



Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Nutrição
Pós-Graduação em Saúde e Nutrição



Patrícia da Silva César

**PRÁTICAS ALIMENTARES E FATORES ASSOCIADOS EM
UNIVERSITÁRIOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO
PRETO (UFOP)**

Ouro Preto - MG

Março/ 2020

Patrícia da Silva César

**PRÁTICAS ALIMENTARES E FATORES ASSOCIADOS EM
UNIVERSITÁRIOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO
PRETO (UFOP)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Saúde e Nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para a obtenção do título de mestra.

Orientador: Dr^a. Joana Ferreira do Amaral

Coorientadora: Dr^a. Adriana Lúcia Meireles

Ouro Preto - MG

Março/ 2020

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

C418p César, Patrícia da Silva .
Práticas alimentares e fatores associados em universitários em da
Universidade Federal de Ouro (UFOP). [manuscrito] / Patrícia da Silva
César. - 2020.
90 f.: il.: gráf., tab..

Orientadora: Profa. Dra. Joana Ferreira do Amaral.

Coorientadora: Profa. Dra. Adriana Lúcia Meireles.

Dissertação (Mestrado Acadêmico). Universidade Federal de Ouro
Preto. Escola de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Nutrição.

Área de Concentração: Saúde e Nutrição.

1. Hábitos alimentares - Manuais, guias, etc.. 2. Levantamentos
nutricionais. 3. Estudantes universitários - Dieta. I. Amaral, Joana Ferreira
do. II. Meireles, Adriana Lúcia. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV.
Título.

CDU 612.39(815.1)

Bibliotecário(a) Responsável: Sonia Marcelino - CRB"-2247



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE NUTRICAÇÃO
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E NUTRICAÇÃO



FOLHA DE APROVAÇÃO

Patrícia da Silva César

Práticas alimentares e fatores associados em universitários da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Membros da banca

Profa. Aline Dayrell Ferreira Sales (UFMG)
Profa. Raquel de Deus Mendonça (UFOP)
Profa. Adriana Lúcia Meireles (UFOP) - Coorientadora
Profa. Joana Ferreira do Amaral (UFOP) - Orientadora

Versão final
Aprovado em 13 de março de 2020

De acordo,

Profa. Joana Ferreira do Amaral (UFOP) - Orientadora.



Documento assinado eletronicamente por **Joana Ferreira do Amaral, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 11/09/2020, às 11:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0081508** e o código CRC **1D341B5B**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.006419/2020-14

SEI nº 0081508

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000
Telefone: - www.ufop.br

À Deus por me incluir em seu projeto de amor infindável,
sendo presença constante em todos os momentos.
Aos meus pais Júlio César (*in memoriam*) e Elenice pelo amor
incondicional e apoio em todos os meus projetos.
À todas as pessoas que tive e terei a oportunidade de ajudar
por meio da minha profissão, sendo instrumento de Deus no
cuidado do ser humano.

Agradecimentos

Esses últimos dois anos me ensinaram de uma forma muito mais transformadora do que eu poderia imaginar. Para além da ciência, aprendi sobre resistência, resiliência, coragem, desapego e determinação. Foi sem sombra de dúvidas o período mais incrível da minha vida e o mais desafiador também.

Se me perguntassem hoje se estou realizando um sonho, eu negaria com convicção, pois meus sonhos já se realizaram ao longo desta trajetória. O mestrado pra mim nunca foi uma linha de chegada em busca de um título. Cada obstáculo transposto representou um sentimento de vitória por estar diante de uma limitação vencida. E isso me permitiu chegar até aqui com a felicidade inerente de quem sabe que evoluiu como profissional e ser humano.

O sentimento de gratidão transborda em meu ser. E por ser algo tão divino e imensurável, torna-se também um desafio já que a observação da vida não é passível de uma análise de regressão e a significância das pessoas em nossa caminhada não se dá pelo valor p.

Início então agradecendo a Deus por ser fiel em suas promessas e me amparar. Por me permitir sentir seu cuidado, generosidade e amor através das pessoas que estiveram comigo nessa caminhada, as quais posso hoje agradecer.

À minha mãe Elenice pelo seu amor incondicional, suporte imprescindível para que eu resistisse aos dias tensos e por ser “mestranda” junto comigo, se envolvendo em minhas preocupações como se fossem suas e contribuindo para que eu tomasse decisões assertivas.

Ao meu pai Júlio César por se orgulhar das minhas conquistas e pelo entusiasmo que sempre me impulsionou a ir além. Nessa trajetória acadêmica nossa convivência esteve a flor da pele pelos 9 meses em que você esteve hospitalizado, onde o curso da doença foi minando suas forças, mas não seu amor por mim e isso me deu suporte para perseverar. Hoje você esta ao lado de Deus e zela por mim junto ao pai amoroso.

Ao meu namorado Diogo por acreditar em mim e me impulsionar na busca dos meus sonhos, por ser meu abraço confortante em dias de tempestade, por fingir ser plateia para eu ensaiar e me tranquilizar dizendo: “relaxa, vai dar tudo certo!”.

Aos amigos do mestrado pelo apoio mútuo que me fortaleceram nessa caminhada. O mestrado me presenteou com as melhores amizades que poderia ter. Algumas mais próximas foram como irmãs que levarei para a vida.

A minha orientadora Joana Amaral pela acolhida e disponibilidade ao longo desta caminhada e pela resiliência na orientação de um novo projeto.

A minha co-orientadora Adriana Meireles por ser firme sem perder a ternura, pelo acolhimento humanizado e por abrir caminhos quando eu não enxergava mais saídas.

A professora Raquel pela empatia de sempre, abdicando de seus momentos de descanso para contribuir com nosso aprendizado.

A professora Júlia pela prontidão e boa vontade em esclarecer as nossas dúvidas.

Aos integrantes do grupo GPENSC e PADU pela convivência agradável e valorosa troca de experiência e aos colegas do Laboratório BioNut pela acolhida e presteza em ajudar nas demandas.

À secretária Marcella pela competência e organização para que tudo se realize em tempo hábil.

À UFOP, ENUT e PPGSN pelo ensino de qualidade e aos técnicos e demais funcionários da Enut pela competência e disposição em colaborar.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pelo financiamento.

Por fim, o meu agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

"Gosto de pássaros que se enamoram das
estrelas e caem de cansaço em busca delas.

Nada de ideias ao alcance das mãos."

(Dom Helder Câmara)

RESUMO

Introdução: Universitários são um grupo vulnerável aos comportamentos de risco à saúde que podem estar relacionados às mudanças inerentes ao período de ingresso a vida acadêmica, como nova rotina e relações sociais. Tais mudanças podem interferir nas práticas de consumo alimentar, tornando os universitários mais propensos a hábitos inadequados, prejudicando o estado nutricional e conseqüentemente sua saúde. **Objetivo:** Avaliar os fatores associados às práticas alimentares de universitários ingressos em 2019 em cursos de graduação da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal que avaliou 356 universitários com idade maior ou igual a 18 anos, selecionados de quatorze cursos da UFOP. Os universitários responderam um questionário autoaplicado composto por perguntas sobre informações acadêmicas, condições sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde. A variável desfecho, “práticas alimentares”, foi obtida por meio da escala desenvolvida e validada por Gabe e Jaime (2019) para indivíduos adultos, baseada nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014). Esta variável foi avaliada de forma contínua, onde quanto maior o somatório do escore, melhores as práticas alimentares. As variáveis explicativas foram organizadas em três blocos: características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde. Os dados foram distribuídos de acordo com sua frequência e submetidos à análise descritiva. As variáveis que apresentaram valor $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na regressão linear múltipla por meio do método *backward*. O modelo foi ajustado por renda, sexo e idade segundo a plausibilidade biológica e literatura científica. Permaneceram no modelo final as variáveis com $p \leq 0,05$. **Resultados:** A maioria dos universitários apresentaram escore abaixo de 35 pontos, demonstrando que possuem práticas alimentares distantes das recomendações do GUIA. O somatório do escore das práticas alimentares foram maiores em praticantes de atividade física (β : 3,75 IC95%: 1,83; 5,67) e menores entre os universitários com maior exposição às telas (β : - 0,40 IC95%: - 0,67; - 0,13), que apresentavam uso de internet acentuado ou extremo (β : - 3,05 IC95%: - 5,22; - 0,88), consumiam bebida alcoólica em excesso (β : - 2,09 IC95%: - 3,92; - 0,26), apresentaram pior autoavaliação de saúde (β : -

3,09 IC95%: - 4,97; - 1,21) e com sintomas de estresse (β : - 2,74 IC95%: - 4,72; - 0,77). **Conclusão:** As práticas alimentares inadequadas estão associadas a comportamentos de saúde de risco. Os resultados podem subsidiar estratégias de enfrentamento aos fatores de risco à saúde, fomentar práticas alimentares saudáveis pelos estudantes universitários e promover qualidade de vida futura.

Palavras-chave: Guias alimentares, dieta, comportamento de saúde, estudantes, inquéritos nutricionais

ABSTRACT

Introduction: University students are a vulnerable group to perform health risks that may be related to changes inherent to the period of entry into academic life, such as new routine and social relationships. These changes can interfere with food consumption practices, making university students more prone to inappropriate habits, impairing nutritional status and consequently their health.

Objective: To evaluate the factors associated with the dietary practices of university students enrolled in 2019 in undergraduate courses at the Federal University of Ouro Preto (UFOP), according to the Food Guide for the Brazilian Population.

Methods: This is a cross-sectional epidemiological study that evaluated 356 university students aged 18 years or older, selected from fourteen courses at UFOP. The students answered a self-administered questionnaire composed of questions about academic information, sociodemographic conditions, lifestyle and health conditions. The outcome variable, "eating practices", was obtained using the scale developed and validated by Gabe and Jaime (2019) for adult individuals, based on the recommendations of the Food Guide for the Brazilian Population (2014). This variable was evaluated continuously, where the higher the sum of the score, the better the eating practices. The explanatory variables were organized into three blocks: sociodemographic characteristics, lifestyle and health conditions. The data were distributed according to their frequency and submitted to descriptive analysis. The variables that presented $p \leq 0.20$ in the bivariate analysis were included in the multiple linear regression using the backward method. The model was adjusted for income, sex and age according to biological plausibility and scientific literature. Variables with $p < 0.05$ remained in the final model. **Results:** Most university students had a score below 35 points, demonstrating that they have eating practices that are distant from the recommendations of the GUIDE. The sum of the score of dietary practices was higher in physical activity practitioners (β : 3.75 CI 95%: 1.83; 5.67) and lower among university students with greater exposure to screens (β : - 0.40 CI 95% : - 0.67; - 0.13), who had severe or extreme internet use (β : - 3.05 95% CI: - 5.22; - 0.88), consumed alcohol in excess (β : - 2.09 95% CI: - 3.92; - 0.26), presented worse self-rated health (β : - 3.09 95% CI: - 4.97; - 1.21) and with symptoms of stress (β : - 2.74 95% CI: - 4.72; - 0.77). **Conclusion:**

Inappropriate eating practices are associated with risky health behaviors. The results can support strategies for coping with health risk factors, promote healthy eating practices by university students and promote future quality of life.

Key words:

Food guides, diet, health behavior, students, Nutritional surveys.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 1 - Modelo conceitual dos fatores associados às práticas alimentares	27
Quadro 1 - Instruções para a soma das pontuações individuais para cada resposta da escala de práticas alimentares.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise descritiva das características sociodemográficas, comportamentos e condições de saúde de universitários da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019	39
Tabela 2. Análise bivariada das características sociodemográficas, comportamentos e condições de saúde de universitários da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019.....	41
Tabela 3. Modelo final de regressão linear múltipla de variáveis associadas as práticas alimentares em universitários ingressos da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS – Auto avaliação de saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IMC - Índice de Massa Corporal

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

POF - Pesquisa de Orçamento Familiar

PPGSN – Programa de Pós Graduação em Saúde e Nutrição

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV - Televisão

UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Práticas alimentares e seus determinantes	17
2.2 Transição nutricional e saúde pública	20
2.3 Guias alimentares	22
2.4 Práticas alimentares em estudantes universitários	25
2.5 Modelo conceitual	26
3 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo geral	28
3.2 Objetivos específicos	28
4 MÉTODOS	29
4.1 Delineamento e população do estudo	29
4.2 Critérios de inclusão	30
4.3 Coleta de dados	30
4.4 Variáveis em estudo	31
4.5 Construção do banco de dados	36
4.6 Análise de dados	36
4.7 Aspectos éticos	37
5 RESULTADOS	38
6 DISCUSSÃO	44
7 CONCLUSÃO	52
8 REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE	67
Apêndice A - Distribuição de frequência do somatório de escore das práticas alimentares dos universitários avaliados	68
Apêndice B - Apêndice B - Gráfico de outliers, homocedasticidade e linearidade	69
Apêndice C - Histograma modelo final	70
ANEXOS	71
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	72
ANEXO 2 - Questionário socioeconômico, hábitos de vida, condições de saúde e de avaliação dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão entre	

estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto	74
ANEXO 3 - Escala desenvolvida por Gabe e Jaime (2019) para avaliar as práticas alimentares saudáveis de indivíduos adultos	89

1 INTRODUÇÃO

As pesquisas nacionais realizadas nas últimas décadas sobre consumo alimentar indicam mudanças na disponibilidade domiciliar de alimentos, caracterizado por um declínio na aquisição de alimentos *in natura* ou minimamente processados e ingredientes culinários processados, seguido por um aumento na disponibilidade de alimentos processados e ultraprocessados (IBGE, 2019).

Evidências indicam que a população brasileira apresenta práticas alimentares irregulares, com um baixo consumo de hortaliças e frutas na maioria das faixas etárias. Em contraponto, observa-se ainda, um aumento na ingestão de alimentos ultraprocessados, ricos em gordura e açúcar e diminuição de alimentos *in natura* e minimamente processados, além do aumento da prevalência de comportamento sedentário (AZEVEDO *et al.*, 2014; TORAL *et al.*, 2006). Tal cenário se caracteriza ainda por situações contraditórias, como o declínio contínuo dos casos de desnutrição e aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade, impulsionando o aumento da morbidade, em especial de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que são a maior causa de mortes observada nos últimos tempos (COUTINHO, GENTIL, TORAL, 2008).

A população universitária é um grupo que se destaca pela vulnerabilidade a certos comportamentos de risco à saúde, como tabagismo, uso de drogas ilícitas, consumo excessivo de bebidas alcóolicas, sedentarismo e práticas alimentares inadequadas, sendo importante ambiente para estudos epidemiológicos (DUARTE, ALMEIDA, MARTINS, 2013; SOUSA, JOSÉ, BARBOSA, 2013; VIEIRA *et al.*, 2002). Estes comportamentos impróprios podem estar relacionados às mudanças inerentes ao período de ingresso a vida acadêmica, como o distanciamento do ambiente familiar, além de nova rotina e relações sociais e as questões próprias da faixa etária da juventude, representadas por instabilidade psicossociais (COSTA *et al.*, 2018).

No tocante a alimentação, tais mudanças podem interferir nas práticas de consumo, tornando os universitários mais propensos aos hábitos alimentares inadequados, prejudicando o estado nutricional e conseqüentemente a saúde (TORAL *et al.*, 2006; CARMO *et al.*, 2006).

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi investigar as práticas alimentares de universitários e seus fatores associados, usando como instrumento a escala de

mensuração das práticas alimentares desenvolvida e validada por Jaime e colaboradores (2019) baseada nas recomendações propostas no “Guia Alimentar para a População Brasileira”, lançado pelo Ministério da Saúde em 2014, que se constitui como um importante instrumento para apoiar e incentivar a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis (OLIVEIRA, JAIME, 2016; BRASIL, 2014).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Práticas alimentares e seus determinantes

A nutrição é um direito do ser humano previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que determina os requisitos básicos necessários ao ser humano para garantir sua saúde e bem estar (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS, 1948). Alimentar representa, um ato de necessidade básica e um dos determinantes e condicionantes para a promoção e proteção da saúde, potencializando o crescimento e desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2013).

Práticas alimentares são caracterizadas pelos hábitos e costumes no momento do consumo alimentar, os quais sofrem interferência do contexto de vida. Podem resultar em comportamentos determinantes da manutenção da saúde e bem estar, quando caracterizadas por bons hábitos alimentares ou contribuir para o desenvolvimento de doenças, quando se estabelece um padrão alimentar inadequado (MENASCHE, 2015; COSTA, BRITO e LESSA, 2014).

Estão bem estabelecidas na literatura as diversas situações e características que estão associadas às escolhas alimentares da população, como: fatores sócio-culturais, escolaridade, renda, meios de comunicação, comportamentos e fatores psicológicos, faixa etária, além de questões políticas, disponibilidade de alimentos e fatores sensoriais (MENASCHE, 2015; MACIEL *et al*, 2012; PROENÇA, 2010; LANDSTROM, HURSTI, MAGNUSSON 2009; SILVA, PAIS-RIBEIRO, CARDOSO, 2008; BOOG, 2008; GARCIA, 1997).

