Tabela 2 informam que 14,6% dos entrevistados costumavam substituir almoço por lanches, enquanto 27,1% trocavam o jantar por lanche. No que se refere ao hábito de leitura do rótulo, 89,0% alegaram não analisar a lista de ingredientes, e 91,7% não praticavam leitura da tabela nutricional presente no produto, enquanto 54,5% dos entrevistados não observavam o prazo de validade. Com relação aos dados bioquímicos, 10,1% dos participantes se encontravam com a glicemia alterada, já a ocorrência de dislipidemias, 55,5 % e 32,8% dos entrevistados relataram alteração de triglicerídeos e colesterol total, respectivamente.

Tabela 2 - Caracterização dos hábitos alimentares, perfil lipídico e glicêmico de adultos de dois municípios do Sertão de Pernambuco, 2015.

Variável	N (145)	%
Substitui almoço por lanche*		
Não	123	85,4
Sim	20	14,6
Substitui janta por lanche**		
Não	105	72,9
Sim	39	27,1
Leitura de ingredientes no rótulo		
Não	129	89,0
Sim	16	11,0
Leitura de valor nutricional no rótulo		
Não	133	91,7
Sim	12	8,3
Leitura do prazo de validade no rótulo		
Não	79	54,5
Sim	66	45,5
Glicemia***		
Normal	107	89,9
Alterada	12	10,1
Triglicerídeos***		
Normal	53	44,5
Alterado	66	55,5
Colesterol total***		
Normal	80	67,2
Alterado	39	32,8

*Variável com N= 143; **Variável com N= 144; ***Variável com N=119.

Fonte: A autora (2021).

7 DISCUSSÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT são responsáveis por 71% das 57 milhões de mortes ocorridas globalmente em 2016 (WHO, 2018). No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2016, por 71% do total de mortes (BRASIL, 2017).

Alterações lipídicas e glicêmicas tem relação direta com o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis. Li WJ (2008) caracterizou a síndrome metabólica através da agregação de vários fatores de risco para as doenças cardiovasculares: obesidade central, hipertrigliceridemia, dislipidemia (HDL baixo e triglicerídeos elevados) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Vidigal *et al.* (2013) identificaram a prevalência média estimada de SM de 29,6% variando entre 4,9% e 65,3%, na população adulta brasileira.

Velásquez-Meléndez *et al.* (2004) associaram o nível de escolaridade em uma variável capaz de interferir na forma como a população escolhe seus alimentos, podendo ser decisiva para a qualidade do autocuidado e para a capacidade de interpretar informações à proteção da saúde. O presente estudo, demonstra que 56,1% dos entrevistados possuíam até o Fundamental 1 incompleto. A baixa escolaridade dificulta o acesso ao mercado de trabalho de modo que as ocupações disponíveis a esse perfil de indivíduos oferecem baixa remuneração (LUCCHESI *et al.*, 2016).

Faria *et al.*, (2015) realizaram uma pesquisa qualitativa com emprego da técnica de entrevista semidirectiva e observação de campo para a coleta dos dados onde apontou-se que todos os entrevistados realizavam o almoço corretamente, enquanto 30% desses eram adeptos a troca da janta por um lanche. O presente estudo, no entanto, aponta que 14,6% dos entrevistados têm o hábito de substituir o almoço por lanches, e 27,1% trocam a janta por uma refeição mais rápida. A troca de refeições por lanche demonstra que o público apresenta alteração do hábito alimentar, possivelmente promovida pela transição alimentar, graças ao alto consumo de alimentos ultraprocessados, outros determinantes que contribuem para esta problemática é a dificuldade no acesso aos alimentos, a baixa renda e a escolaridade (AQUINO *et al.*, 2016).

Dados do POF (2017-18) mostram que cerca de 49,5% das calorias disponíveis para consumo nos domicílios brasileiros provém de alimentos in natura ou minimamente processados, sendo 22,3% desses ingredientes culinários processados, 9,8% de alimentos processados, e 18,4% de alimentos ultraprocessados. Dentre os alimentos in natura e

minimamente processados, o arroz correspondia a 15,6% das calorias totais, vindo, a seguir o leite, com 5%, as carnes, com 4,6%, e o feijão, com 4,3%. Entre os ingredientes culinários processados mais adquiridos pelos brasileiros, o óleo vegetal correspondia a quase 11% das calorias totais, seguido pelo açúcar, com quase 10% (BRASIL, 2020).