As escolhas alimentares são guiadas por fatores sócio-culturais, uma vez que são impactadas pelas regras impostas pela sociedade que são concebidas pelas formas de preparo dos alimentos e apresentação das preparações, além da maneira de se comportar no momento das refeições, como por exemplo, os modos e as posições dos indivíduos no ato alimentar, a divisão do alimento entre os indivíduos, os horários determinados (POULAIN, 2002). Segundo Falk e colaboradores (2001), no que se refere aos parâmetros sócio-culturais que permeiam as práticas alimentares estão as pessoas com quem o indivíduo convive (família, amigos, relações de trabalho e etc.), os grupos que desejaria pertencer e ser aceito (*status* social, identificação com o grupo) ou ainda o grupo ao qual o indivíduo não gostaria de estar incluído (distinção).

No que tange a escolaridade, estudos tem demonstrado que indivíduos com melhor nível de instrução têm mais probabilidade de escolher estilos de vida mais saudáveis (LI, POWDTHAVEE, 2015). Um estudo realizado por Marinho e colaboradores (2007) evidenciou associação entre escolaridade e mudanças positivas no hábito alimentar ao longo de seis meses. Nesse estudo, indivíduos com maior nível de instrução apresentaram mudanças mais expressivas no comportamento alimentar, buscando um hábito saudável. O mesmo fenômeno foi observado com a variável renda: pessoas com poder aquisitivo mais elevado eram mais dispostas às mudanças alimentares positivas.

Estudos realizados por Lindemann, Oliveira e Mendoza-Sassi (2016) e López-Azpiazu e colaboradores (1999) também demonstraram associação entre a renda e escolhas alimentares, onde indivíduos com maior poder aquisitivo apresentam menor probabilidade de terem dificuldades para uma alimentação saudável. A renda representa então, fator importante na determinação das práticas alimentares, pois, se apresenta como recurso que permite ou não o acesso ao alimento pelo poder de compra, sendo caracterizada como um determinante para escolhas alimentares (TORAL, SLATER, 2007).

Nas famílias brasileiras de baixa renda, a alimentação é caracterizada por um consumo de alimentos com elevado teor energético, como cereais, óleos e gorduras, açúcares, carnes gordas e alimentos industrializados. Esse consumo, alinhado a um baixo consumo de vegetais e frutas, caracteriza uma dieta inadequada (COELHO, AGUIAR, FERNANDES, 2009). O mesmo fenômeno ocorre em outros países como Austrália (DREWNOWSKI e DARMON, 2005) e Irlanda (FRIEL, WALSH, MCCARTHY, 2006), onde a alimentação adequada representa um desafio para aqueles com menor poder de compra.

Conforme evidenciado por Drewnowski e Specter (2004) uma alimentação adequada, composta por alimentos como frutas, hortaliças, carnes magras e cereais integrais, tende a ser mais onerosa quando comparada a dietas com alimentos ricos em gorduras e açúcares. Tal aspecto também foi observado em outros estudos realizados na Romênia (PETROVICI, RITSON, 2006) e na Arábia Saudita (ALQUAIZ, TAYEL, 2009), onde o custo dos alimentos dificultou uma prática alimentar saudável e também no Brasil (CLARO *et al*, 2016) no qual foi possível observar por meio da análise de dados da Pesquisa de Orçamentos

Familiares de 2008-2009 que alimentos ultraprocessados tendem a custar menos que alimentos frescos (carnes, leite, frutas e hortaliças). Visto isso, o custo caracteriza-se como um problema universal, que se mantém em diferentes contextos.

Dada sua importância no contexto de saúde pública, o alimento deveria estar acessível a toda população independente do poder aquisitivo, no entanto, sofre influência da disponibilidade, preço, e renda. O consumo não está relacionado apenas a abundância ou escassez de alimento, sendo determinado também pela forma de organização e controle do fornecimento (MORATOYA *et al*, 2013).

O alto custo dos alimentos frescos e saudáveis se dá, entre outras coisas, em função das perdas inerentes às características desses produtos que, em sua maioria, são altamente perecíveis. Ainda contribui para o aumento do custo, o elevado investimento feito pelos produtores e comerciantes em armazenamento e transporte, tornando-os mais caros ao consumidor final (DARMON, BRIEND, DREWNOWSKI, 2004). Já os alimentos açucarados e com alto teor energético, pobres em nutrientes como vitaminas e minerais, apresentam característica seca e geralmente durabilidade maior, sendo mais acessíveis do ponto de vista financeiro (DARMON, BRIEND, DREWNOWSKI, 2004).

Os meios de comunicação também são uma variável que interfere na formação da prática alimentar. A temática da alimentação está amplamente disseminada e presente de forma recorrente nos diversos meios de comunicação como relações sociais, *internet*, propagandas e anúncios publicitários. Diversas são as formas que o assunto pode se constituir, como: dieta e seus benefícios e/ou malefícios a saúde; composição dos alimentos e sua forma de produção ou processamento; amplas possibilidades na forma de apresentação (orgânicos, integrais, *light*, naturais, funcionais, instantâneos); utilização de aditivos químicos, hormônios, pesticidas, entre outros. Tais abordagens discursivas, aliadas à ampla oferta de produtos alimentícios que a indústria apresenta, permeiam os conceitos diversificados da população interferindo em suas escolhas (SANTOS, 2007). A *internet* é um veículo onde se procura rotineiramente por informações à cerca de saúde, alimentação e nutrição. No entanto, orientações sobre alimentos saudáveis e não saudáveis são veiculados no universo digital, representando dificuldade para o leigo estabelecer qual informação é confiável (RANGEL-S, 2012).

As mídias impactam ainda nas escolhas alimentares por meio de informações acerca da possível relação entre as práticas alimentares e seu impacto no peso corporal (MACIEL, 2012) e pela veiculação de um padrão estético idealizado por aqueles que se preocupam excessivamente com a imagem corporal (SANTOS, PEREIRA, 2017), impulsionando a procura por estratégias que são por vezes, prejudiciais à saúde (SECCHI, CAMARGO E BERTOLDO, 2009). Diversos autores relatam que a distorção de imagem e a busca incessante pelo corpo perfeito podem influenciar nas práticas alimentares, levando a uma restrição alimentar severa e outras maneiras não saudáveis de regular o peso com o objetivo neurótico de emagrecimento e/ ou manutenção do peso corporal, desencadeando assim, um transtorno alimentar (CASTRO, 2017; SCHERER *et al*, 2010; STIPP, OLIVEIRA, 2003).

Por fim, outras sensações emocionais negativas também são fatores que interferem nas práticas alimentares. De forma geral, relacionam-se com o que pode ser caracterizado por “Alimentação Emocional”. No processo de ansiedade, por exemplo, a alimentação pode representar um gatilho para lidar com a euforia eminente, característica dessa alteração neuro emocional. Já em um quadro de depressão, a alimentação pode proporcionar sensações positivas e de compensação (GOOSSENS *et al.*, 2009; EDDY *et al.*, 2007).

A prática alimentar representa, portanto, grande importância, destacada por sua necessidade biológica, guiada por uma resposta aos mecanismos fisiológicos de regulação, mas também por envolver outras características, como as descritas anteriormente. Escolhas alimentares exercem influência no padrão alimentar da população leiga, refletindo na qualidade de vida e cidadania, conectando os indivíduos com o ambiente, saúde e com outras pessoas da produção ao consumo, sendo uma decisão complexa e multifatorial (MACIEL, 2012; LANDSTROM, 2009; BOOG, 2008; SILVA, PAIS-RIBEIRO, CARDOSO, 2008).

2.2 Transição nutricional e saúde pública

O Brasil, bem como outros países menos desenvolvidos, vem enfrentando um período de transformações nas últimas décadas, com mudanças no estilo de vida, nas condições econômicas, sociais, demográficas, epidemiológicas e alimentares, interferindo no padrão de saúde da população (AZEVEDO *et al.*, 2014; BRASIL, 2013; IBGE, 2011; LOPEZ *et al*, 2006).

As mudanças, ocorridas principalmente a partir da década de 1950, na agricultura, transporte, industrialização, inserção da mulher no mercado de trabalho (levando a um período menor dedicado às atividades domésticas) e desenvolvimento tecnológico de indústrias alimentícias (com aumento da produção de alimentos ultraprocessados) impactaram no processo saúde-doença. Tal cenário levou a um processo de transição nutricional, caracterizado pelo declínio nos níveis de desnutrição e aumento nos índices de sobrepeso e obesidade (SOUZA, 2010; LOPEZ *et al*, 2006). A redução da pobreza e exclusão social melhoraram o acesso ao alimento em variedade e disponibilidade calórica, proporcionando a redução da fome. Aumentou, no entanto, a prevalência de obesidade em todas as camadas da população, estabelecendo assim, um novo contexto de preocupação alimentar e nutricional (BRASIL, 2013).

Como reflexo desta transição, há um baixo consumo de frutas e hortaliças que é responsável por cerca de 1,7 milhão de óbitos em todo o mundo e está diretamente relacionado ao risco de câncer de estômago, câncer colorretal e doenças cardíacas (OMS, 2009). No Brasil, segundo dados da POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares, o perfil de compra dos alimentos para o domicílio observados na pesquisa realizada no período de 2017 – 2018 apresentou mudanças com um aumento nas despesas da população brasileira para alimentos do grupo de carnes, vísceras e pescados e queda da aquisição de alimentos do grupo dos cereais, leguminosas e oleaginosas quando comparado a pesquisa realizada em 2002-2003 (IBGE, 2018). Estas práticas aumentaram a exposição da população as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), classificada como um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e desenvolvimento do ser humano (SCHMIDT *et al*, 2011).

Elencadas como um dos problemas de saúde pública de maior impacto, as DCNT representaram um importante percentual (71%) de mortes em todo o mundo no ano de 2016 (WHO, 2018a, 2018b). O Brasil também apresentou relevantes taxas de mortalidade por DCNT (74%) no mesmo ano, sendo as doenças cardiovasculares, neoplásicas, doenças respiratórias e o diabetes, as de maior evidência (WHO, 2018c). Segundo a OMS, grande parte das mortes por DCNT estão relacionadas a fatores de estilo de vida inadequados como tabagismo, etilismo, hábito alimentar inadequado e sedentarismo (WHO, 2014).

Muitas políticas públicas trabalham no enfrentamento dos obstáculos para promoção de práticas alimentares saudáveis, com estratégias integradas que levam em consideração a cultura alimentar regional, estando atento também para que sejam acessíveis do ponto de vista financeiro, tenham alto valor nutricional e sejam minimamente processados (BRASIL, 2004).

A determinação exata de uma alimentação adequada sofre variações entre os indivíduos, e podem sofrer interferência de fatores como idade, sexo, estilo de vida e nível de atividade física. Todavia, as características básicas para uma boa alimentação segue uma recomendação padrão para todos os indivíduos (OMS, 2018).

Deste modo, práticas alimentares saudáveis apresentam destaque, tendo sua promoção priorizada na agenda das políticas públicas de saúde, alimentação e nutrição do Brasil (BRASIL, 2012). No Brasil, o estabelecimento de práticas alimentares saudáveis é determinado pelos guias alimentares e têm como objetivo contribuir com a formulação de ações para a promoção da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2014).

2.3 Guias alimentares

Em 1992, ocorreu em Roma a Conferência Internacional de Nutrição (CIN), evento realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A conferência buscou, através de um extenso debate, estabelecer metas e ações a serem adotadas com o objetivo de melhorar a ingestão alimentar e o estado nutricional da população mundial. Para isso, estimulou em cada país o compromisso de elaborar diretrizes alimentares através de guias com orientações acerca da alimentação saudável para diferentes faixas etárias, considerando as particularidades e características culturais de cada contexto, bem como os agravos relacionados à alimentação.

Os guias alimentares são ferramentas que apresentam informações definindo oficialmente as orientações alimentares saudáveis a serem adotadas por toda a população (BRASIL, 2014). Conforme orientado pela OMS, suas diretrizes são estabelecidas com base nos alimentos e não em nutrientes. Contudo, os nutrientes são levados em consideração na construção dos grupos, sendo estes organizados de acordo com seus nutrientes principais (FREIRE *et al*, 2012).

Os diversos países apresentam em seus guias, características distintas no que se refere ao número de grupos alimentares, porções e estrutura. Comungam, entretanto, do mesmo objetivo: construir conceitos básicos, derivados de informações científicas e que sejam de fácil entendimento, a fim de promover orientação para uma alimentação adequada à grande maioria da população (JIMÉNEZ, BACARDDÍ, JONES, 1996).

Até o momento, o Brasil publicou quatro guias alimentares, sendo o último lançado em 2019. O primeiro, intitulado como “Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos”, foi publicado em 2002. Tratou-se de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002). Tal guia oferece informações embasadas cientificamente acerca da alimentação infantil para menores de 2 anos, além de apresentar um diagnóstico do contexto alimentar e nutricional das crianças nessa faixa etária. Sua versão completa apresenta os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para menores de 2 anos”, servindo de instrumento de apoio para os profissionais da atenção básica, com informações que podem ser repassadas as mães (FREIRE *et al*, 2012).

Para a população geral, as primeiras diretrizes alimentares foram publicadas em 2006, tendo como título “Guia Alimentar para a População Brasileira”. Com o objetivo de prevenir deficiências nutricionais, obesidade, doenças infecciosas e DCNT, o guia traz orientações à população para escolhas alimentares mais saudáveis (BRASIL, 2006). Tem enfoque para o governo, no sentido de orientar o desenvolvimento de políticas públicas e servir como instrumento para ações de educação alimentar e nutricional, mas também para outros setores, como a indústria alimentícia e profissionais da saúde (FREIRE *et al*, 2012). Apresenta-se em duas versões, sendo uma mais completa e outra em modelo de “Dez passos para uma alimentação saudável”, com informações mais práticas e exemplos de porções de alimentos para pessoas saudáveis com mais de dois anos de idade (SICHERI, 2003).

Ao passar dos anos, a sociedade brasileira foi acometida por mudanças sociais que impactaram no padrão alimentar, nutricional e de condições de saúde. Tais transformações evidenciaram a necessidade de novas diretrizes. Em 2014 foi então publicado a segunda versão do guia, que foi orientado por um extenso debate realizado por diferentes setores da sociedade através de uma consulta pública (BRASIL, 2014).

A reformulação do Guia alimentar brasileiro aconteceu devido à necessidade periódica de atualização das recomendações e foi estimulado pela transição nutricional (BRASIL, 2014). O guia alimentar brasileiro busca fortalecer o compromisso do Ministério da Saúde no desenvolvimento de ações de promoção e garantia de uma alimentação adequada a todo indivíduo levando em conta os desafios e complexidades que permeiam o contexto alimentar contemporâneo e as diversas variáveis que determinam as práticas alimentares. Por isso, é importante ferramenta de apoio para ações de educação alimentar e nutricional (BRASIL, 2014).

O documento trata a alimentação saudável como uma prática alimentar coerente que respeite as características biológicas e sociais, considerando aspectos como cultura, raça, gênero, etnia, renda, aspectos intrínsecos ao alimento como qualidade e variedade e fatores comportamentais como equilíbrio e moderação e atenda às necessidades alimentares (BRASIL, 2014). Enfatiza que a alimentação saudável deve nutrir corpo, mente e espírito, indo além de nutrientes e combinações de alimentos (BUSATO, 2015).

Essa abordagem holística reforçada através deste Guia foi adotada por poucos países, onde além do Brasil encontra-se a Alemanha, o Catar e a Suíça (FISCHER, GARNETT, 2016).

Por fim, alinhado ao Guia, levando em consideração as mudanças no contexto social e nas práticas alimentares estabelecidas nos últimos tempos, foi recentemente publicado a segunda versão do “Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos”. Tem como objetivo, contribuir para o crescimento, desenvolvimento e saúde das crianças menores de 2 anos, considerando os desafios inerentes a alimentação no início da vida (BRASIL, 2019).

Os Guias alimentares tem o compromisso de trazer informações e recomendações alimentares com o objetivo de possibilitar práticas alimentares mais assertivas. Buscam nortear políticas, programas e ações para apoio, proteção e promoção da saúde, bem como a segurança alimentar e nutricional dos indivíduos (BRASIL, 2019; BRASIL, 2014).

2.4 Práticas alimentares em estudantes universitários

O ingresso na vida acadêmica, que ocorre cada vez mais precocemente, é um período dotado de mudanças. Dentre elas, destacam-se a mudança no estilo de vida, inserção de novos comportamentos e relações sociais e pressão psicológica (ALVES, BOOG, 2007). A diminuição da disponibilidade para realizar refeições completas em função das atividades acadêmicas é uma das principais mudanças relacionadas à prática alimentar nesse público, levando a um número expressivo de acadêmicos que optam por lanches práticos e rápidos, com alto valor calórico em detrimento de refeições completas. Além disso, alguns estudantes necessitam deixar o ambiente familiar e passar a viver em moradias estudantis para estarem mais próximos da instituição de ensino. Esse afastamento pode contribuir para a diminuição na qualidade das escolhas alimentares, visto que o convívio familiar é reconhecidamente favorecedor de um hábito alimentar adequado (PIRES *et al*, 2010; MATTOS, MARTINS 2000).

Evidências observadas por Alves e Boog (2007), apontam que a novidade de deixar a casa dos pais responsabiliza o estudante em prover a própria alimentação e a preocupação com o desempenho acadêmico, relações sociais e inserção as atividades culturais são por vezes superiores à importância atribuída as boas práticas alimentares. Além disso, estudantes universitários atribuem a má alimentação à falta de companhia para as refeições e relatam que o convívio de pessoas, especialmente da família, contribuem para escolhas saudáveis (ALVES, BOOG, 2007).