Devemos considerar que os indivíduos consomem alimentos e/ou preparações sem que o nutriente em si seja o principal determinante na escolha – fato conhecido e explorado pelo comércio e indústria alimentícia que oferecem, cada vez mais, alimentos práticos, palatáveis, duráveis e mais atrativos para a população. Sendo assim, os alimentos processados tornam-se cada vez mais acessíveis para todas as faixas etárias, sendo vendidos pré-prontos ou prontos para o consumo (MONTEIRO, 2009).

As dislipidemias são caracterizadas pelas alterações nos níveis séricos de lipídeos que juntamente com a obesidade, hipertensão e diabetes integra o conjunto de doenças crônicas degenerativas, com história natural prolongada (DUTRA, 2010).

Já com relação a ocorrência de dislipidemias, 55,0 % e 37,0% dos entrevistados relataram alteração de triglicerídeos e colesterol total aumentados, respectivamente. Em estudo realizado por Rocha *et al.*, (2017) na cidade do Recife foi constatado que indivíduos com idade inferior a 59 anos (41,26%) obtêm prevalência para diagnóstico de DM. Enquanto, no presente estudo 10,1% dos entrevistados autoreferiram com glicemia elevada. O tratamento das dislipidemias pode ser farmacológico e não farmacológico e tem como objetivo evitar as complicações (BERTOLAMI, 2014). No caso do tratamento não farmacológico é importante adotar uma terapia nutricional, sendo necessário a adesão ao tratamento e está indicado as mudanças de estilos de vida nestes pacientes, ou seja, alimentação saudável, prática de exercícios físicos regularmente (XAVIER, 2013).

Quanto ao hábito de leitura de rótulo e tabela nutricional, a ANVISA aprovou a RDC Nº 429 em 8 de outubro de 2020 a qual entrará em vigor a partir de outubro de 2022, que tem por objetivo deixar mais claro e sucinta as informações nutricionais presentes na rotulagem nutricional em alimentos embalados para facilitar assim um melhor entendimento dos consumidores e que dessa forma eles possam ter escolhas alimentares mais conscientes (BRASIL, 2020).

Em pesquisa realizada por Marzarotto e Alves (2017) 69,0% dos entrevistados relataram possuir o hábito de leitura do rótulo. Já no presente estudo, 89,0% dos entrevistados evidenciaram não possuir hábito de leitura dos ingredientes nos rótulos, e apenas 8,3% se atentam a ler a tabela nutricional no rótulo contida. Com relação a leitura do prazo de validade

em estudo realizado por Cavada *et al.* (2012) demonstra que 69,54% se atentam a esse tipo de informação, enquanto no presente trabalho apenas 45,5% alegam realizar esse procedimento.

A desarticulação e o enfraquecimento de instâncias importantes para o diálogo sobre segurança alimentar e nutricional, como o Conselho Nacional de Segurança Alimentar, recentemente extinto, demonstra o quão desafiador é o caminho que estamos a percorrer. A condição de insegurança alimentar já instalada será possivelmente acelerada pelo SARS-CoV-2. No atual contexto da pandemia do novo Coronavírus famílias e populações, em contextos de vulnerabilidade social, podem apresentar maior fragilidade à Covid-19 sobretudo pessoas de baixa renda – os desempregados e aqueles na informalidade, que necessitam complementar renda, ainda que estejam em programa temporário de transferência de renda (BEZERRA *et al.*, 2020).

Entende-se que, neste momento, no qual o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), que figura entre os direitos sociais na Constituição Federal brasileira, é ameaçado por abalos na estrutura social e econômica, faz-se necessário promover e defender estratégias que visem a fortalecer a Soberania e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (CFN, 2020).

8 CONCLUSÃO

Os achados evidenciam o quanto os hábitos alimentares atuais da população tiveram influência na transição nutricional. Além de outros fatores determinantes para essa problemática como: a dificuldade no acesso aos alimentos, a baixa renda e a escolaridade. Demonstrando assim que o aparecimento das dislipidemias estabelece relações com fatores ambientais e comportamentais, dentre eles, padrões alimentares inadequados e o sedentarismo.

Para enfrentamento das dislipidemias faz-se necessário um trabalho de base a fim de sanar as iniquidades sociais que influenciam diretamente os hábitos e o comportamento alimentar das populações. É fundamental uma abordagem intersetorial que provoquem mudanças estruturais que proporcionem o acesso à escolaridade, renda e condições de vida com dignidade para a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional e Direito Humano à Alimentação Adequada.

REFERÊNCIAS

AQUINO, F.C. *et al.* Segurança alimentar e nutricional, hábitos alimentares e condições socioeconômicas na Chapada dos Veadeiros no Brasil Central. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 933-943, 2016.