Ao observar práticas alimentares em estudantes de alguns países da Europa, identificou-se que, mesmo estando em um contexto onde a recomendação estimule o consumo de frutas, peixes, cereais e vegetais, como estabelece a tradição mediterrânea, universitários apresentavam hábitos alimentares inadequados com elevado consumo de lipídeos, baixa ingestão de vegetais e a alta incidência de sobrepeso (BALDINI *et al*, 2009).

Um estudo realizado no nordeste do Brasil avaliou os hábitos alimentares de universitários, utilizando como ferramenta o questionário “Como está sua alimentação?”. Os autores identificaram que a ingestão de vegetais (Frutas, verduras e legumes) foi baixa para maioria dos entrevistados (FEITOSA *et al*, 2010).

Não obstante a isso, Monteiro e colaboradores (2009) ao avaliar o hábito e consumo alimentar de universitárias do sexo feminino, constataram um desequilíbrio na dieta das estudantes, representado por um baixo consumo de frutas e hortaliças e alto consumo de alimentos ricos em carboidratos simples, lipídeos e açúcares. Tais observações são incoerentes com o proposto pelo guia alimentar para população brasileira, que preconiza uma dieta equilibrada que supra todas as necessidades nutricionais de um indivíduo (BRASIL, 2006).

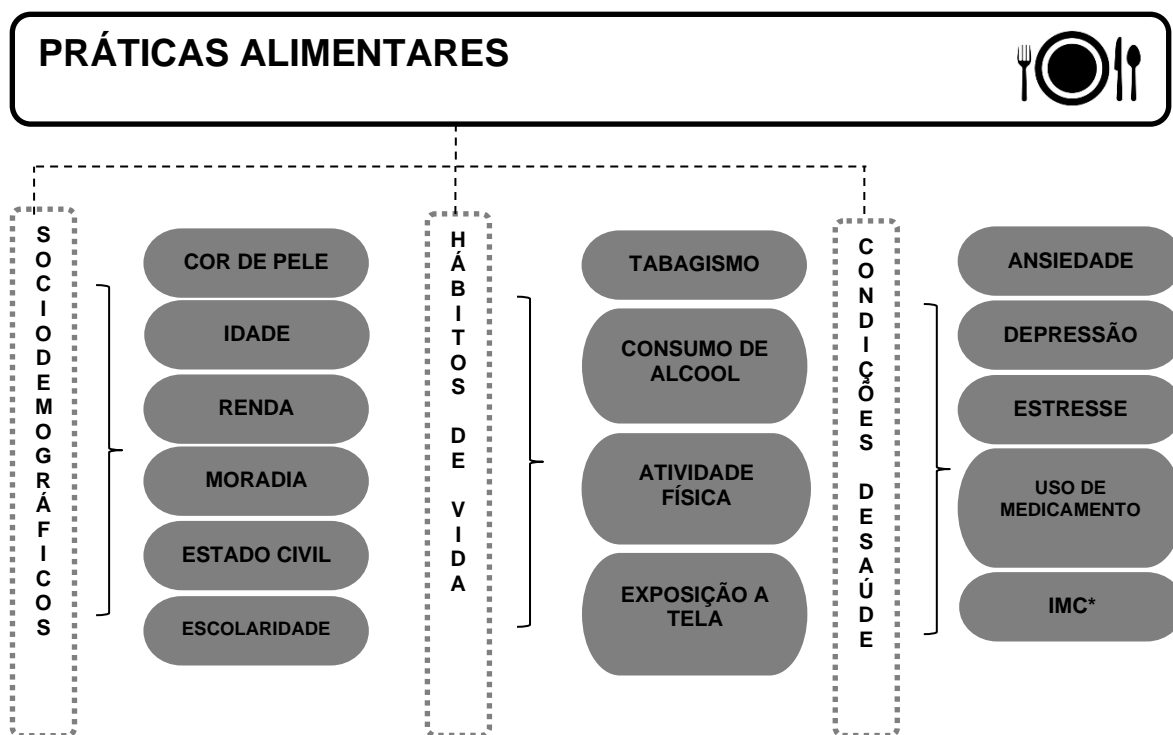
O ambiente influencia nas escolhas alimentares dos jovens, bem como de indivíduos em qualquer faixa etária (VAN *et al*, 2007). Hábitos alimentares incorporados na infância, adolescência e na vida acadêmica podem permanecer na vida adulta e senil e quando acontece de forma inadequada oferece risco para DCNT. Considerando-se esses aspectos, o espaço universitário torna-se oportuno para a promoção de práticas alimentares saudáveis, uma vez que se trata de um espaço de formação e produção de conhecimento (MACIEL *et al*, 2012). A maneira como é organizado favorece o acolhimento de estratégias para promoção da saúde possibilitando a conscientização da importância de um estilo de vida adequado com alimentação saudável e prática regular de atividade física (MARCONDELLI, 2008).

Compreende-se que a alimentação é algo complexo e dotado de particularidades e representa um veículo para o bem estar, mas também para doenças quando não é realizada de forma adequada. Sendo assim, é classificada como uma variável de interesse em saúde pública. Ao analisarmos a literatura disponível, observamos que o contexto universitário possui vulnerabilidade para práticas alimentares inadequadas em função dos diversos aspectos aos quais foram citados neste trabalho (PIRES *et al*, 2010; ALVES, BOOG, 2007; MATTOS, MARTINS, 2000). Em razão desses fatos, investigar os fatores associados às práticas alimentares neste grupo populacional permitirá intervenções para melhora do perfil alimentar dos universitários.

2.5 Modelo conceitual

As práticas alimentares são influenciadas por uma diversidade de características e condições, as quais são evidenciadas na literatura e descritas neste estudo. Este trabalho utilizou 3 blocos para investigar as associações com

as práticas alimentares. São eles: Fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde. Evidências científicas demonstram haver associação entre esses comandos com as práticas alimentares, como podemos observar no modelo conceitual (Figura 1).



*Índice de Massa Corporal

Figura 1: Modelo conceitual dos fatores associados às práticas alimentares.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar os fatores associados às práticas alimentares de universitários ingressos em 2019 na Universidade Federal de Ouro Preto - MG.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, hábitos de vida e condições de saúde dos universitários;
- Identificar as práticas alimentares dos estudantes de acordo com a escala de mensuração baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira;
- Avaliar a associação entre características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde com as práticas alimentares dos universitários.

5. MÉTODOS

5.1 Delineamento e população do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo transversal, que tem como objetivo avaliar as práticas alimentares dos universitários ingressantes em 2019 na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), nos campus 'Ouro Preto' e 'Mariana' durante o ano de 2019.

Esta pesquisa é parte integrante de um estudo longitudinal intitulado "Sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes universitários de Minas Gerais: estudo longitudinal", onde os dados serão coletados em três momentos (T0 – no primeiro semestre do curso de graduação; T1 – após cursar dois anos; T2 – após cursar quatro anos), na perspectiva de avaliar a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes universitários e seus fatores associados, bem como as mudanças comportamentais ocorridas durante a vida acadêmica. Portanto, o presente trabalho utilizou os dados do momento T0 do estudo longitudinal.

Foram convidados a participarem da pesquisa, universitários matriculados no primeiro período dos cursos presenciais da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) nas seguintes áreas do conhecimento: Ciências da Vida (Educação Física, Farmácia, Medicina e Nutrição) Ciências Exatas (Arquitetura e Urbanismo, Engenharia Civil, Engenharia Geológica, Engenharia de Produção e Matemática) e Ciências Humanas, Sociais e Aplicadas (Artes Cênicas, Direito, História, Jornalismo e Pedagogia) totalizando em 546 graduandos. Destes, participaram do estudo 356, representando uma taxa de resposta de 65,2%. O motivo de não participação foi a ausência nas turmas no dia da aplicação do questionário.

Em função das possíveis perdas nas próximas ondas, optou-se em convidar todos os estudantes dos cursos selecionados, ingressantes do primeiro período do ano de 2019 na UFOP dos Campus Morro do Cruzeiro, Instituto de Ciências Humanas e Sociais (ICHS) e Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA).

5.2 Critérios de inclusão

Considerou-se como critério de inclusão no estudo: os participantes serem estudantes da Universidade Federal de Ouro Preto, estarem regularmente matriculados nos cursos de graduação presenciais selecionados para o estudo e possuírem idade igual ou superior a 18 anos.

5.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro com ingressantes de 2019, devidamente matriculados nos cursos das áreas de Ciências da Vida: Educação Física (n = 33), Farmácia (n = 47), Medicina (n = 42) e Nutrição (n = 26), de Ciências Exatas: Arquitetura e Urbanismo (n = 28), Engenharia Civil (n = 28), Engenharia Geológica (n = 22), Engenharia de Produção (n = 23) e Matemática (n = 7) e de Ciências Humanas, Sociais e Aplicadas: Artes Cênicas (n = 8), Direito (n = 38), História (n = 33), Jornalismo (n = 22) e Pedagogia (n = 21), totalizando 356 universitários.

Os dados foram coletados face a face no período de abril a setembro de 2019, por integrantes da equipe do projeto, previamente capacitados para aplicação dos questionários, esclarecimentos de eventuais dúvidas dos participantes e soluções quanto a possíveis intercorrências.

A coleta de dados aconteceu durante o período de aulas, sendo solicitado a um professor de cada curso selecionado para que dispensasse 1h/ aula para coleta de dados. No momento da aplicação do questionário, um pesquisador permanecia em sala de aula para eventuais esclarecimentos.

O formulário impresso (ANEXO II) foi composto por perguntas sobre a informações acadêmicas, condições sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde.

5.4 Variáveis do estudo

5.5.1 Variável desfecho

O desfecho avaliado foi 'Práticas alimentares', obtido por meio da escala de likert desenvolvida por Gabe e Jaime (2019) para indivíduos adultos (ANEXO III), que apresenta 24 frases declarativas (itens) elaboradas com base nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014. Esses itens foram agrupados em quatro dimensões: Escolhas, Modos, Organização e Planejamento. Posteriormente, essas dimensões foram caracterizadas em dimensões positivas (planejamento e organização) e negativas (escolhas e modos), sendo que as dimensões de escolhas e modos medem construções opostas às recomendações do Guia. Sendo assim, as pontuações atribuídas às respostas dos itens nas dimensões de escolhas e modos, por serem afirmativas negativas, foram invertidas para assegurar que a soma da pontuação seja determinada adequadamente.

Das alternativas de um a treze (dimensões positivas), as respostas "discordo fortemente" referem-se ao escore 0, "discordo" referem-se ao escore 1, "concordo" referem-se ao escore 2 e "concordo fortemente" referem-se ao escore 3. Já nas alternativas de quatorze a vinte e quatro (dimensões negativas), as respostas "discordo fortemente" referem-se ao escore 3, "discordo" referem-se ao escore 2, "concordo" referem-se ao escore 1 e "concordo fortemente" referem-se ao escore 0. O somatório dos escores individuais atribuídos às respostas de cada alternativa originou uma pontuação, na qual quanto mais elevado, mais adequadas são as práticas alimentares (Quadro 1).

Quadro 1 – Instruções para a soma das pontuações individuais para cada resposta da escala de práticas alimentares

Opção de resposta da escala Likert	Itens / Score	Itens / Score
	1 a 13	14 a 24
Discordo fortemente	0	3
Discordo	1	2
Concordo	2	1
Concordo fortemente	3	0

Fonte: Adaptado de GABE, Kamila Tiemann; JAIME, Patricia Constante. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. Public health nutrition, p. 1-12, 2019.

5.5.2 Variáveis explicativas

As variáveis explicativas/independentes apresentavam os seguintes blocos: Características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde.

- Características sociodemográficas

Foram avaliadas as seguintes características: sexo, idade (categorizada pela mediana), área do conhecimento (ciências da vida, ciências exatas, ciências humanas e sociais e aplicadas), cor da pele (branco e outros – amarelo, pardo, mulato ou negro), estado civil (solteiro e outros – casado, união estável, viúvo, divorciado), renda total familiar mensal (categorizada pela mediana), trabalho (sim ou não), recebe auxílio financeiro da universidade (sim ou não), possui filhos (sim ou não) moradia (familiares ou sozinho ou ou com amigos/ repúblicas) e tem crença religiosa (sim ou não). Essas variáveis foram baseadas no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) e na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013).

2. Hábitos de vida

Este domínio foi constituído das seguintes variáveis: consumo de bebidas alcoólicas (sim ou não), consumo de bebida alcóolica em excesso (sim ou não), tabagismo (sim ou não), prática de exercício físico (sim ou não), exposição à tela e uso de *internet*.

As variáveis: “consumo de bebida alcóolica”, “consumo de bebida alcoólica em excesso”, “consumo de tabaco” e “prática de atividade física”, foram obtidas por meio de um compilado de perguntas retiradas e/ou baseadas no censo do IBGE (2009), na PNS (2013), Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2017) e o estudo de Rosário (2011).

Para a variável “consumo de bebida alcoólica”, a fim de determinar os universitários que consumiam (ou não), utilizou-se a pergunta: “Com que frequência você costuma consumir alguma bebida alcoólica?” As possibilidades de respostas eram as categorias: “Não faço uso de bebida alcóolica”, “De 1 a 2 vezes ao mês”, “De 2 a 3 vezes ao mês”, “De 1 a 2 vezes por semana”, “De 2 a 3 vezes por semana”, “De 3 a 4 vezes por semana”, “De 4 a 5 vezes por semana”, “De 5 a 6 vezes por semana”, “Todos os dias da semana”. Compreendeu-se como “não”, a resposta: “Não faço uso de bebida alcóolica” e “sim”, às demais afirmativas, sendo então recategorizadas em: “Não” e “Sim”.

A determinação do consumo de bebida alcóolica, por sua vez, no sentido de verificar o excesso, foi apresentada através da seguinte pergunta presente no questionário: Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica consome? (Considere 1 dose de bebida alcoólica como 1 lata de cerveja de 330mL, 1 taça de vinho de 100mL ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada de 30mL). Seguida de campo para descrever a resposta. O consumo foi classificado como excesso quando havia um consumo mínimo de cinco doses para os homens e quatro para as mulheres, em uma única ocasião. Foi considerado ainda, que uma dose contém entre 10 e 12 gramas de álcool, o qual pode estar presente em uma taça de vinho (100 mL), em uma lata de cerveja (350 mL) ou em 30 mL de bebida destilada (*NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE*, 2007).

Em relação a variável “consumo de tabaco”, para identificar os universitários que faziam uso (ou não) de tabaco foi utilizada a seguinte questão: “Atualmente você fuma cigarro ou algum outro produto do tabaco?”. As possibilidades de resposta eram: “Não fumo”, “Fumo de 1 a 2 vezes por semana”, “Fumo de 3 a 4 vezes por semana”, “Fumo de 5 a 6 vezes por semana” e “Fumo diariamente”. Compreendeu-se como “não”, a resposta: “Não fumo” e “sim”, às demais afirmativas, sendo então recategorizadas em: “Não” e “Sim”.

No que se refere a variável “Prática de atividade física” foi utilizada a seguinte pergunta: “Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (Não considere fisioterapia)”. Tendo como possibilidade de resposta as categorias “sim” ou “não”.

A variável exposição às telas foi avaliada em número de horas de exposição, por meio da seguinte pergunta: “No seu tempo livre, ou seja, quando não encontra-se estudando ou trabalhando, quanto tempo (em horas) você se dedica ao uso de: celular, televisão, computador, *tablet*” isoladamente. Os universitários escolhiam entre as alternativas: “Não utilizo”, “Menos de 1 hora”, “Entre 1 e 2 horas”, “Entre 2 e 3 horas”, “Entre 3 e 4 horas”, “Entre 4 e 5 horas”, “Entre 5 e 6 horas”, “Mais de 6 horas”. Para o presente estudo, optou-se por considerar o número de horas absoluto em cada intervalo, onde para a resposta “Menos de 1 hora” considerou-se 1 hora, “Entre 1 e 2 horas” considerou-se 2 horas, “Entre 2 e 3 horas” considerou-se 3 horas, “Entre 4 e 5 horas” considerou-se 5 horas, “Entre 5 e 6 horas” considerou-se 6 horas e por fim, para a resposta “Mais de 6 horas” considerou-se 7 horas. Desta forma, o somatório da exposição a cada meio eletrônico citado, possibilitou uma informação de total em número de horas de exposição.

Para avaliar o uso de *internet* utilizou-se a escala *Internet Addiction Test* validada para o Brasil por Conti e colaboradores (2012). Ela é composta por 20 itens com escala de pontos Likert, onde os indivíduos podem ser classificados em usuários normais da internet (0 a 30 pontos), usuários com dependência leve (31 a 49 pontos), moderada (50 a 79 pontos) e severa (80 a 100 pontos). (LACONI *et al*, 2014). No presente estudo as classificações referentes ao uso de internet foram recategorizadas em uso normal e leve e uso moderado e severo.

3. Condições de saúde

O bloco condição de saúde foi composto pelas variáveis: autoavaliação de saúde, Índice de Massa Corporal (IMC), sintomas de depressão, ansiedade e estresse (sim ou não) e uso de medicamentos ansiolíticos e/ou antidepressivos (sim ou não).