ARRAIS, T. A. Income inequality, public employment and income transfers in contemporary Brazil. **Mercator**, Fortaleza, v. 18, p. e18008, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mercator/a/Z9RVrkWF3H98Xc4hszckdfk/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 12 nov. 2021.

BARBOSA, L.; CHAVES, O. C.; RIBEIRO, R. C. L. Anthropometric and body composition parameters to predict body fat percentage and lipid profile in schoolchildren. **Rev Paul Pediatr**, Barra do Garças, v. 30, n. 4, p. 520-528, 2012.

BEZERRA, A. C. V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v. 25, supl. 1, p. 2411-2421, 2020.

BIELEMANN, R.M. *et al.* Consumo de alimentos Ultraprocessados e impacto na dieta de jovens adultos. **Rev Saúde Pública**, Pelotas, v. 49, p. 28, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6wjMXZkvzWgCHvsZJyFHZgt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução de Diretoria Colegiada- RDC Nº 429, de outubro de 2020**. Rotulagem nutricional dos alimentos embalados. Brasília: ANVISA, 2020.

BRASIL. **Lei de Segurança Alimentar e Nutricional: Conceitos**. Brasília: CONSEA, [2019].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos regionais brasileiros**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL** 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL** 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares (POF), 2008-2009: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2017-18: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002: Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/ML9Qxf4DSBJPMLnn5pWT3Fd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2021.

BERTOLAMI, M. C. *et al.* IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 88, supl. 1, p. 01-76, abr. 2007.

BERTOLAMI, M. C. *et al.* Dislipidemias / Dyslipidemias. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 12, p. 01-61, dez. 2017.

BEZERRA, A. C. V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v. 25, supl. 1, p. 2411-2421, 2020.

CAMPOS, S. *et al.* Nutrition labels on pre-packaged foods: a systematic review. **Public Health Nutr.**, Canadá, v. 14, n. 8, p. 1496-506, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/c8f79STDrL9S39DqgPQ5DgL/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 22 out. 2021.

CARNEIRO, D. Aditivos alimentares. In: CARNEIRO, D. **Abordagem nutricional na prevenção e tratamento do autismo**. São Paulo: P&B, 2018. p. 512.

CAVADA, G. S. *et al.* Rotulagem nutricional: você sabe o que está comendo? **Braz. J. Food Technol.**, Pelota, p. 84-88, maio 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjft/a/N9jx4GpQXGfbcRb5r6fp5XQ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 18 out. 2021.

CELESTE, R. K. Análise comparativa de legislação sobre o rótulo alimentício do Brasil, Mercosul, Reino Unido e União Européia. **Rev. Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 217-223, 2001.

DUNCAN, B. B. *et al.* The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil and its states: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 90-101, 2017.

DUTRA, C. D. T; MARTENS, I. B. G.; DAVILA, L; Fernanda Maria Lima. Avaliação de Risco para doenças e agravos não transmissíveis de pacientes atendidos pelo Programa de Nutrição e Saúde. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, LONGEVIDADE & QUALIDADE DE VIDA, 11., 2010, São Paulo. **Anais [...]** São Paulo: Nutrição em Pauta, 2010.

FACCHINI, L.A. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cad. Saúde Pública**,

Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 161-174, jan. 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/mT6Mt4gQL9nczp7VYtHYDny/abstract/?lang=pt>
 Acesso em: 22 out. 2021.

FERREIRA, V.A. **Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

FILHO, M.B.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendência regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.181-191, 2003.

GARCIA, W. D. G. **A comida, a dieta, o gosto: a mudança na cultura alimentar urbana**. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

HALLAL, P. C. *et al.* Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine Science and Sports Exercise**, Philadelphia, v. 35, n. 11, p. 1894-900, 2012.

HARRIS, J.L. *et al.* Redefining “child-directed advertising” to reduce unhealthy television food advertising. **Am J Prev Med**, Michigan, v. 44, p. 358-64, 2013.

LANG, R.; NASCIMENTO, A.; TADDEI, J. A transição nutricional e a população infantojuvenil: medidas de proteção contra o marketing de alimentos e bebidas prejudiciais à saúde. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 217-229, dez. 2009.

Li WJ, *et al.* Cardiovascular risk and prevalence of metabolic syndrome by differing criteria. **Chin Med J**, China, v. 121, n. 16, p. 1532-1536, 2008.

LIMA, A.; GUERRA, N. B.; LIRA, B. F. Evolução da legislação Brasileira sobre rotulagem de alimentos e bebidas embalados, e sua função educativa para promoção da saúde. **Rev. Hig. Alimentar**, Minas Gerais, v.17, n.110, p.12-17, 2003.

MACHADO, S. S. *et al.* Comportamento dos consumidores com relação à leitura de rótulo de produtos alimentícios. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 17, n. 1, p. 97-103, 2006.

MARINS, B. R.; JACOB, S. C.; PERES, F. Avaliação qualitativa do hábito de leitura e entendimento: recepção das informações de produtos alimentícios. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 579-585, jul./set. 2008.

MARZAROTTO, B.; ALVES M. K. Leitura de rótulos de alimentos por frequentadores de um estabelecimento comercial. **Revista Eletrônica Ciência e Saúde**, cidade, v. 10, n. 2, p.102-108, 2017.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta alimentar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.251-58, 2000. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/TYfWkM6PHNKchKQjN7cHxtf/?format=pdf&lang=pt>
 Acessado em: 18 out. 2021.

NG, M. *et al.* Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012. **JAMA**, Seattle, v. 311, n. 2, p. 183-192, 2014. doi:10.1001/jama.2013.284692.

NOBRE, L.N. *et al.* Sociodemographic, anthropometric and dietary determinants of dyslipidemia in preschoolers. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 462-469, 2013.

PINHEIRO, A. R. O. *et al.*, Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, out./dez., 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2021.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **Journal of Nutrition**, Chapel Hill, v. 131, p. 871S-873S, 2001.

RAUBER, F.; JAIME, P.C. Políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas ao sobrepeso e obesidade. *In*: RAUBER, F.; JAIME, P.C. **Políticas públicas de alimentação e nutrição**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

ROCHA, N. S *et al.* Avaliação do controle glicêmico pela glicemia capilar, de usuários diabéticos tipo 2, em um serviço de Atenção Básica no Município do Recife. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT**, Recife, v. 3, n. 1, p. 75, 2017.

SCHMIDT M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, London, p. 61-74, 2011.

STRASBURGER, V. C. Council on Communications and Media. Children, adolescents, obesity, and the media. **Pediatrics**, Itasca (IL), v. 128, p. 201-208, 2011.

TORAL, S. Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Cienc Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1641-50, 2007.

ULHOA, N. *et al.* Hábitos Alimentares e Sociabilidade no horário de almoço de estudantes universitários. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-554, ago. 2015.

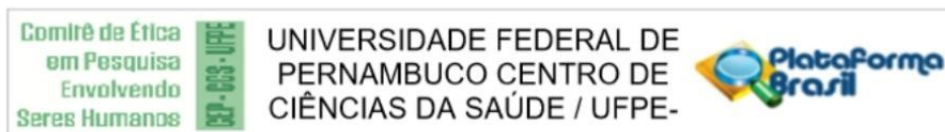
VARGAS, L. *et al.* Influência da diabetes e a prática de exercício físico e atividades cognitivas e recreativas sobre a função cognitiva e emotividade em grupos de terceira idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-554, 2014.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. *et al.* Epidemiologia de sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil. Estudo transversal de base populacional, **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washigton, v.16, n. 5, p. 308-314, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020**. Genebra: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/jpW8McGDTj7tLHqgN4pTLJB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 out. 2021.

XAVIER, H. T. *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, 2013.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/GGYvjtdbVFRQS4JQJCWg4fH/?lang=pt>
Acesso em: 20 out. 2021.

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM CONGLOMERADOS URBANOS E RURAIS AFETADOS PELA SECA NO SERTÃO

Pesquisador: Vanessa Sá Leal

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38878814.9.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 897.655

Data da Relatoria: 02/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo do pesquisador principal que é Prof.ª do CAV/UFPE. Será avaliado se os domicílios do

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a situação de insegurança alimentar e nutricional no sertão do estado de Pernambuco.

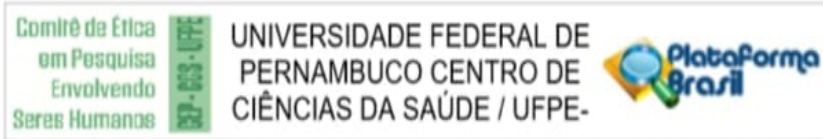
Objetivo Secundário:

- Classificar os municípios sorteados para a pesquisa em sua situação de insegurança alimentar e nutricional;- Identificar a prevalência de insegurança alimentar em seus diferentes níveis nos domicílios do sertão;- Verificar a associação da insegurança alimentar a fatores socioeconômicos, alimentares, de produção agrícola e de participação em programas sociais; - Investigar as percepções e representações sociais de residentes do sertão sobre as dificuldades, alternativas e perspectivas de convivência com o semiárido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Bem descritos no projeto da plataforma e no TCLE.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588	E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 007.055