Para a autoavaliação de saúde utilizou-se a pergunta “Em geral, como você avalia sua saúde?”, categorizada em “boa” (muito boa e boa) e ruim (regular, ruim e muito ruim).

O IMC foi calculado pela divisão do peso em quilogramas (kg) pela estatura em metros ao quadrado (m²), utilizando as informações autorelatadas (VIGNOLA, TUCCI, 2014; PNS, 2013; Ministério da Saúde; 2008; OMS, 2007).

As variáveis: sintomas de depressão, sintomas de ansiedade e sintomas de estresse foram obtidas através da versão reduzida da Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21), traduzida e validada para o português por Vignola e Tucci (2014). A escala é composta por um conjunto de três subescalas, elaboradas a fim de estimar, de maneira autorrelatada, os sintomas de ansiedade, depressão e estresse durante a última semana, ou seja, a semana anterior à coleta dos dados.

Para isso, utiliza-se de questões onde a resposta origina um escore para somatório da pontuação, a fim de determinar de forma isolada a presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse. A classificação dos sintomas foram categorizados em “normal”, “leve”, “moderado”, “severo” e “extremamente severo”, os quais foram considerados apenas as categorias moderado, severo e extremamente severo como determinantes da presença dos transtornos para este estudo.

O uso de medicamentos ansiolíticos e/ou antidepressivos foi avaliado a partir do auto relato dos participantes. Havia, no questionário, nomes de medicamentos para auxiliar no recordatório, além de campo aberto para preenchimento de eventual medicamento não apresentado e que era utilizado pelo participante. Esta variável foi categorizada em “não” para os universitários que referiram não utilizar nenhum medicamento apresentado no questionário e não preencheram o campo aberto e “sim” para os que manifestaram fazer uso de algum medicamento no momento da coleta.

Para a análise descritiva, as variáveis práticas alimentares, idade, renda total familiar mensal e exposição às telas foram categorizadas segundo a mediana. Para a variável IMC, utilizou-se a classificação de adolescente, para os estudantes com idade de 18 a 19 anos, estando aqueles abaixo do 3º percentil com baixo peso, entre os percentis 3 e 85 foi considerado eutrófico, entre os percentis 85 e 97 foi considerado sobrepeso e acima do percentil 97 foi

considerado obeso. Para essa classificação, utilizou-se a idade em meses, sendo que para a avaliação de indivíduos com 19 anos e 1 mês até 19 anos e 11 meses adotou os mesmos valores de 19 anos completos. Para os estudantes adultos (idade maior a 20 anos) considerou menor que 18,5 kg/m² como baixo peso, entre 18,5 e 24,9 kg/m² como eutrófico, maior que 25 kg/m² e menor que 30 kg/m² como sobrepeso e acima de 30 kg/m² como obesidade. As respostas foram categorizadas em “sem excesso de peso” (baixo peso e eutrofia) e “com excesso de peso” (sobrepeso e obesidade) (OMS, 2007; Ministério da Saúde; 2008). Já para as análises de regressão linear utilizou-se o valor contínuo de cada uma dessas variáveis.

5.5 Construção do banco de dados

A construção do banco de dados foi realizada por dupla digitação a fim de garantir consistência entre as fontes de dados e confiabilidade na entrada destes. Para isso, utilizou-se como ferramenta o programa Microsoft Office Excel 2013.

5.6 Análise de dados

As variáveis contínuas foram avaliadas quanto à sua normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk. Para avaliar os fatores associados com as práticas alimentares foi aplicada regressão linear simples para análise bivariada. Para a regressão linear múltipla as variáveis foram inseridas considerando o valor $p \leq 0,20$ na análise bivariada. Utilizou-se o método *backward*, na qual as variáveis foram retiradas uma a uma do modelo, do menor para o maior nível de significância até que todas as variáveis presentes no modelo possuíssem significância estatística ($p \leq 0,05$). O modelo foi ajustado por renda, sexo e idade segundo a plausibilidade biológica e literatura científica. Os resíduos foram avaliados segundo as suposições de normalidade, homocedasticidade, linearidade e independência. Todas as análises

foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico Stata 13.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA) e a significância estatística foi estabelecida em 5%.

5.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ouro Preto, sob o número do parecer 85839418.8.1001.5150.

Antes de responderem ao questionário, os estudantes receberam todas as informações sobre os objetivos e a justificativa do projeto, preservação de dados pessoais, utilização dos resultados, bem como os possíveis riscos da participação no estudo. Concordando em participar, os estudantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO I), no qual tomaram ciência de que a qualquer momento poderiam interromper e retornar ou deixar de participar da pesquisa.

6 RESULTADOS

Ao observar às práticas alimentares, constatou-se que 55,3% dos universitários apresentaram somatórios do escore com um resultado igual ou inferior a 35 pontos, estando mais distantes de práticas alimentares saudáveis quando comparado aos demais universitários (44,7%) que apresentaram um somatório igual ou superior a 36 pontos.

A população de estudo foi composta por 356 indivíduos, dentre os quais, 57,6% eram do sexo feminino e 42,4% do sexo masculino. Os universitários estudados apresentavam em sua maioria (65,2%) idade igual ou inferior a 20 anos e predominância de estudantes matriculados em cursos da área de ciências da vida (41,6%), seguida por ciências humanas e sociais aplicadas (34,3%) e ciências exatas (24,1%).

No que se refere a cor de pele, 50,8% dos universitários manifestaram possuírem cor branca (50,8%). A maioria identificaram-se como cisgêneros (99,4%), heterossexuais (79,7%), solteiros (95,2%) e sem filhos (96,9%). A renda familiar total compreendia em sua maioria (57%) um valor inferior a quatro salários mínimos (R\$998,00) e 89,6% relataram não receber auxílio financeiro institucional.

A maioria dos universitários referiram residirem em moradias compartilhadas com amigos ou repúblicas, representando 56,8% da amostra, seguido dos que moravam com familiares (33,4%) e em menor proporção, os que moravam sozinhos (9,8%). A maior proporção dos estudantes relataram possuir alguma crença religiosa (66%) e 88,8% dos avaliados declararam não estarem trabalhando no momento da coleta de dados (Tabela 1).

Em relação aos hábitos de vida, para a maioria dos avaliados, observou-se frequência de exposição às telas igual ou superior a 7h/dia (58,4%), uso médio de internet (76,1%) e frequência de prática de atividade física (62,9%). A maior proporção da amostra foi constituída por indivíduos que relataram ingerir bebida alcoólica (73,9%), não possuir consumo excessivo de bebida alcoólica (55,9%) e negaram consumo de tabaco (82,6%).

No bloco condições de saúde, 59% dos integrantes da amostra autoavaliaram sua saúde como boa. A maioria não possuía excesso de peso (77,5%) e negaram possuírem sintomas de ansiedade (57%), sintomas de depressão (66,7%) e sintomas de estresse (63,9%), realizarem acompanhamento

psicológico (61,5%) e estarem em uso de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos (87,5%) e (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva das características sociodemográficas, comportamentos e condições de saúde de universitários da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019

Variáveis	N	%
Características Sociodemográficas		
Sexo		
Feminino	205	57,6
Masculino	151	42,4
Idade		
≤ 20 anos	232	65,2
> 20 anos	124	34,8
Área do conhecimento		
Ciências da vida	148	41,6
Ciências exatas	86	24,1
Ciências humanas e sociais aplicadas	122	34,3
Cor da pele		
Branco	181	50,8
Outros (amarelo, pardo, mulato ou negro)	175	49,2
Estado Civil		
Solteiro (a)	339	95,2
Outros (casado, união estável, viúvo, divorciado)	17	4,8
Filhos		
Não	345	96,9
Sim	11	3,1
Renda total da família		
< 4 salários mínimos*	206	57,0
≥ 4 salários mínimos*	150	43,0
Recebe auxílio financeiro da universidade		
Não	319	89,6
Sim	37	10,4
Moradia		
Familiares	119	33,4
Sozinho	35	9,8
República ou amigos	202	56,8
Crença religiosa		
Não possui	121	34,0
Possui	235	66,0
Trabalho		
Não	316	88,8
Sim	40	11,2

(Continua)

(Continuação)

Variáveis	N	%
Hábitos de vida		
Exposição à tela (Televisão, computador, tablet e celular)		
< 7h	148	41,6
≥ 7h	208	58,4
Uso de internet		
Normal ou Leve	267	76,1
Moderado ou Severo	84	23,9
Prática atividade física		
Não	132	37,1
Sim	224	62,9
Práticas alimentares		
< 35	197	55,3
≥ 36	159	44,7
Consumo de bebida alcoólica		
Não	93	26,1
Sim	263	73,9
Consumo de bebida alcoólica em excesso (mínimo de cinco doses para os homens e quatro para as mulheres, em uma única ocasião)		
Não	198	55,9
Sim	156	44,1
Consumo de Tabaco		
Não	294	82,6
Sim	62	17,4
Condições de saúde		
Autoavaliação de saúde		
Boa (Muito boa/ Boa)	210	59,0
Ruim (Regular/Ruim/ Muito ruim)	146	41,0
IMC**		
Sem excesso de peso	275	77,5
Com excesso de peso	80	22,5
Sintomas de ansiedade		
Não	202	57,0
Sim	152	43,0
Sintomas de depressão		
Não	236	66,7
Sim	118	33,3
Sintomas de estresse		
Não	227	63,9
Sim	128	36,1
Uso de medicamentos ansiolíticos e/ ou antidepressivos		
Não	295	87,5
Sim	42	12,5

*Salário mínimo corresponde a R\$998,00. **IMC: Índice de Massa Corporal.

A tabela 2 apresenta a análise bivariada entre as variáveis explicativas e práticas alimentares. Estiveram associadas às práticas alimentares as seguintes variáveis explicativas: ter ou não filhos, receber ou não auxílio financeiro

institucional, trabalhar ou não, exposição às telas, uso de *internet*, prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica, consumo de bebida alcoólica em excesso, consumo de tabaco, auto avaliação de saúde, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, sintomas de estresse e uso de medicamento ansiolítico e/ou antidepressivo, onde foi aceito um nível de significância $p \leq 0,20$.

Tabela 2. Análise bivariada das características sociodemográficas, comportamentos e condições de saúde de universitários da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019

Variáveis explicativas	Práticas Alimentares		
	β	IC 95%	Valor-p
Características Sociodemográficas			
Idade	0,16	(-0,10 ; 0,43)	0,23
Sexo			
Feminino	1	1	
Masculino	-0,25	(-2,20 ; 1,70)	0,80
Área do conhecimento			
Ciências da vida	1	1	
Ciências exatas	-1,19	(-3,66 ; 1,27)	0,34
Ciências humanas e sociais e aplicadas	-0,69	(2,92 ; 1,53)	0,54
Cor da pele			
Branco	1	1	
Outros (amarelo, pardo, mulato ou negro)	-0,73	(33,8 ; 36,58)	0,45
Estado Civil			
Solteiro (a)	1	1	
Outros (casado, união estável, viúvo, divorciado)	1,50	(-3,03 ; 6,03)	0,51
Filhos			
Não	1	1	
Sim	6,23	(0,68 ; 11,78)	0,02
Renda total familiar mensal			
	0,22	(-0,50 ; 0,94)	0,54
Características Sociodemográficas			
Auxílio financeiro			
Não	1	1	
Sim	- 3,92	(- 7,06 ; 0,77)	0,01
Moradia			
Familiares	1	1	
Sozinho	- 0,51	(- 4,02 ; 3,00)	0,77
República ou amigos	- 0,45	(- 2,15 ; 2,06)	0,96
Crença			
Não possui	1	1	
Possui	0,23	(- 1,80 ; 2,27)	0,82
Trabalho			
Não	1	1	
Sim	-2,35	(- 5,40 ; 0,69)	0,13

(Continua)

(Continuação)

Hábitos de vida			
Exposição à tela (Televisão, computador, tablet e celular)	0,54	(- 0,81 ; 0,26)	< 0,001
Uso de internet			
Médio	1	1	
Acentuado/ Extremo	- 4,56	(6,79 ; 2,33)	< 0,001
Pratica atividade física			
Não	1	1	
Sim	4,11	(2.15 ; 6.06)	< 0,001
Consumo de bebida alcoólica			
Não	1	1	
Sim	- 1,89	(- 4.09 ; 0.29)	0,08
Consumo de bebida alcoólica em excesso			
Não	1	1	
Sim	- 2,48	(- 4.42 ; - 0.54)	0,01
Consumo de tabaco			
Não	1	1	
Sim	- 2,92	(- 5.45 ; - 0.39)	0,02
Condições de saúde			
IMC*			
	- 0,10	(- 0.37 ; 0.17)	0,46
Autoavaliação de saúde			
Boa (Muito boa/ Boa)	1	1	
Ruim (Regular/Ruim/ Muito ruim)	- 4,62	(- 6.53 ; - 2.71)	<0,001
Sintomas de ansiedade			
Não	1	1	
Sim	- 2,42	(- 4.36 ; - 0.48)	0,01
Condições de saúde			
Sintomas de depressão			
Não	1	1	
Sim	- 4,05	(- 6.07 ; - 2.04)	0,001
Sintomas de estresse			
Não	1	1	
Sim	- 4,15	(- 6,13 ; - 2,18)	0,001
Uso de medicamentos ansiolíticos e/ ou antidepressivos			
Não	1	1	
Sim	- 2,60	(- 5,58 ; 0.37)	0,08

Análise bivariada por regressão linear simples. β : Coeficiente beta. IC: Intervalo de confiança a 95%.

*Salário mínimo atual: R\$998,00. **IMC: Índice de Massa Corporal.

O modelo final da regressão linear múltipla ajustado por sexo, idade e renda identificou que praticar atividade física (β : 3,10) está associado às práticas alimentares mais saudáveis em universitários e que a maior exposição às telas (β :

- 0,44), uso de internet (β : - 3,05), autoavaliação de saúde ruim (β : - 3,63), consumo de bebida alcoólica em excesso (β : - 2,09) e presença de sintomas de estresse (β : - 2,81) são fatores associados as práticas alimentares inadequadas (Tabela 3).

Tabela 3. Modelo final de regressão linear múltipla de variáveis associadas as práticas alimentares em universitários ingressantes. Ouro Preto, 2019.

Variáveis explicativas	Práticas Alimentares	
	β (IC)	Valor-p
Exposição às telas (Televisão, computador, tablet e celular)		
	- 0,40 (- 0,67 ; - 0,13)	<0,01
Uso de internet		
Normal ou Leve	1	
Acentuado ou Extremo	- 3,05 (- 5,22 ; - 0,88)	<0,01
Pratica atividade física		
Não	1	
Sim	3,75 (1,83 ; 5,67)	<0,001
Consumo de bebida alcoólica em excesso		
Não	1	
Sim	- 2,09 (- 3,92 ; - 0,26)	0,02
Autoavaliação de saúde		
Muito boa/ Boa	1	
Regular/Ruim/ Muito ruim	- 3,09 (- 4,97 ; - 1,21)	<0,01
Sintomas de estresse		
Não	1	
Sim	- 2,74 (- 4,72 ; - 0,77)	<0,01

β : Coeficiente beta. IC: Intervalo de confiança a 95%. Ajustado por renda, sexo e idade.

R²: 0,194. R² ajustado: 0,173. Método *Backward*. Teste F: p< 0,0001

7 DISCUSSÃO

Este estudo é o primeiro a avaliar as práticas alimentares em universitários no primeiro período de cursos de distintas áreas do conhecimento, utilizando a escala de mensuração desenvolvida e validada por GABE e JAIME (2019). A maioria dos universitários ingressantes apresentaram um score abaixo de 35 pontos, demonstrando que estão com práticas alimentares distantes das recomendações do GUIA.

Um estudo semelhante, realizado pelo nosso grupo de estudos, avaliou as práticas alimentares de estudantes ingressos na área da saúde e constatou que 75,7% dos universitários apresentavam práticas alimentares inadequadas as recomendações do GUIA (BARBOSA *et al.*, 2020). O GUIA trata a alimentação saudável através de uma abordagem holística, considerando características nutricionais, com recomendações para a escolha assertiva dos alimentos, esclarecendo sobre a diferenciação entre alimentos in natura, minimamente processados, processados e ultraprocessados. De forma inovadora discuti o respeito aos aspectos sociais, culturais e ambientais com orientações acerca das formas de combinações de alimentos (cultura e alimentos regionais), ato de comer e comensalidade (ambiente, tempo e companhia) e possíveis obstáculos para adesão às recomendações oferecidas (BRASIL, 2014).

Outros estudos também evidenciaram escolhas alimentares inadequadas em meio universitário, com destaque na rejeição de verduras, legumes e frutas e em comportamentos inadequados, como omissão de refeições (ficando longos períodos sem se alimentar), substituição de refeições completas por lanches rápidos e consumo de guloseimas, principalmente em períodos de extensa atividade acadêmica (RICCI, EVANGELISTA, 2014; MACIEL *et al.*, 2012; FEITOSA *et al.*, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2009; VIEIRA *et al.*, 2002).