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será desenvolvido no sertão do estado de Pernambuco, uma das 27 unidades federativas do Brasil. O sertão pernambucano subdivide-se nas mesorregiões Sertão e São Francisco, representa 63,7% do território do estado, com uma população de 1.575.033 habitantes, segundo o censo de 2010, correspondendo a 17,9% da população estadual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados em quantidade e qualidade.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer

RECIFE, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convido o(a) Sr.(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa: *"Doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Estado de Pernambuco: prevalência e fatores associados"*. Que está sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Israel Cabral de Lira. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, Departamento de Nutrição, Área de Nutrição em Saúde Pública – Cidade Universitária – Recife – PE, CEP: 50670-90, email: lirapic@ufpe.br, telefone 3271-8001.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo com o objetivo de verificar a ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis (diabetes mellitus, hipertensão arterial, sobrepeso/obesidade, dislipidemias), história e sequelas de infartos coronarianos e acidentes vasculares cerebrais e seus fatores associados, no Estado de Pernambuco.

Se você concordar em participar, serão realizadas as seguintes etapas:

- Você responderá a um questionário com informações sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde, nutrição e alimentação;
- Você será submetido(a) a uma avaliação do estado nutricional, com verificação de peso, altura, medidas de cintura, quadril, braço e dobras cutâneas, aferição da pressão arterial e de 10ml coleta de sangue.

Os incômodos que poderá sentir com a participação na pesquisa são: ter que responder aos questionários para avaliação socioeconômica e demográfica e de frequência alimentar, aferição das suas medidas corporais e a coleta de sangue. Os questionários e a aferição das medidas corporais não trarão riscos à sua saúde física e mental, não necessitando contar com nenhum tipo de assistência. Caso você ache inapropriado alguma das questões que constam do questionário ou lhe produza sentimentos indesejáveis, poderá interromper a

ANEXO C- REGISTRO DOS MORADORES DO MUNICÍPIO

Nº de Ordem	QUESTIONÁRIO					Condição na Família	Nº de Ordem da Mãe	Nº de Ordem do Pai	Sexo 1 - M 2 - F	Data de Nascimento			Idade	Raça/Cor	Religião	Grau de Instrução (>6 anos)	Condição de Trabalho
	NOME									Dia	Mês	Ano	(em anos completos)				
(1)	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					(2)	XX	XX	X	XX	XX	XX	XX	(3)	(4)	(5)	(6)
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	

(1)

01 deve ser o chefe da família, mesmo que não seja o entrevistado

(2)

1- Chefe

2- Cônjuge

3- Filho

4- Enteadado

5- Outro Parente

6- Agregado

7- Emp. Doméstico

(3)

1- Branca

2- Negra

3- Parda

4- Amarela

5- Indígena

(4)

(para > de 15 anos)

1- Católica

2- Evangélica

3- Espírita

4- Testemunha de Jeová

5- Umbanda, candomblé, etc.

6- Outra

7- Sem religião

(5)

1- Nunca frequentou/F1 Incompleto

2- F1 Completo/F2 Incompleto

3- F2 Completo/EM Incompleto

4- EM Completo

5- Superior Incompleto

6- Superior Completo ou mais

7- Não Sabe

8- Menor de 6 anos

(6)

01- Não Trabalha

02- Desempregado

03- Empregado com Carteira

04- Empregado sem Carteira

05- Autônomo (Urbano ou Rural Produtor)