Outro estudo investigou as práticas alimentares de graduandos ingressos em universidades da Alemanha, Dinamarca, Polônia e Bulgária e constatou o consumo frequente de alimentos com alto teor energético e ricos em açúcares simples e gorduras saturadas entre os estudantes dos diferentes países. O estudo demonstrou que universitários búlgaros relataram o consumo mais frequente de doces, bolos e alimentos do tipo fast food. Universitários poloneses relataram o consumo menos frequente de vegetais e um baixo consumo de frutas. Em todos

os países, exceto na Bulgária, os homens relataram consumo de lanches substancialmente mais frequente do que as mulheres. (EL ANSARI, STOCK, MIKOLAJCZYK, 2012). Demais pesquisas também evidenciaram escolhas alimentares inadequadas em meio universitário. MACIEL e seus colaboradores (2012) em pesquisa realizada com estudantes da Universidade de São Paulo, observaram um consumo de frutas, verduras, leguminosas e cereais aquém às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). De forma similar, FEITOSA e colaboradores (2010) verificaram baixo consumo de frutas, verduras e legumes e no mesmo contexto, estudos realizados com universitários da área da saúde observaram baixo consumo de alimentos do grupo dos laticínios, frutas, hortaliças e carboidratos complexos, além de elevado consumo de alimentos ricos em carboidratos simples, lipídeos e açúcares (MONTEIRO *et al.*, 2009; MARCONDELLI, 2008).

A população em estudo foi composta em sua maioria por universitários do sexo feminino, conforme também encontrado em outros estudos, que mostram a predominância do sexo feminino no meio acadêmico (FREIRE, CALÁBRIA, 2018; MACIEL *et al.*, 2012; FEITOSA *et al.*, 2010; VIEIRA *et al.*, 2002).

Segundo nossos achados, não há diferença significativa entre o sexo e escolhas alimentares. Em consonância, Baldini e colaboradores (2009) identificaram, por meio de um estudo realizado com universitários da Espanha e Itália, que ambos os sexos apresentaram hábitos alimentares inadequados, com consumo elevado de gordura e reduzido em vegetais, se afastando da tradição mediterrânea que é caracterizada pelo consumo de frutas e hortaliças, peixes e cereais. Tais evidências podem ser resultado das modificações alimentares comuns durante o período universitário.

Em outra perspectiva, alguns estudos demonstraram associação entre essas variáveis ao constatar que práticas alimentares inadequadas estão mais presentes no sexo feminino (BATISTA *et al.*, 2015; CARVALHO *et al.*, 2013; BOSI *et al.*, 2008). Estes estudos avaliaram indivíduos e sua vulnerabilidade a transtornos alimentares, no qual observou-se que comportamentos inadequados visando redução ponderal são mais comuns em mulheres, justificando então as constatações encontradas.

Nossa análise final constatou que variáveis relacionadas aos hábitos de vida como “tempo de exposição à tela” e “prática de exercício físico” estão

associadas às escolhas alimentares. O mesmo ocorreu com o bloco condições de saúde, onde houve associação significativa entre as práticas alimentares e “autoavaliação de saúde” e “sintomas de estresse”. Fatores sociodemográficos não apresentaram associação com as práticas alimentares neste estudo.

A variável exposição às telas apresentou associação negativa com as práticas alimentares em nossa população estudada. Quanto maior o tempo de exposição, pior o consumo alimentar dos voluntários. Nossos achados corroboram com os resultados encontrados em estudos que avaliaram os mesmos comportamentos em universitários. Entre jovens universitários norte-americanos, assistir televisão aumenta a ingestão alimentar tanto em quantidade quanto em densidade calórica (BLASS *et al.*, 2006; STROEBELE, CASTRO, 2004). Um estudo realizado por STROEBELE e CASTRO (2004) com 76 estudantes de graduação observou que o hábito de assistir televisão aumentava a frequência de refeições e que estas, em um volume diário total, resultavam em um aumento na ingestão de carboidratos. Já o estudo realizado por BLASS e colaboradores (2006) com 20 graduandos do curso de psicologia em nível introdutório, observaram a ingestão alimentar no momento de exposição a televisão e constataram um aumento na ingestão de alimentos com alta densidade calórica, além de retardo na sinalização interna de saciedade, levando ao maior consumo quantitativo de alimentos. Tal associação também foi verificada em outros trabalhos realizados em população infantil, onde foi observado que o aumento do tempo de exibição de TV foi consistentemente associado a escolhas alimentares prejudiciais, incluindo maior consumo de pizza, salgadinhos e refrigerantes e menor ingestão de frutas e vegetais (OLIVEIRA *et al.*, 2016; HARE-BRUUN *et al.*, 2011; MOREIRA *et al.*, 2010; SALMON, CAMPBELL, CRAWFORD, 2006; COON, 2001).

Em consonância, verificamos que a utilização acentuada ou extrema da internet esteve associada a uma pior prática alimentar. Alinhado a essa constatação, um estudo realizado em 2006 na China com 2433 universitários observou que usuários intensos da internet tinham menor probabilidade de se envolver em comportamentos de promoção da saúde como uma alimentação saudável do que o restante da amostra (KIM, *et al.*, 2010).

Em outra perspectiva, Celik, Odaci e Bayraktar (2015) em um estudo com universitários turcos demonstraram haver associação entre essas variáveis. O

estudo demonstrou que o uso sistemático de internet é um preditor significativo de desenvolvimento de distúrbios alimentares como a anorexia nervosa.

Indivíduos em uso de internet exacerbado estão constantemente ocupados e entretidos. Desta forma, podem perder a percepção do volume e qualidade de alimentos consumidos. Além disso, esses indivíduos estão corriqueiramente envolvidos em suas atividades virtuais, podendo realizar outras atividades como alimentar-se simultaneamente de forma inconsciente, interferindo no atendimento regular das necessidades primárias. Enquanto online, eles podem inadvertidamente consumir alimentos inadequados ou mesmo favorecer o acometimento de distúrbios alimentares (CELIK, ODACI, BAYRAKTAR, 2015).

Evidenciamos ainda, que universitários que apresentam consumo de bebida alcoólica em excesso possuem menor pontuação no escore de práticas alimentares, estando distantes de práticas alimentares adequadas as recomendações do GUIA.

Corroborando com nossas evidências, um estudo realizado com calouros de uma universidade dos Estados Unidos demonstrou que o consumo de álcool influencia nos hábitos alimentares dos universitários. Efeito este, que é potencializado em situações de consumo excessivo de bebidas alcoólicas, levando a ingestão de alimentos em maior quantidade, ricos em calorias e de baixa qualidade nutritiva (LLOYD-RICHARDSON, *et al.*, 2008).

Evidências semelhantes foram encontradas por Yeomans (2010), em seu estudo realizado com 40 mulheres com média de idade de 22 anos, ao destacar que o consumo excessivo de alimentos pode ser mais provável durante e imediatamente após ingestão de bebida alcoólica. LLOYD-RICHARDSON e seus colaboradores (2008) verificaram que esta percepção de influência no comportamento alimentar foi observada não apenas na ocasião do consumo de álcool. Usuários de bebidas alcoólicas em excesso eram mais vulneráveis a ingestão de alimentos antes, durante e no dia seguinte ao consumo alcoólico, com tamanhos de porção maiores e escolhas alimentares menos saudáveis pelos alunos.

Em contraponto ao resultado anterior, nossos resultados demonstraram que estudantes que relatam praticar atividade física possuem maior pontuação no escore de práticas alimentares. Essa relação pode se justificar em virtude da motivação inerente aos praticantes de exercício físico a um estilo de vida mais

saudável, interferindo em suas escolhas alimentares na busca de um hábito mais equilibrado. Além disso, indivíduos, ao perceberem os benefícios do exercício físico, podem ficar motivados e desejar incrementar esses benefícios através de uma dieta saudável (TUCKER, REICKS, 2002).

Estudos epidemiológicos também demonstraram haver associação entre a prática de exercício físico com um estilo de vida mais adequado, apresentando diversos comportamentos saudáveis, onde a alimentação equilibrada oferece destaque (LOPRINZI, SMIT, MAHONEY, 2014; PRONK *et al.*, 2004). No entanto, ainda é escasso na literatura esse tipo de observação em universitários. Em diversos outros grupos populacionais investigados observou-se associação positiva entre práticas alimentares e prática de exercício físico.

Rodrigues e Carraça (2018) ao avaliar 142 indivíduos do sexo feminino constatou que existe uma associação positiva entre prática de exercício físico e ingestão de vegetais e água, além de melhora no fracionamento das refeições com pequenos volumes, várias vezes ao dia. Constatou-se também que praticar exercício físico possibilitou uma motivação mais autônoma a melhora dos hábitos alimentares, sem interferência de outras pessoas como familiares e amigos na decisão sobre o que comer.

Alinhado a essas evidências, diversos outros estudos também revelaram associação positiva entre essas variáveis, onde indivíduos ativos apresentavam escolhas alimentares mais equilibradas (MOREIRA *et al.*, 2010; BERRIGAN, 2003; GILLMAN, 2001; PATE *et al.*, 2000; EATON *et al.*, 1995).

No que se refere à autoavaliação de saúde, percebe-se através de nossos dados, que avaliar a saúde como ruim está associado a uma pior prática alimentar. Estudos demonstram que a percepção da saúde está associada ao binômio saúde-doença (ANDRADE, LOCH, SILVA, 2019; PAVÃO, WERNECK, CAMPOS, 2013; BARRETO, FIGUEIREDO, 2009). No entanto, contradizendo nossas evidências, estudo realizado por Lindeman e colaboradores (2019), ao avaliar indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, concluíram não haver associação entre a autoavaliação de saúde negativa e hábitos alimentares inadequados na população estudada. Porém, em consonância com os resultados encontrados nesta pesquisa, outros estudos identificaram associação entre a autoavaliação de saúde e práticas alimentares. Uma pesquisa utilizando dados secundários, realizada nos Estados Unidos com indivíduos adultos, destacou alta

prevalência de práticas alimentares inadequadas, caracterizada por baixa ingestão de frutas e vegetais e alta ingestão de gordura entre os indivíduos que autoavaliaram sua saúde como ruim (ZARINI, *et al.*, 2014). Na mesma perspectiva, um estudo realizado por Barros e Nahas (2001) em uma população de trabalhadores de uma indústria identificou associação negativa entre essas variáveis. A pesquisa demonstrou que indivíduos que se alimentam de pelo menos uma porção de verduras ao dia possuem uma chance 26% menor de referir uma percepção negativa de saúde.

Hábitos de vida saudáveis incluem o consumo alimentar de qualidade. Nesse sentido, escolhas alimentares adequadas influenciam na melhoria da qualidade de vida (BORIM, BARROS, NERI, 2012). O GUIA, alerta sobre o crescente aumento no consumo de alimentos hipercalóricos e ultraprocessados pela população geral nas últimas décadas. Orienta para práticas alimentares adequadas com incentivo ao consumo de alimentos in natura e/ou minimamente processados como base da alimentação e redução no consumo de processados e ultraprocessados. Reforça a atenção na ingestão em pequenas quantidades de óleos, gorduras, sal e açúcar (BRASIL, 2014).

Por fim, neste estudo, as práticas alimentares também estiveram associadas com a presença de sintomas de estresse, onde estudantes voluntários com tais sintomas apresentaram piores práticas alimentares. Tal evidência também foi observada em outros estudos que avaliaram a comunidade universitária. Uma pesquisa realizada por Penaforte, Matta e Japur (2016) em uma universidade brasileira, identificou que estudantes com níveis mais altos de estresse apresentaram maior frequência no consumo de salgados e lanches prontos para consumo, tipo “*Fast food*”. O mesmo ocorreu na pesquisa realizada por Liu e seus colaboradores (2007) ao avaliar universitários chineses e ainda corroborou com os achados observados por El Ansari *et al.* (2014) ao avaliar universitários do Reino Unido.

Considerando que, alimentos processados como os “*Fast foods*” são altamente agradáveis ao paladar, esta escolha pode ser justificada na tentativa de enfrentamento da sensação negativa inerente ao estresse, proporcionando um sistema de recompensa. O cortisol tem papel importante nesse sistema, pois aumenta a sensibilidade das vias de recompensa para o cérebro, estimulando o elevado consumo de alimentos altamente palatáveis. Tal hormônio pode

apresentar níveis aumentados em situações de estresse crônico (ADAM, EPEL, 2007). Da mesma forma, outros hormônios como a leptina, insulina e dopamina podem estimular o desejo a alimentos saborosos (ZHENG *et al.*, 2009).

Neste sentido, outros estudos demonstraram também haver associação entre estresse e o consumo elevado de alimentos doces e altamente calóricos, bem como alimentos gordurosos (CARTWRIGHT *et al.*, 2003; WARDLE *et al.*, 2000). Um estudo realizado por Oliver e Wardle (1999) e outro por Zellner (2006) constataram que além de aumentarem a ingestão de salgadinhos e doces, pessoas estressadas relataram uma diminuição no consumo de frutas e hortaliças.

Como visto, práticas alimentares podem ser resultado de demandas fisiológicas e psicológicas. Em estado de estresse esta prática pode ser orientada por aspectos biológicos como palatabilidade e/ou por motivações hedônicas e emocionais. Tais escolhas, guiadas por estas vertentes, determinam em sua maioria práticas alimentares inadequadas (ADAM, EPEL, 2007).

No contexto universitário, a rotina acadêmica é dotada de diversas situações que podem estimular o desencadeamento do estresse como extensas demandas que as disciplinas impõem, responsabilidade com o planejamento da alimentação e atividades domésticas devido ao fato de a maioria saírem do seu ambiente familiar. Além disso, universitários ingressos vivem um momento de transição, com particular experiência estressante tendo em vista a adaptação ao ambiente de estudo, adoção de uma rotina mais exaustiva e convívio social ao qual não estavam inseridos, podendo interferir nas escolhas alimentares (EL ANSARI *et al.*, 2014; VIEIRA *et al.*, 2002).

Esta pesquisa apresenta informações de relevância para a comunidade científica, contribuindo para a realização de novos inquéritos, pois utilizou a escala desenvolvida por Gabe e Jaime (2019) baseada no Guia alimentar para a população brasileira – 2ª edição (BRASIL, 2014). Ao nosso conhecimento este é o primeiro estudo a utilizar esta escala de mensuração das práticas alimentares em universitários.

O estudo, apesar de inédito e relevante, possui limitações. E a primeira diz respeito, a dificuldade de comparação dos nossos achados com a literatura, em função da ausência de estudos que utilizaram esta escala em universitários. Destaca-se ainda a diversidade de instrumentos que avaliam as práticas alimentares, dificultando a comparação dos resultados.

Esta pesquisa foi realizada utilizando dados autoreferidos, que podem ser influenciados pelo viés de memória. No entanto, a escala utilizada para as práticas alimentares apresenta validade (validade do conteúdo, validade aparente e validade do constructo) e confiabilidade quanto aos aspectos de consistência interna e reprodutibilidade (GABE, JAIME, 2019).

Por fim, compreende-se que o ingresso na universidade tende a contribuir para o estabelecimento de novas práticas alimentares. No entanto, os estudantes observados podem ainda não terem modificado seus hábitos alimentares em virtude da recente inserção a vida acadêmica.

Recomenda-se que mais pesquisas sejam realizadas para que a literatura sobre o tema em questão seja estendida, dada a sua relevância para a saúde pública. Considerando que corroborações das evidências aqui apresentadas podem subsidiar estratégias de enfrentamento às práticas alimentares inadequadas, através do desenvolvimento e/ou reformulação de políticas públicas, ações educativas a população alvo e reestruturação de serviços institucionais, no intuito de auxiliar a prática alimentar saudável pelos estudantes universitários e fomentar qualidade de vida futura.

8 CONCLUSÃO

Conclui-se a partir das evidências deste estudo que a maioria dos universitários avaliados encontram-se com práticas alimentares distantes das recomendações do GUIA e que as práticas alimentares inadequadas estão associadas a comportamentos de saúde em universitários de risco como maior exposição às telas, uso de internet acentuado ou extremo, consumo de bebida alcoólica em excesso, auto avaliação de saúde ruim e a presença de sintomas de estresse e praticar atividade física está associado às práticas alimentares adequadas neste grupo populacional.

Tal revelação é importante pois permite o subsidio de estratégias de enfrentamento às práticas alimentares inadequadas através do desenvolvimento e/ou reformulação de políticas públicas, ações educativas a população alvo e reestruturação de serviços institucionais, no intuito de auxiliar a prática de alimentar saudável pelos universitários e fomentar qualidade de vida futura, visto que a melhoria das práticas alimentares é uma condição potencialmente relevante na prevenção da ocorrência de DCNT's.

Nesse sentido, é fundamental conhecer as práticas alimentares dos estudantes de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira.

Além disso, considerando ser este um estudo inédito, recomenda-se que mais pesquisas sejam realizadas para que a literatura sobre o tema em questão seja estendida, dada a sua relevância para a saúde pública, considerando que corroborações dessas evidencias podem fundamentar o desenvolvimento de ações de educação alimentar e nutricional.

REFERÊNCIAS

ADAM, T. C.; EPEL, E. S. Stress, eating and the reward system. **Physiology & behavior**, v. 91, n. 4, p. 449-458, 2007.

ALVES, H. J.; BOOG, M. C. F. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 197-204, 2007.

ALQUAIZ, A. M. ; TAYEL, S. A. Obstáculos a um estilo de vida saudável entre pacientes atendidos em clínicas de cuidados primários em um hospital universitário em Riad. **Annals of Saudi medicine**, v. 29, n. 1, p. 30-35, 2009.

ANDRADE, G. F.; LOCH, M. R.; SILVA, A. M. R. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00151418, 2019.

AZEVEDO, E. C. C.; DINIZ A. S.; MONTEIRO, J. S.; *et al.* Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal - uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 1447-1458, 2014.

BALDINI, M.; PASQUI, F.; BORDONI, A., *et al.* Is the Mediterranean lifestyle still a reality? Evaluation of food consumption and energy expenditure in Italian and Spanish university students. **Public health nutrition**, v. 12, n. 2, p. 148-155, 2009.

BARBOSA, B. C. R.; GUIMARÃES, N. S; PAULA, W. *et al.* Práticas alimentares de estudantes universitários da área da saúde, de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 15, p. 45855, 2020.

BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. D. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 38-47, 2009.

BARROS, M. V. G; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 554-563, 2001.

BATISTA, A.; NEVES, C. M.; FILGUEIRASJ. F.; FERREIRA, M. E. C. Dimensão atitudinal da imagem corporal e comportamento alimentar em graduandos de educação física, nutrição e estética da cidade de Juiz de Fora-MG. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 26, n. 1, p. 69-77, 2015.

BERRIGAN, D.; DOPP, K.; TROIANO, R. P.; *et al.* Patterns of health behavior in US adults. **Preventive medicine**, v. 36, n. 5, p. 615-623, 2003.

BLASS, E. M.; ANDERSON, D. R.; KIRKORIAN, H. L.; *et al.* On the road to obesity: Television viewing increases intake of high-density foods. **Physiology & behavior**, v. 88, n. 4-5, p. 597-604, 2006.

BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 2008.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, **Brasil. Cad. Saúde Pública**, 2012;28(4):769-80.

BOSI, M. L. M.; LUIZ, R. R.; UCHIMURA, K. Y.; *et al.* Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 28-33, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. –1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 84 p. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Ministério da Saúde**: Brasília, 2012.

BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Análise da Estratégia Global para alimentação Saudável, atividade física e saúde. Documento realizado pelo Grupo técnico assessor instituído pela Portaria do **Ministério da Saúde** nº 596, de 8 de abril de 2004.

BUSATO, M. A.; PEDROLO, C.; GALLINA, L. S.; *et al.* Ambiente e alimentação saudável: percepções e práticas de estudantes universitários. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 2, p. 75-84, 2015.

CARMO, M. B.; TORAL, N.; SILVA, M. V.; *et al.* Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2006.

CARVALHO, P. H. B.; FILGUEIRAS, J. F.; NEVES, C. M.; *et al.* Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2013.

CASTRO, C. B.; MAGAJEWSKI, F.; LIN, J. Atitudes alimentares e autopercepção da imagem corporal em bailarinas do município de Tubarão-Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 1, p. 33-42, 2017.

CARTWRIGHT, M.; WARDLE, J.; STEGGLES, N. *et al.* Estresse e práticas alimentares em adolescentes. *Psicologia da saúde*, v. 22, n. 4, p. 362, 2003.

ÇELIK, Ç. B.; ODACI, H.; BAYRAKTAR, N. Is problematic internet use an indicator of eating disorders among Turkish university students?. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 20, n. 2, p. 167-172, 2015.

CLARO, R. M.; MAIA, E. M.; COSTA, B. V. L.; *et al.* Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00104715, 2016.

COELHO, A. B.; AGUIAR, D. R. D.; FERNANDES, E. A. Padrão de consumo de alimentos no Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 47, n. 2, p. 335-362, 2009.

CONTI, M. A.; JARDIM, A. P.; HEARST, N.; *et al.* Avaliação da equivalência semântica e consistência interna de uma versão em português do Internet Addiction Test (IAT). **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 39, n. 3, p. 106-110, 2012.

COON, K. A.; GOLDBERG, J.; ROGERS, B. L. *et al.* Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. **Pediatrics**, v. 107, n. 1, p. e7-e7, 2001.

COSTA, D. G.; CARLETO, C. T.; SANTOS, V. S.; *et al.* Qualidade de vida e atitudes alimentares de graduandos da área da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.

COSTA, M. C.; BRITO, L. L.; LESSA, I. Práticas alimentares associadas ao baixo risco cardiometabólico em mulheres obesas assistidas em ambulatórios de referência do Sistema Único de Saúde: estudo de caso-controle. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 67-78, 2014.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s332-s340, 2008.

DARMON, N.; BRIEND, A.; DREWNOWSKI, A. Energy-dense diets are associated with lower diet costs: a community study of French adults. **Public health nutrition**, v. 7, n. 1, p. 21-27, 2004.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS. 1948. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 05/02/2020.

DREWNOWSKI, A.; SPECTER, S. E. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. **The American journal of clinical nutrition**, v. 79, n. 1, p. 6-16, 2004.

DREWNOWSKI, A.; DARMON, N. Food choices and diet costs: an economic analysis. **The Journal of nutrition**, v. 135, n. 4, p. 900-904, 2005.

DUARTE, F. M.; ALMEIDA, S. D. S.; MARTINS, K. A. Alimentação fora do domicílio de universitários de alguns cursos da área da saúde de uma instituição privada. **O mundo da Saúde**, v. 37, n. 3, p. 288-298, 2013.

EATON, C. B.; McPHILLIPS, J. B.; GANS, K. M.; *et al.* Cross-sectional relationship between diet and physical activity in two southeastern New England communities. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 11, n. 4, p. 238-244, 1995.

EDDY, K. T.; TANOFSKY-KRAFF, M.; THOMPSON-BRENNER, H.; *et al.* Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and cross-sectional risk modeling. **Behaviour research and therapy**, v. 45, n. 10, p. 2360-2371, 2007.

EL ANSARI, W.; STOCK, C.; MIKOLAJCZYK, R. T. Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries-a cross-sectional study. **Nutrition journal**, v. 11, n. 1, p. 28, 2012.

EL ANSARI, W.; ADETUNJI, H.; OSKROCHI, R. Food and mental health: relationship between food and perceived stress and depressive symptoms among university students in the United Kingdom. **Central European journal of public health**, v. 22, n. 2, p. 90, 2014.

FALK, L. W.; SOBAL, J.; BISOGNI, C. A. Managing healthy eating: definitions, classifications, and strategies. **Health education & behavior**, v. 28, n. 4, p. 425-439, 2001.

FEITOSA, E. P. S.; DANTAS, C. A. O.; ANDRADE-WARTHA, E. R. S. *et al.* Hábitos alimentares de estudantes de uma universidade pública no nordeste, Brasil. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, v. 21, n. 2, p. 225-230, 2010.

FISCHER, C. G.; GARNETT, T. Plates, pyramids, planet. Developments in national healthy and sustainable dietary guidelines: a state of play assessment. **Roma e Oxford: Food & Agriculture Organization, and Food & Climate Research Network**, 2016.

FREIRE, M. C. M.; BALBO, P. L.; AMADOR, M. A.; *et al.* Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s20-s29, 2012.

FREIRE, V. A. F.; CALÁBRIA, L. K. Hábitos alimentares de universitários de um curso de Ciências Biológicas em Ituiutaba, MG. **DêCiência em Foco**, v. 2, n. 2, p. 19-30, 2018.

FRIEL, S.; WALSH, O.; MCCARTHY, D. The irony of a rich country: issues of financial access to and availability of healthy food in the Republic of Ireland. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 12, p. 1013-1019, 2006.

GABE, K. T.; JAIME, P. C. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. **Public health nutrition**, p. 1-12, 2019.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 7, p. 51-68, 1997.

GOOSSENS, L.; BRAET, C.; VLIERBERGHE, L. V. *et al.* Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, v. 17, n. 1, p. 68-78, 2009.

GILLMAN, M. W.; PINTO, B. M.; TENNSTEDT, S.; *et al.* Relationships of physical activity with dietary behaviors among adults. **Preventive medicine**, v. 32, n. 3, p. 295-301, 2001.

HARE-BRUUN, H.; NIELSEN, B. M.; KRISTENSEN, P. L.; *et al.* Television viewing, food preferences, and food habits among children: a prospective epidemiological study. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 311, 2011.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: primeiros resultados. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamentos familiares. 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf> Acesso em: 12 de dez. de 2019.

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

JIMÉNEZ, A.; BACARDÍ, M.; JONES, E. La Manzana de la Salud (Apple of Health). **Divulgare**, v. 4, p. 12-15, 1996.

KIM, J. H.; LAU, C. H.; CHEUK, K. K. *et al.* Brief report: Predictors of heavy Internet use and associations with health-promoting and health risk behaviors among Hong Kong university students. **Journal of adolescence**, v. 33, n. 1, p. 215-220, 2010.

LACONI, S.; RODGERS, R. F.; CHABROL, H. The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties. **Computers in Human Behavior**, v. 41, p. 190-202, 2014.

LANDSTRÖM, E.; HURSTI, U. K.; MAGNUSSON, M. "Functional foods compensate for an unhealthy lifestyle". Some Swedish consumers' impressions and perceived need of functional foods. **Appetite**, v. 53, n. 1, p. 34-43, 2009.

LI, J.; POWDTHAVEE, N. Does more education lead to better health habits? Evidence from the school reforms in Australia. **Social Science & Medicine**, v. 127, p. 83-91, 2015.

LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 599-610, 2016.

LINDEMANN, I. L.; REIS, N. R.; MINTEM, G. C.; *et al.* Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 45-52, 2019.

LIU, C.; XIE, B.; CHOU, C., *et al.* Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of China Seven Cities. **Physiology & behavior**, v. 92, n. 4, p. 748-754, 2007.

LLOYD-RICHARDSON, E. E.; LUCERO, M. L.; DIBELLO, J. R.; *et al.* The relationship between alcohol use, eating habits and weight change in college freshmen. **Eating behaviors**, v. 9, n. 4, p. 504-508, 2008.

LÓPEZ, M. J. O.; APONTE, E. A.; GUINDO, P. N.; *et al.* Evaluación nutricional de una población universitaria. **Nutrición Hospitalaria**, v. 21, n. 2, p. 179-183, 2006.

LÓPEZ-AZPIAZU, I.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A.; Kearney, J.; *et al.* Perceived barriers of, and benefits to, healthy eating reported by a Spanish national sample. **Public health nutrition**, v. 2, n. 2, p. 209-215, 1999.

LOPRINZI, P. D.; SMIT, E.; MAHONEY, S. Physical activity and dietary behavior in US adults and their combined influence on health. In: Mayo **Clinic Proceedings**. Elsevier, p. 190-198, 2014.

MACIEL, E. S.; SONATI, J. G.; MODENEZE, D. M.; *et al.* Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física em comunidade universitária brasileira. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 6, p. 707-718, 2012.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 1, p. 39-47, 2008.

MARINHO, M. C. S.; HAMANN, E. M.; LIMA, A. C. C. F. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 3, p. 251-261, 2007.

MATTOS, L. L.; MARTINS, I. S. Consumo de fibras alimentares em população adulta. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 50-55, 2000.

MENASCHE, R. Saberes e sabores da colônia: alimentação e cultura como abordagem para o estudo do rural. Porto Alegre: **Editora da UFRGS**, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil: IMC em adultos, 2008. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/artigos/804-imc/40509-imc-em-adultos>. Acesso em: 15/03/2020.

MONTEIRO, M. R. P.; ANDRADE, M. L. O.; ZANIRATI, V. F. *et al.* Hábito e consumo alimentar de estudantes de uma universidade pública brasileira. **Revista de APS**, v. 12, n. 3, 2009.

MORATOYA, E. E.; CARVALHAES, G. C.; WANDER, A. E.; *et al.* Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo. **Revista de Política agrícola**, v. 22, n. 1, p. 72-84, 2013.

MOREIRA, P.; SANTOS, S.; PADRÃO, P.; *et al.* Food patterns according to sociodemographics, physical activity, sleeping and obesity in Portuguese children. **International journal of environmental research and public health**, v. 7, n. 3, p. 1121-1138, 2010.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE; ALCOHOLISM (US). Helping Patients who Drink Too Much: A Clinician's Guide: Updated 2005 Edition. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007.

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Organização Mundial de Saúde – OMS. Dados de referência de crescimento para 5-19 anos. 2007. Disponível em: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html. Acesso em: 15/03/2020.

OMS Dieta Saudável. **Visão Global 2018** acessado em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

OMS Riscos globais para a saúde: mortalidade e ônus da doença atribuíveis aos principais riscos selecionados. **Genebra: Organização Mundial da Saúde**; 2009.

OLIVEIRA, N. R. F.; JAIME, P. C. O encontro entre o desenvolvimento rural sustentável e a promoção da saúde no Guia Alimentar para a População Brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 1108-1121, 2016.

OLIVER, G.; WARDLE, J. Perceived effects of stress on food choice. **Physiology & behavior**, v. 66, n. 3, p. 511-515, 1999.

PATE, R. R.; TROST, S. G.; LEVIN, S. Sports participation and health-related behaviors among US youth. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v. 154, n. 9, p. 904-911, 2000.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 723-734, 2013.

PENAFORTE, F. R. O.; MATTA, N. C.; JAPUR, C. C. Association between stress and eating behavior in college students. **Demetra: Food, Nutrition & Health**, v. 11, n. 1, p. 225-238, 2016.

PNS- PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2013.

POULAIN, J. P. The contemporary diet in France: “de-structuration” or from commensalism to “vagabond feeding”. **Appetite**, v. 39, n. 1, p. 43-55, 2002.

PROENÇA, R. P. C. Alimentação e globalização: algumas reflexões. **Ciência e Cultura**, v. 62, n. 4, p. 43-47, 2010.

PETROVICI, D. A.; RITSON, C. Factors influencing consumer dietary health preventative behaviours. **BMC Public Health**, v. 6, n. 1, p. 222, 2006.

PRONK, N. P.; ANDERSON, L. H., CRAIN, A. L. *et al.* Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors: prevalence, clustering, and predictors among

adolescent, adult, and senior health plan members. **American journal of preventive medicine**, v. 27, n. 2, p. 25-33, 2004.

PIRES, R.; PINTO, J.; SANTOS, G. *et al.* Rastreamento da frequência de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na Universidade Positivo. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 2, p. 115-123, 2010.

RANGEL-S, M. L.; LAMEGO, G; GOMES, A. L. C. Alimentação saudável: acesso à informação via mapas de navegação na internet. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 919-939, 2012.

RICCI, C.D; EVANGELISTA, C. Comportamento alimentar de estudantes de medicina de uma faculdade privada do interior de São Paulo. In: Congresso Nacional de Iniciação Científica (14º CONIC--SEMESP), 2014, São Paulo. **Anais do Congresso Nacional de Iniciação Científica. São Paulo: UNICID**, 2014.10p

RODRIGUES, B.; CARRAÇA, E. O Papel da Atividade Física na Regulação das Motivações para a Alimentação e dos Hábitos Alimentares. **Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física**, n. 41, p. 41-57, 2018.

ROSÁRIO, A. M. M. Avaliação de instrumentos que investigam abuso de álcool e outras drogas em adolescentes: revisão de literatura. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SALMON, J.; CAMPBELL, K. J.; CRAWFORD, D. A. Television viewing habits associated with obesity risk factors: a survey of Melbourne schoolchildren. **Medical journal of Australia**, v. 184, n. 2, p. 64-67, 2006.

SANTOS, L. A. S. Os programas de emagrecimento na Internet: um estudo exploratório. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 353-372, 2007.

SCHERER, F. C.; MARTINS, C. R.; PELEGRINI, A., *et al.* Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 198-202, 2010.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; *et al.* Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **UFPEL** 2011.

Santos, E. A.; Pereira, F. B. Conhecimento sobre suplementos alimentares entre praticantes de exercício físico. **RBNE- Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 11, n. 62, p. 134-140, 2017.

SECCHI, K.; CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 229-236, 2009.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; CARDOSO, H. Porque comemos o que comemos: Determinantes psicossociais da seleção alimentar. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 9, n. 2, p. 189-208, 2008.

SOUSA, T. F.; JOSÉ, H. P. M.; BARBOSA, A. R. Condutas negativas à saúde em estudantes universitários brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3563-3575, 2013.

SOUZA, E. B. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Caderno UNIFOA, Volta Redonda**, Ano V, n. 13, agosto 2010. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/caderno/edicao/13/49.pdf>

SICHERI, R.; CASTRO, J. F. G.; MOURA, A. S. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. **Cadernos de saúde pública**, v. 19, p. S47-S53, 2003.

STIPP, L.M.; Oliveira, M.R. Imagem corporal e atitudes alimentares: diferenças entre estudantes de nutrição e de psicologia. **Saúde em Revista**. Vol. 5, Num. 9, p.47-51. 2003.

STROEBELE, N.; CASTRO, J. M. Television viewing is associated with an increase in meal frequency in humans. **Appetite**, v. 42, n. 1, p. 111-113, 2004.

TORAL, N.; SLATER, B.; CINTRA, I. P.; *et al.* Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. **Revista de Nutrição, Campinas**, v. 19, n. 3, p. 331-34, 2006.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1641-1650, 2007.

TUCKER, M.; REICKS, M. Exercise as a gateway behavior for healthful eating among older adults: an exploratory study. **Journal of nutrition education and behavior**, v. 34, p. S14-S19, 2002.