06- Biscateiro/Ambulante/Esporádico

07- Aposentado/Pensionista/Benefício

08- Estudante Trabalhando

09- Estudante-Não trabalha

10- Não Sabe

ANEXO D- REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA

FORMULÁRIO - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA				QUESTIONÁRIO			
1	TOTAL DE PESSOAS:						NPES
2	TIPO DE MORADIA:						
	1	Casa	4	Outro: _____			
	2	Apartamento					
	3	Quarto/Cômodo					
3	REGIME DE OCUPAÇÃO:						
	1	Própria, já paga	5	Própria, doada pelo governo			
	2	Própria, em aquisição	6	Mora de favor/emprestada:			
	3	Cedida	7	Invadida			
	4	Alugada	8	Outro: _____			
4	PAREDES:						
	1	Alvenaria/Tijolo	4	Tijolo + Outros			
	2	Taipa	5	Madeira/Lata/plástico/papelão			
	3	Tijolo + Taipa	6	Outro: _____			
5	PISO:						
	1	Cerâmica/ Lajota/Taco	4	Terra (barro)			
	2	Madeira	5	Cimento + Cerâmica			
	3	Cimento	6	Outro: _____			
6	COBERTURA:						
	1	Laje de concreto	3	Telha de amianto (Tipo Brasilit)			
	2	Telha de barro	4	Outro: _____			
7	ABASTECIMENTO DE ÁGUA:						
1	Com canalização interna		2	Com canalização até o quintal		3	Sem canalização
7.1	FONTE DE ABASTECIMENTO						
	1	Rede geral	5	Vizinho/parente			
	2	Poço /Nascente/Cacimba	6	Outro: _____			
	3	Chafariz					
	4	Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento					
8	TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER:						
	1	Fervida	4	Sem tratamento			
	2	Filtrada	5	Mineral			
	3	Coada	6	Outro: _____			
9	DESTINO DOS DEJETOS:						
	1	Rede geral	6	Não Sabe			
	2	Fossa com tampa					
	3	Fossa rudimentar (sem tampa)					
	4	Cursos d'água					
	5	Outro: _____					
10	DESTINO DO LIXO:						
	1	Coletado	3	Queimado		5	Caçamba

[illegible]

30	A FAMÍLIA ESTÁ INSCRITA NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA?											
	1	Sim, comprovado	2	Sim, informado	3	Não	4	Não sabe	INSCPBF			
	Se não estiver inscrita no PBF, encerrar esta parte da entrevista											
31	Se sim, recebeu o benefício no último mês?											
	1	Sim	2	Não				Não sabe	RECEBEU			
32	Quando a família começou a receber o benefício do Bolsa Família											
	Mês e ano: ____ / ____		8888	Não recebe	9999	Não sabe	PBFQ					
33	O que fez do dinheiro recebido no último mês ? (marcar até 3 opções)											
	1	Ainda não recebeu	6	Comprou roupas								
	2	Comprou alimentos	7	Outro: _____								
	3	Pagou aluguel	8	Não recebeu ainda				DINHMES				
	4	Pagou dívidas	9	Não sabe								
	5	Comprou remédios										
34	Depois que sua família começou a receber o dinheiro do PBF, você diria que a alimentação de vocês?											
	1	Melhorou muito	4	Piorou								
	2	Melhorou	5	Piorou muito								
	3	Continua igual	9	Não sabe/não recebeu ainda				DINHMES				
35	Depois que sua família começou a receber o dinheiro do PBF, você diria que a vida de vocês?											
	1	Melhorou muito	4	Piorou								
	2	Melhorou	5	Piorou muito								
	3	Continua igual	9	Não sabe/não recebeu ainda				DINHMES				
36	Por quê? _____											

ANEXO E- FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

1.	Nº do Questionário				
2.	Município _____				
3.	Setor Censitário				
4.	Situação: ☐ 1 Urbano ☐ 2 Rural				
5.	Há quanto tempo a família vive neste município?				
	☐ 1 menos de 1 ano				
	☐ 2 1 a 5 anos				
	☐ 3 mais de 5 anos				
(SE A RESPOSTA FOI "1" OU "2", SABER A PROCEDÊNCIA):					
6.	Procedência				
	☐ 1 do mesmo município (área urbana)				
	☐ 2 do mesmo município (área rural)				
	☐ 3 de outro município (área urbana)				
	☐ 4 de outro município (área rural)				
	☐ 8 Não se aplica (a família vive no município há mais de 5 anos)				
Endereço _____					
Ponto de referência _____					
Telefone _____					
Nome do entrevistado _____					
Data da entrevista ____/____/2015					
Entrevistador _____					
Supervisor de campo _____					
Total de formulários F					
RECIFE / 2015					

ANEXO F- COLESTEROL/TRIGLICERÍDEOS

BLOCO J – COLESTEROL/TRIGLICERIDES

49. ALGUMA VEZ O(A) \$R.(A) FEZ EXAME DE SANGUE PARA MEDIR O SEU COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO?

1	Sim	2	Não	9	Não sabe/lembra	EXAMECOL	
--------------------------------	-----	--------------------------------	-----	--------------------------------	-----------------	----------	----------------------

Se NÃO ou não sabe/lembra, passe para a questão 51)

50. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O (A) \$R. (A) FEZ EXAME PARA MEDIR O SEU COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO?