YEOMANS, M. R. Short term effects of alcohol on appetite in humans. Effects of context and restrained eating. **Appetite**, v. 55, n. 3, p. 565-573, 2010.

WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. **Geneva: World Health Organization**, 2014.

WHO. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. **Geneva: World Health Organization**, 2018a.

WHO. World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, **Sustainable Development Goals. Geneva**, 2018b.

WHO. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. **Geneva: World Health Organization**, 2018c.

VAN DER HORST, Klazine et al. Uma revisão sistemática de correlatos ambientais de comportamentos alimentares relacionados à obesidade em jovens. **Pesquisa em educação em saúde**, v. 22, n. 2, p. 203-226, 2007.

VIEIRA, V. C. R.; PRIORE, S. E.; RIBEIRO, S. M. R. *et al.* Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 3, p. 273-282, 2002.

VIGITEL BRASIL 2017. Vigilância De Fatores De Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf> Acesso em julho de 2018.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of affective disorders**, v. 155, p. 104-109, 2014.

ZARINI, G. G.; VACCARO, J. A.; TERRIS, M. A. C. *et al.* Lifestyle behaviors and self-rated health: the living for health program. **Journal of environmental and public health**, v. 2014, 2014.

ZELLNER, D. A.; LOAIZA S.; GONZALEZ, Z.; *et al.* Food selection changes under stress. **Physiology & behavior**, v. 87, n. 4, p. 789-793, 2006.

ZHENG, H.; LENARD, N. R.; SHIN, A. C.; *et al.* Appetite control and energy balance regulation in the modern world: reward-driven brain overrides repletion signals. **International journal of obesity**, v. 33, n. S2, p. S8, 2009.

APÊNDICES

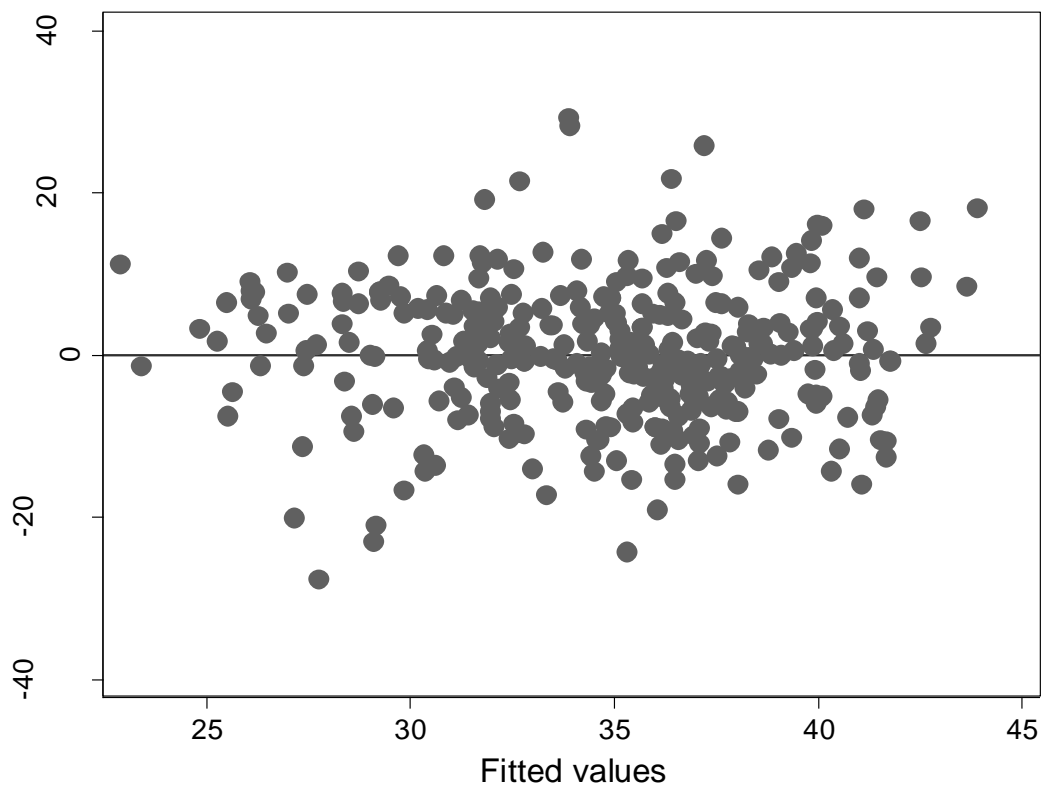
Apêndice A – Distribuição de frequência do somatório de escore das práticas alimentares dos universitários avaliados

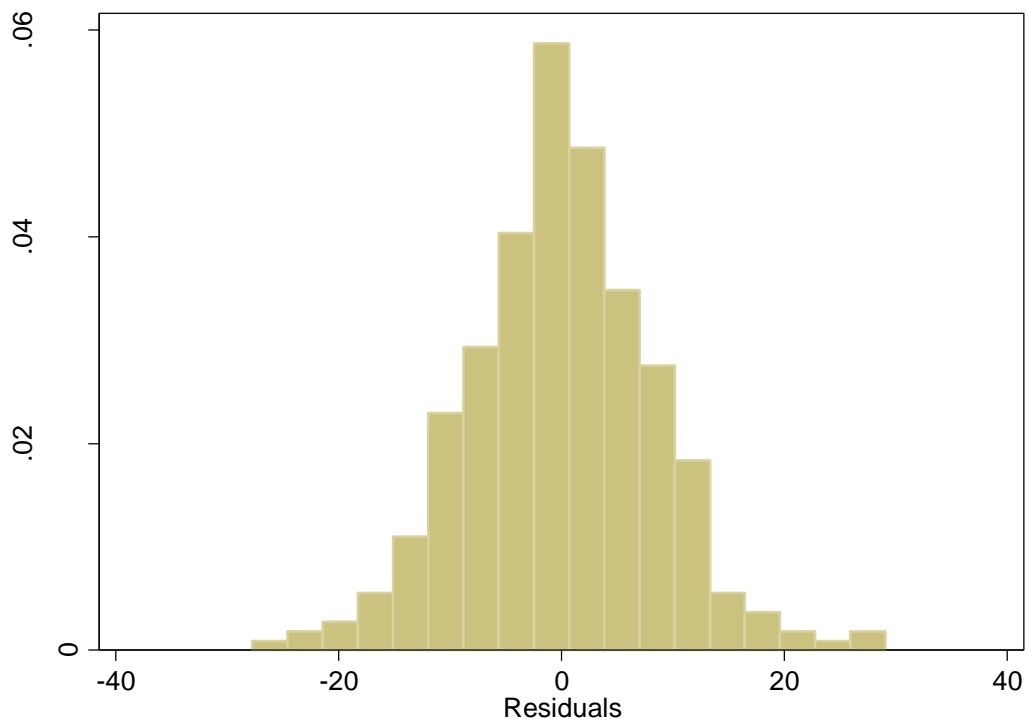
Apêndice B - Gráfico de outliers, homocedasticidade e linearidade.

Apêndice C - Histograma modelo final.

Apêndice A – Distribuição de frequência do somatório de escore das práticas alimentares dos universitários avaliados

Pontuação	Frequência	Percentual (%)
0	1	0,28
6	1	0,28
7	1	0,28
8	1	0,28
11	1	0,28
13	1	0,28
16	3	0,84
17	2	0,56
18	2	0,56
19	2	0,56
20	2	0,56
21	3	0,84
22	5	1,40
23	7	1,97
24	6	1,69
25	9	2,53
26	8	2,25
27	12	3,37
28	7	1,97
29	13	3,65
30	10	2,81
31	23	6,46
32	15	4,21
33	21	5,90
34	17	4,78
35	24	6,74
36	22	6,18
37	1	0,28
38	14	3,93
39	17	4,78
40	11	3,09
41	13	3,65
42	11	3,09
43	7	1,97
44	11	3,09
45	2	0,56
46	4	1,12
47	5	1,40
48	3	0,84
49	2	0,56
50	1	0,28
51	5	1,40
52	4	1,12
53	2	0,56
54	2	0,56
55	1	0,28
56	2	0,56
58	1	0,28
59	2	0,56
62	2	0,56
63	2	0,56
Total	356	100

Apêndice B - Gráfico de outliers, homocedasticidade e linearidade.

Apêndice C - Histograma modelo final.

ANEXOS

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

ANEXO 2 – Questionário socioeconômico, hábitos de vida, condições de saúde e de avaliação dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão entre estudantes universitários no primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto.

ANEXO 3 – Escala desenvolvida por Gabe e Jaime (2019) para avaliar as práticas alimentares saudáveis de indivíduos adultos.

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Sintomas de transtorno de ansiedade e depressão entre estudantes universitários de Minas Gerais: prevalência e fatores associados” que tem como pesquisadora responsável a professora Adriana Lúcia Meireles. A ansiedade e a depressão são transtornos mentais comuns entre estudantes universitários, porém pouco se conhece sobre sua distribuição e sua relação com os comportamentos desse público. Portanto, objetiva-se conhecer a prevalência desses transtornos e investigar seus fatores associados entre estudantes universitários de Minas Gerais. O motivo que nos leva a fazer este estudo é a crescente observação de um elevado número de estudantes universitários apresentarem sintomas de transtorno de ansiedade e depressão durante a vida acadêmica. Caso você concorde em participar, você responderá um questionário composto por perguntas socioeconômicas, hábitos de vida, condições de saúde, vivências acadêmicas, suporte social, qualidade de vida, resiliência e um questionário definido como uma medida de auto avaliação dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse. O tempo para respostas será em média de 40 minutos. Não haverá gravação de voz e/ou imagem. Você poderá interromper a pesquisa e retornar a qualquer momento ou desistir de participar sem que lhe cause prejuízo. Caso aceite participar, todas as informações obtidas serão confidenciais e sua divulgação científica ocorrerá de forma coletiva e nunca individualmente. Durante o preenchimento dos questionários a previsão de riscos é mínima e poderão incluir: incômodo ao responder alguma pergunta, desconforto ou constrangimento dos participantes no momento da aplicação dos questionários ou desconfortos pelo tempo gasto durante a coleta de dados. Os dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa por um período de cinco anos. Nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Em caso de dúvida, entre em contato conosco ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto.

Comitê de Ética em Pesquisa: (31) 3559-1367

Prof. Adriana Lúcia Meireles: (31) 3559-1838 *Adriana Lúcia Meireles*
(adriana.meireles@ufop.edu.br)

Mestranda Waléria de Paula: (31) 994772867 *Waléria de Paula*
(waleria.paula@aluno.ufop.edu.br)

Declaro que fui convenientemente esclarecido, entendi o que me foi explicado, e concordo em participar da presente Pesquisa.

Data ___/___/_____

Assinatura

ANEXO 2 – Questionário socioeconômico, hábitos de vida, condições de saúde e de avaliação dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão entre estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto.

Prezado (a) aluno (a),

Este questionário tem como objetivo conhecer os aspectos socioeconômicos e de saúde, hábitos de vida, vida acadêmica, episódios de violência, qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão, resiliência e suporte social.

ATENÇÃO: A veracidade das respostas é de extrema necessidade e é indispensável para o sucesso do estudo. Portanto, por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta!

Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais e utilizados apenas para fins de pesquisa!

Data: ___ / ___ / ___

001. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

(Nesse módulo do questionário serão abordadas questões referentes ao seu vínculo atual com a Universidade que frequenta)

1.1. Número de matrícula: _____ Curso: _____

1.2. Em qual Instituição de Ensino Superior você está matriculado (a)?

1- UFOP

5- UFJF

2- UFMG

6- UFSJ (São João del Rei)

3- UFTM

7- UFSJ (Divinópolis)

4- UFLA

1.3. Qual ano e semestre que você ingressou na Universidade? _____

1.4. Considerando a maioria das disciplinas em que você se encontra matriculado (a), qual o período que você cursa atualmente? _____

1.5. Como se deu seu ingresso na Universidade ou no curso atual que você frequenta?

1- Pela nota obtida na prova do ENEM/ SISU

4- Por obtenção de novo título

2- Por prova de vestibular seriado

5- Por transferência de outra universidade

3- Por reopção de curso na própria universidade

6- Outro: _____

002. CARACTERÍSTICAS GERAIS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

(Nesse módulo do questionário serão abordadas questões referentes às suas características gerais e individuais, bem como sobre suas condições socioeconômicas e de sua família)

2.1. Qual a sua data de nascimento? ____ / ____ / ____

2.2. Qual a sua naturalidade (*Cidade onde nasceu*)? _____ Estado: _____

2.3. Qual sua cidade de origem? (*Considere cidade de origem aquela que você vive ou viveu com seus pais/responsáveis*): _____ Estado: _____

2.4. Em relação à raça/cor, como você se considera?

- () 1- Branco () 3- Pardo () 5- Negro () 7- Outro: _____
 () 2- Amarelo () 4- Mulato () 6- Indígena

2.5. Qual o seu sexo biológico?

- () 1- Feminino () 2- Masculino

2.6. Qual a sua identidade de gênero?

- () 1-Cisgênero (*indivíduo que se identifica, em todos os aspectos, ao seu sexo no momento do nascimento*)
 () 2-Transgênero e/ou Transexual (*indivíduo que se identifica com um gênero diferente daquele que corresponde ao seu sexo no momento do nascimento*)

2.7. Qual a sua orientação sexual?

- () 1- Homossexual () 2- Heterossexual () 3- Bissexual () 4- Assexual

2.8. Qual é o seu estado civil?

- () 1- Solteiro(a) () 4- Viúvo(a)
 () 2- Casado(a) () 5- Divorciado(a)
 () 3- União estável () 6- Outro: _____

2.9. Você tem filhos?

- () 1- Não () 2- Sim. Quantos? _____

2.10. Levando em consideração a casa de seus pais/responsáveis, qual é o grau de instrução do (a) chefe da família? (*Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio*).

- () 1- Analfabeto () 6- Médio incompleto
 () 2- Fundamental I incompleto () 7- Médio completo
 () 3- Fundamental I completo () 8- Superior incompleto
 () 4- Fundamental II incompleto () 9- Superior completo
 () 5- Fundamental II completo

2.11. Qual a renda bruta mensal do (a) chefe da família?

- () 1- Menos de 1 salário mínimo (menos de R\$ 998,00)
 () 2- De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 998,00 – 1.996,00)
 () 3- De 2 a 3 salários mínimos (R\$ 1.996,00 – 2.994,00)
 () 4- De 3 a 4 salários mínimos (R\$ 2.994,00 – 3.992,00)
 () 5- Mais de 4 salários mínimos (mais de R\$ 3.992,00)

2.12. Qual é a renda bruta mensal somando todos os membros da sua família?

- () 1- Menos de 1 salário mínimo (menos de R\$ 998,00)
 () 2- De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 998,00 – 1.996,00)
 () 3- De 2 a 3 salários mínimos (R\$ 1.996,00 – 2.994,00)
 () 4- De 3 a 4 salários mínimos (R\$ 2.994,00 – 3.992,00)
 () 5- Mais de 4 salários mínimos (mais de R\$ 3.992,00)

2.13. Você depende dos seus pais/ responsáveis ou familiares financeiramente?

- 1- Não 2- Sim

2.14. Você trabalha? Se sim, qual a sua renda bruta mensal?

- 1- Não trabalho
 2- Menos de 1 salário mínimo (menos de R\$ 998,00)
 3- De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 954,00 – 1.996,00)
 4- De 2 a 3 salários mínimos (R\$ 1.996,00 – 2.994,00)
 5- De 3 a 4 salários mínimos (R\$ 2.994,00 – 3.992,00)
 6- Mais de 4 salários mínimos (mais de R\$ 3.992,00)

2.15. Você recebe algum tipo de auxílio financeiro da sua Universidade? *(Se necessário assinale mais de uma alternativa).*

- 1- Não 5- Sim, bolsa alimentação
 2- Sim, bolsa permanência/ auxílio moradia 6- Sim, bolsa de projetos de extensão
 3- Sim, bolsa iniciação científica 7- Sim, bolsa pró ativa
 4- Sim, bolsa de monitoria 8- Sim, outra: _____

2.16. O dinheiro que você recebe por mês (seja dos pais/ responsáveis, pensão, trabalho, bolsas ou quaisquer outros meios) supre todas as suas despesas?

- 1- Não 2- Sim 3- Às vezes

2.17. Em relação a sua moradia atual, como você mora? *(Considere moradia atual, aquela em que você reside a maior parte da semana).*

- 1- Sozinho(a) 7- Divido apartamento/casa com outras pessoas
 2- Com meus pais (pai e mãe) 8- Em pensão/hotel/hostel/pousada
 3- Com meu pai 9- Em república federal
 4- Com minha mãe 10- Em república particular
 5- Na casa de um outro familiar/parente 11- Em alojamento estudantil
 6- Com o/a cônjuge/parceiro(a) e/ou filho(a)(s) 12- Outro: _____

2.18. Caso more em república particular ou federal, a qual parte da hierarquia você pertence?

- 1- Não resido em república 4- Veterano(a)/ Decano(a)
 2- Novato(a)/ Calouro(a)/ Bixo 5- Morador(a) temporário(a)/ Agregado(a)
 3- Morador(a)

2.19. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa (considerando a moradia atual, aquela em que você reside a maior parte da semana)?

- 1- 1 pessoa 4- 4 pessoas 7- 7 pessoas 10- Mais de 9 pessoas
 2- 2 pessoas 5- 5 pessoas 8- 8 pessoas
 3- 3 pessoas 6- 6 pessoas 9- 9 pessoas

2.20. Caso você não more atualmente com seus pais/responsáveis, com qual frequência você os visita?

- 1- Resido com os meus pais 5- Uma vez por mês
 2- Todos os dias 6- Somente nos feriados prolongados
 3- Ao menos uma vez por semana 7- Somente nas férias
 4- A cada quinze dias 8- Nunca visito os meus pais

2.21. Qual a sua preferência de crença?

- 1- Não tenho 3- Espírita 5- Orientais/budismo 7- Afro-brasileira
 2- Católica 4- Evangélica ou Protestante 6- Judaica 8- Outra: _____

2.22. Você pratica a sua crença?

- 1- Não tenho crença 4- Frequento em média duas vezes por mês
 2- Não frequento, porém oro/ rezo/ acredito 5- Frequento em média quatro vezes por mês
 3- Frequento menos que uma vez por mês 6- Frequento duas vezes por semana ou mais

003. HÁBITOS DE VIDA

(Nesse módulo do questionário serão abordadas questões sobre seus hábitos de vida, tais como uso de bebidas alcoólicas, cigarros e outras drogas, bem como atividades físicas e de lazer que você realiza e sua alimentação)

Uso de bebida alcoólica

3.1. Com que frequência você costuma consumir alguma bebida alcoólica?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1- Não faço uso de bebida alcoólica | <input type="checkbox"/> 6- De 3 a 4 vezes por semana |
| <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 2 vezes ao mês | <input type="checkbox"/> 7- De 4 a 5 vezes por semana |
| <input type="checkbox"/> 3- De 2 a 3 vezes ao mês | <input type="checkbox"/> 8- De 5 a 6 vezes por semana |
| <input type="checkbox"/> 4- De 1 a 2 vezes por semana | <input type="checkbox"/> 9- Todos os dias da semana |
| <input type="checkbox"/> 5- De 2 a 3 vezes por semana | |

3.2. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica consome? *(Considere 1 dose de bebida alcoólica como 1 lata de cerveja de 330mL, 1 taça de vinho de 100mL ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada de 30mL).*

_____ Doses

3.3. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? *(Considere 5 doses de bebida alcoólica como 5 latas de cerveja de 330mL cada, 5 taças de vinho de 100mL cada ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada de 30mL cada).*

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1- Não | <input type="checkbox"/> 2- Sim |
|---------------------------------|---------------------------------|

Uso de cigarros, produtos do tabaco (charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarros de cravo (ou de Bali) e narguilé) e outras drogas.

3.4. Atualmente você fuma cigarro ou algum outro produto do tabaco?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1- Não fumo | <input type="checkbox"/> 4- Fumo de 5 a 6 vezes por semana |
| <input type="checkbox"/> 2- Fumo de 1 a 2 vezes por semana | <input type="checkbox"/> 5- Fumo diariamente |
| <input type="checkbox"/> 3- Fumo de 3 a 4 vezes por semana | |

3.5. No passado, você já fumou algum produto do tabaco?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1- Nunca fumei | <input type="checkbox"/> 4- Já fumei de 5 a 6 vezes por semana |
|---|--|

2- Já fumei de 1 a 2 vezes por semana 5- Já fumei diariamente

3- Já fumei de 3 a 4 vezes por semana

3.6. No dia em que você faz/fez uso de cigarros ou outros produtos do tabaco, em média quantas unidades você fuma/fumou em um dia?

1- De 1 a 2 unidades

4- De 4 a 5 unidades

2- De 2 a 3 unidades

5- De 5 a 6 unidades

3- De 3 a 4 unidades

6- Mais de 6 unidades

3.7. Você já fez uso de alguma droga listada abaixo?

Maconha, haxixe, Skank, THC	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente
Heroína	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente
Estimulantes do sist. Nervoso central (ex. ritalina-metilfenidato)	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente
Opiáceos (ex. fentanil, sulfentanil)	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente
Anestésicos (ex. cetamina)	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente
Cocaína	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente
Crack	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente
Anabolizantes	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente
Inalantes e Solventes (ex. Loló, cola)	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente

Alucinógenos (ex. LSD, cogumelo)	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalmente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalmente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente
Excstasy, bala, doce, MDMA, molly, droga do	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalmente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalmente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente

3.8. Consumo de drogas listadas no item 3.7. ocorreu após o ingresso na universidade?

- 1- Nunca fiz uso de drogas 3- Sim
 2- Não

3.9. O consumo de drogas listadas no item 3.7. se intensificou após o ingresso na Universidade?

- 1- Nunca fiz uso de drogas 3- Sim
 2- Não

Atividades de Lazer

3.10. Quando está em casa, o que você costuma fazer no seu tempo livre, ou seja, quando não se encontra em aulas ou trabalhando? (*Marque a opção que seja mais frequente no seu dia a dia*).

- 1- Assisto filmes e séries 4- Leio livros
 2- Pratico esporte/ atividade física 5- Faço uso de redes sociais
 3- Estudo o conteúdo das disciplinas que curso 6- Outros: _____

3.11. No seu tempo livre, ou seja, quando não se encontra em aulas ou trabalhando, você costuma sair?

- 1- Não 4- Sim saio com amigos
 2- Sim, saio sozinho 5- Sim, saio com família
 3- Sim, saio com namorado (a) 6- Outro

3.12 Você tem o costume de ir às festas universitárias (rock, calourada, social)?

- 1- Não 2- Sim

3.13. Com que frequência você vai às festas universitárias (rock, calourada, social)?

- 1- Nunca 4- Vou duas vezes na semana
 2- Vou menos que uma vez por mês 5- Vou três ou mais vezes na semana
 3- Vou uma vez na semana 6- Todos os dias da semana

Exercício físico e comportamento sedentário

3.14. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (*Não considere fisioterapia*).

- 1- Não 2- Sim

3.15. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?

- 1- Não pratico exercício físico/esporte 4- De 5 a 6 dias da semana
 2- De 1 a 2 dias da semana 5- Todos os dias da semana
 3- De 3 a 4 dias da semana

3.16. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- 1- Não pratico exercício físico/esporte 5- Entre 30 e 39 minutos
 2- Menos de 10 minutos 6- Entre 40 e 49 minutos

() 3- Entre 10 e 19 minutos

() 7- Entre 50 e 59 minutos

() 4- Entre 20 e 29 minutos

() 8- 60 minutos ou mais

3.17. Onde você costuma praticar exercício físico/esporte?

() 1- Não pratico exercício físico

() 5- Na rua (exemplo: caminhada/ corrida)

() 2- Em uma academia/ studio particular

() 6- Nas dependências da Universidade

() 3- Na academia da saúde (pública)

() 7- Em casa

() 4- Em academias ao ar livre da cidade

() 8- Em matérias eletivas ou facultativas que a própria universidade oferece

3.18. No seu tempo livre, ou seja, quando não encontra-se estudando ou trabalhando, quanto tempo (em horas) você se dedica ao uso de:

	Não utilizo	Menos de 1h	Entre 1 e 2h	Entre 2 e 3h	Entre 3 e 4h	Entre 4 e 5h	Entre 5 e 6h	Mais de 6h
Celular	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()	7- ()	8- ()
Televisão	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()	7- ()	8- ()
Computador	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()	7- ()	8- ()
Tablet	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()	7- ()	8- ()

3.19. Marque a alternativa que melhor reflete o quanto as afirmações abaixo ocorrem no seu cotidiano.

	Raramente	As vezes	Frequentemente	Geralmente	Sempre	Não se aplica
3.19.1. Com que frequência você acha que passa mais tempo on-line do que pretendia?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.2. Com que frequência você negligencia as tarefas domésticas para passar mais tempo on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.3. Com que frequência você prefere a emoção da internet à intimidade com seu/sua parceiro(a)?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.4. Com que frequência você constrói novos relacionamentos com amigos usuários on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.5. Com que frequência outras pessoas em sua vida se queixam da quantidade de tempo que você passa on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.6. Com que frequência suas notas ou tarefas da escola sofrem por causa da quantidade de tempo que você passa on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.7. Com que frequência você checa seu e-mail antes de qualquer outra coisa que você precise fazer?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.8. Com que frequência seu desempenho ou produtividade no trabalho sofre por causa da internet?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.9. Com que frequência você fica na defensiva ou guarda segredo quando alguém lhe pergunta o que você faz on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()

3.19.10. Com que frequência você bloqueia pensamentos perturbadores sobre sua vida com pensamentos leves da internet?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.11. Com que frequência você se pega pensando em quando você vai entrar on-line novamente?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.12. Com que frequência você teme que a vida sem a internet seria chata, vazia e sem graça?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.13. Com que frequência você estoura, grita ou se mostra irritado(a) se alguém lhe incomoda enquanto você está on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.14. Com que frequência você dorme pouco por ficar navegando até tarde da noite?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.15. Com que frequência você se sente preocupado(a) com a internet quando está offline ou fantasia que está on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.16. Com que frequência você se pega dizendo “só mais alguns minutos” quando está on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.17. Com que frequência você tenta diminuir a quantidade de tempo que fica on-line e não consegue?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.18. Com que frequência você tenta esconder quanto tempo você está on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.19. Com que frequência você opta por passar mais tempo on-line em vez de sair com outras pessoas?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.20. Com que frequência você se sente deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando está offline, e esse sentimento vai embora assim que você volta a se conectar?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()

Alimentação e Nutrição

3.20. Marque a alternativa que reflete o quanto você concorda ou discorda das afirmações abaixo:

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
3.20.1. Costumo comer fruta no café da manhã	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.2. Na minha casa é comum usarmos farinha de trigo integral	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.3. Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.4. Costumo planejar as refeições que farei no dia	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.5. Costumo levar algum alimento comigo para caso eu sinta fome ao longo do dia	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.6. Quando escolho frutas, legumes e verduras, dou preferência para aqueles que são orgânicos	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()

3.20.7. Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.8. Quando eu faço pequenos lanches ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.9. Procuro realizar as refeições com calma	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.10. Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.11. Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.12. Costumo participar do preparo dos alimentos na minha casa	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.13. Costumo fazer minhas refeições sentado(a) à mesa	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.14. Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (almoço e jantar)	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.15. Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.16. Costumo fazer as refeições na minha mesa de trabalho ou estudo	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.17. Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.18. Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.19. Costumo trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.20. Costumo beber refrigerante	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.21. Tenho o hábito de 'beliscar' no intervalo entre as refeições	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.22. Costumo frequentar restaurantes fast-food ou lanchonetes	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.23. Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.24. Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas.	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()

004. CONDIÇÕES DE SAÚDE

(Nesse módulo do questionário serão abordadas questões referentes à sua saúde, bem como o uso de medicamentos)

Aspectos gerais de saúde e qualidade do sono

4.1. Qual é o seu peso atual? (Caso você não saiba o seu peso exato, preencha com um valor aproximado).
_____Kg.

4.2. Qual a sua altura atual? (Caso você não saiba a sua altura exata, preencha com um valor aproximado).
_____metros.

4.3. Em geral, como você avalia sua saúde?

() 1- Muito boa

() 3- Regular

() 5- Muito ruim

() 2- Boa

() 4- Ruim

4.4. Possui histórico de depressão em parentes de primeiro ou de segundo grau? (Considere parentes de primeiro grau: pai, mãe e filho (a) e de segundo grau: Irmão (ã), avô e avó).

() 1- Não

() 2- Sim. Qual parente? _____

() 3- Não sei informar

4.5. Possui histórico de ansiedade em parentes de primeiro ou de segundo grau? (Considere parentes de primeiro grau: pai, mãe e filho (a) e de segundo grau: Irmão (ã), avô e avó).

() 1- Não () 2- Sim. Qual parente? _____ () 3- Não sei informar

4.6. Você faz algum acompanhamento psicológico com psicólogo, terapeuta ou psiquiatra?

() 1- Não () 3- Sim, acompanhamento / terapia em grupo
() 2- Não, mas já fiz no passado () 4- Sim, acompanhamento / terapia individual

4.7. Leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e marque o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto a afirmação se aplicou a você **durante a última semana**, conforme a indicação:

0 - Não se aplicou de maneira alguma.

1 - Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo.

2 - Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo.

3 - Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo.

4.7.1. Achei difícil me acalmar	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.2. Senti minha boca seca	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.7. Senti tremores (ex. nas mãos)	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.8. Senti que estava sempre nervoso	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.9. Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.10. Senti que não tinha nada a desejar	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.11. Senti-me agitado	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.12. Achei difícil relaxar	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.13. Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.15. Senti que ia entrar em pânico	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.16. Não consegui me entusiasmar com nada	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.17. Senti que não tinha valor como pessoa	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.19. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.20. Senti medo sem motivo	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4.7.21. Senti que a vida não tinha sentido	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()

Uso de Medicamentos

4.8. Você faz uso contínuo de medicamento para algum tipo de doença crônica?

() 1- Não faço uso contínuo de medicamentos () 5- Sim, medicamento para doença autoimune
() 2- Sim, medicamento para diabetes () 6- Sim, medicamento para doença respiratória
() 3- Sim, medicamento para hipertensão () 7- Sim, medicamento para doença cardiovascular
() 4- Sim, medicamento para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS () 8- Sim, medicamento para outra doença, como: _____

4.9. Você tem o hábito de utilizar medicamentos para dores agudas, como cólicas, dores de cabeça, dores musculares, entre outras?

() 1- Não

() 2- Sim

4.10. Abaixo você irá responder questões sobre o uso de alguns medicamentos psicotrópicos:

Nome do medicamento	4.10.1. Já fez ou faz uso desse medicamento?	4.10.2. Você recebeu orientação de como utilizá-lo?	4.10.3. Quanto tempo você utiliza esse medicamento?	4.10.4. Você já deixou de tomar esse medicamento nos últimos 7 dias? Por qual motivo?	4.10.5. Já apresentou efeito colateral ao utilizar esse medicamento?
Fluoxetina	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo: _____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?
Sertralina	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo: _____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?
Amitriptilina	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo: _____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?

Paroxetina	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo: _____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?
Fluvoxamina	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo: _____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?
Clonazepam	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo: _____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?
Alprazolam	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo: _____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?

Citalopram	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo:_____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?
Diazepam	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo:_____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?
Fenobarbital	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo:_____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?
Morfina	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo:_____	() 1- Não () 2- Sim. Quais?
	() 1- Não Passe				() 1- Não

Codeína	<p>para o próximo medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria-</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, médico</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia</p> <p><input type="checkbox"/> 5- Sim, outros</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral)</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar</p> <p><input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso</p> <p><input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais?</p>
Metilfenidato	<p>para o próximo medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria-</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, médico</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia</p> <p><input type="checkbox"/> 5- Sim, outros</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral)</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar</p> <p><input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso</p> <p><input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais?</p>
Medicamento 1- Nome: _____	<p>para o próximo medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria-</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, médico</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia</p> <p><input type="checkbox"/> 5- Sim, outros</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral)</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar</p> <p><input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso</p> <p><input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais?</p>
Medicamento 2- Nome: _____	<p>para o próximo medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria-</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, médico</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia</p> <p><input type="checkbox"/> 5- Sim, outros</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral)</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar</p> <p><input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso</p> <p><input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais?</p>

<p>Medicamento 3- Nome: _____ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não Passe para o próximo medicamento <input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado <input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica <input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria- <input type="checkbox"/> 2- Sim, médico <input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico <input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia <input type="checkbox"/> 5- Sim, outros</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar <input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) <input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar <input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso <input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais?</p>
<p>Medicamento 4- Nome: _____ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não Passe para o próximo medicamento <input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado <input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica <input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria- <input type="checkbox"/> 2- Sim, médico <input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico <input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia <input type="checkbox"/> 5- Sim, outros</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar <input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) <input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar <input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso <input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais?</p>

ANEXO 3 – Escala desenvolvida por Gabe e Jaime (2019) para avaliar as práticas alimentares saudáveis de indivíduos adultos.

Alimentação e Nutrição				
Marque a alternativa que reflete o quanto você concorda ou discorda das afirmações abaixo:				
	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Costumo comer fruta no café da manhã	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
2. Na minha casa é comum usarmos farinha de trigo integral	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3. Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
4. Costumo planejar as refeições que farei no dia	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
5. Costumo levar algum alimento comigo para caso eu sinta fome ao longo do dia	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
6. Quando escolho frutas, legumes e verduras, dou preferência para aqueles que são orgânicos	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
7. Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
8. Quando eu faço pequenos lanches ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
9. Procuro realizar as refeições com calma	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
10. Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
11. Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
12. Costumo participar do preparo dos alimentos na minha casa	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
13. Costumo fazer minhas refeições sentado(a) à mesa	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
14. Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (almoço e jantar)	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
15. Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
16. Costumo fazer as refeições na minha mesa de trabalho ou estudo	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
17. Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
18. Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
19. Costumo trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
20. Costumo beber refrigerante	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
21. Tenho o hábito de 'beliscar' no intervalo entre as refeições	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
22. Costumo frequentar restaurantes fast-food ou lanchonetes	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
23. Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
24. Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()