Entrevistador: leia as alternativas

1	= ou - de 6 meses	2	+ de 6 meses até 1 ano	3	+ de 1 ano até 2 anos		
4	+ de 2 anos até 5 anos	5	+ de 5 anos	9	NS/NL	ULTCOL	

51. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU NUTRICIONISTA JÁ LHE DISSSE QUE O(A) \$R.(A) TEM COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO ALTO?

COLESTEROL	1	Sim	2	Não	8	Não fez exame	9	NS/NL	ALTOCOL	
TRIGLICERÍDEO	1	Sim	2	Não	8	Não fez exame	9	NS/NL	ALTOGLI	

(se NÃO ou Não sabe/não lembra, passar para a questão 60 – BLOCO K.)

52. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) \$R.(A) TEM O COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO ALTO, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE ORIENTOU:

Mudanças na alimentação	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem col./trig. alto)	ALCOLTRI	
Atividade física	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem col./trig. alto)	AFCOLTRI	
Remédio para colesterol	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem col alto)	REMCOL	
Remédio para triglicérideo	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem trig alto)	REMTRIG	

53. QUEM ORIENTOU AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?

1	Educador físico	3	Enfermeiro	5	Nutricionista, e outro profissional		
2	Médico	4	Outro profissional	8	NSA(sem alteração/sem orientação)	ALIORIENQ	

54. QUEM ORIENTOU A ATIVIDADE FÍSICA?

1	Educador físico	3	Enfermeiro	5	Nutricionista, e outro profissional	AFORIENQ	
2	Médico	4	Outro profissional	8	NSA(sem alteração/sem orientação)		

55. O(A) SR.(A) ESTÁ SEGUINDO ESSAS ORIENTAÇÕES?

Entrevistador: leia as alternativas.

Mudanças na alimentação	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	MUALICOL	
Atividade física	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	AFCOLES	
Remédio para colesterol	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	REMCOL	
Remédio para triglicérides	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	REMRIG	

56. COMO NORMALMENTE O(A) SR.(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR O COLESTEROL?

1	Unidade de saúde do SUS	4	Outro	CONSRCOL	
2	Farmácia popular (Programa Governo) Federal	8	NSA (Não teve orientação/ não toma)		
3	Farmácia convencional	9	Não Sabe/ Não quis responder		

57. COMO NORMALMENTE O(A) SR.(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR O TRIGLICÉRIDO?

1	Unidade de saúde do SUS	4	Outro	CONSRTRI	
2	Farmácia popular (Programa Governo) Federal	8	NSA (Não teve orientação/ não toma)		
3	Farmácia convencional	9	Não Sabe/ Não quis responder		

58. ATUALMENTE, QUANDO SEU REMÉDIO ACABA E ELE ESTÁ EM FALTA NO SERVIÇO PÚBLICO COMO POSTO DE SAÚDE, HOSPITAL, FARMÁCIA POPULAR, ETC., O(A) SR.(A):

Entrevistador: Leia as alternativas.

1. Para de tomar o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	PARAREMCT	
2. Compra, mesmo com dificuldades	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	COMPRACCT	
3. Pede a amigos/parentes que comprem	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	PEDEAMICT	
4. Pede ao médico para mudar a receita	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	MUDARECT	
5. Nunca falta	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	NAOFALTACT	
6. Outros	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	OUTROREMCT	

ANEXO G- GLICEMIA/DIABETES

BLOCO K – DIABETES

60. ALGUMA VEZ O(A) SR.(A) FEZ EXAME PARA MEDIR O AÇÚCAR NO SANGUE (GLICEMIA) OU DIAGNOSTICAR DIABETES?

☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 9 Não sabe/não lembra	EXAMEDIAB	☐
--------------------------------	--------------------------------	--	-----------	--------------------------

Se NÃO ou NS/NL, passe para a questão 62

61. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O (A) Sr. (A) FEZ EXAME PARA MEDIR O SEU DIABETES?

Entrevistador: leia as alternativas

☐ 1 = ou - de 6 meses	☐ 2 + de 6 meses até 1 ano	☐ 3 + de 1 ano até 2 anos	ULTDIAB	☐
☐ 4 + de 2 anos até 5 anos	☐ 5 + de 5 anos	☐ 9 NS/NL		

62. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM DIABETES?

☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 Não fez exame/Não sabe/Não lembra	TEMDIAB	☐
--------------------------------	--------------------------------	--	---------	--------------------------

(Se NÃO ou NS/NL, passar para a questão 72 - BLOCO L)

63. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM DIABETES (A), ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE ORIENTOU?

Mudanças na alimentação	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	DIEDIAB	☐
Atividade física	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	AFDIAB	☐
Remédio/Insulina	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	INSUDIAB	☐

64. QUEM ORIENTOU AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?

☐ 1 Educador físico	☐ 3 Enfermeiro	☐ 5 Nutricionista, e outro profissional	ORALIDIAB	☐
☐ 2 Médico	☐ 4 Outro profissional	☐ 8 Não teve orientação		

65. QUEM ORIENTOU A ATIVIDADE FÍSICA?

☐ 1 Educador físico	☐ 3 Enfermeiro	☐ 5 Nutricionista, e outro profissional	☐
--	---------------------------------------	--	--------------------------

66. O(A) SR.(A)

Entrevistador:

Mudanças na a

Atividade física

Remédio / Insul

4. Pede ao médico para mudar o remédio	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Não usa)	PEDREMU	☐
5. Nunca falta	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Não usa)	REMDIANF	☐
6. Outros	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Não usa)	REMDIAOU	☐

70. SE O SR.(A) NÃO ESTÁ TOMANDO O(S) REMÉDIO PRESCRITO(S) PARA O CONTROLE DO DIABETE(S) ATUALMENTE, POR QUE O(A) SR.(A) NÃO ESTÁ TOMANDO?

Entrevistador: Leia as alternativas, pode ter mais de uma resposta.

1. Médico não renovou receita	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Está tomando)	MNRRDIA	☐
2. Médico mandou parar	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Está tomando)	MMPRDIA	☐
3. Porque ficou curado	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Está tomando)	CURADIA	☐
4. Acabou o remédio	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Está tomando)	ACREDIA	☐
5. É muito caro	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Está tomando)	CARREDIA	☐
6. Remédio fez mal	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Está tomando)	MALREDIA	☐
7. Outro (especifique):	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Está tomando)	OUTREDIA	☐

71. O (A) SR. (A) ESTÁ INSCRITO(A) PARA ACOMPANHAMENTO DA DIABETES EM ALGUMA UNIDADE DE SAÚDE? (PROGRAMA HIPERDIA)

☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 3 Não sabe	HIPERDIAB	☐
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

ANEXO H- HÁBITOS ALIMENTARES

F6 – ADULTO (20 anos e mais)

QUEST _____

BLOCO E – HÁBITOS ALIMENTARES

AGORA, VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS HÁBITOS ALIMENTARES. PARA RESPONDER, POR FAVOR, PENSE NA SUA ALIMENTAÇÃO. LEMBRE-SE DE TODAS AS REFEIÇÕES - CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO, JANTAR E LANCHES, QUE O (A) SR.(A) FAZ EM CASA OU FORA DE CASA.													
22. O(A) SR.(A) COSTUMA COLOCAR SAL NO PRATO DE COMIDA? <u>Entrevistador: Leia as alternativas e assinale apenas uma resposta</u>													
1	Nunca coloco sal no prato de comida	3	Coloco quase sempre mesmo sem provar		SALPRATO	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>							
2	Provo e coloco se estiver sem sal												
23. COM QUE FREQUÊNCIA, O (A) SR (A) COSTUMA LER NOS RÓTULOS DOS PRODUTOS QUE													
Prazo de validade:				1	Sempre	2	Às vezes	3	Raramente	4	Nunca	PRAZOVALID	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>
Os ingredientes:				1	Sempre	2	Às vezes	3	Raramente	4	Nunca	INGREDIENT	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>
O valor nutricional:				1	Sempre	2	Às vezes	3	Raramente	4	Nunca	VALORNUTRI	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>
O modo de conservação: (depois de aberto)				1	Sempre	2	Às vezes	3	Raramente	4	Nunca	CONSERVA	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>
24. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA O SENHOR (SENHORA) COSTUMA TROCAR A COMIDA DO ALMOÇO POR SANDUICHES, SALGADOS, PIZZA OU OUTROS LANCHES?													
1	1 a 2 dias na semana		2	3 a 4 dias / semana		3	5 a 6 dias na semana			TROCALM	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>		
4	Todos os dias (inc. sábado e domingo)		5	Quase nunca		6	Nunca						
25. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA O SENHOR (SENHORA) COSTUMA TROCAR A COMIDA DO JANTAR POR SANDUICHES, salgados, pizza ou outros lanches?													
1	1 a 2 dias na semana		2	3 a 4 dias / semana		3	5 a 6 dias na semana			TROCAJAN	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>		
4	Todos os dias (inc. sábado e domingo)		5	Quase nunca		6	Nunca						

ANEXO I - CONSENTIMENTO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*Doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Estado de Pernambuco: prevalência e fatores associados*”, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: