

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

GRAZIELA SABINO LUBASE

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES DE ESCOLAS
PÚBLICA E PRIVADA NO MUNICÍPIO DE CARIACICA**

VITÓRIA
2015

GRAZIELA SABINO LUBASE

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES DE ESCOLAS
PÚBLICA E PRIVADA NO MUNICÍPIO DE CARIACICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof^a. MS^a Ana Cristina de Oliveira
Soares

VITÓRIA
2015

GRAZIELA SABINO LUBASE

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES DE ESCOLAS
PÚBLICA E PRIVADA NO MUNICÍPIO DE CARIACICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. ^a Ana Cristina de Oliveira Soares - Orientador

Paula Regina Lemos Campos de Almeida

Juliana Pizzol Organo

Aos meus pais, que me apoiaram neste tempo de estudo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me concedido forças para superar todos os momentos difíceis.

Aos meus pais, por terem me ajudado a concretizar mais este objetivo na minha vida, por ter me ouvido nos momentos de nervosismo, me dado forças e palavras de conforto, me incentivando muitas vezes nos momentos de fraqueza e pelas orações que fizeram por mim.

Ao meu esposo, que me deu forças e incentivo nos momentos de dificuldades, de desespero e desânimo, e que em todos esses anos nunca reclamou da minha ausência, nos momentos de estudos e trabalhos.

E às minhas irmãs, obrigada por terem me incentivado a continuar na minha caminhada que nos momentos de desânimo e com vontade de desistir vocês me incentivaram a continuar.

À minha orientadora, Ana Cristiana de Oliveira Soares, pelo apoio neste estudo.

A minha amiga Andressa Albertino que me ajudou muito, nos esclarecimentos de algumas dúvidas durante este trabalho.

As escolas que permitiram minha pesquisa, muito obrigada por ter colaborado para que meu estudo acontecesse.

“Que a alimentação seja teu único remédio”

Hipócrates

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar o perfil alimentar e nutricional de 100 adolescentes de ambos os sexos, matriculados em escolas pública e privada, no município de Cariacica, sendo 50 alunos de cada instituição. Para a classificação do estado nutricional, foi utilizado IMC para idade e os hábitos alimentares foram obtidos pelo Questionário de Frequência Alimentar para Adolescentes. A maioria dos indivíduos apresentou estado nutricional adequado, revelou-se para escola pública (72% eutrofia, 18% sobrepeso, 6% obesidade e 4% magreza) na privada (62% eutrofia, 18% sobrepeso, 14% obesidade e 6% magreza). Na análise dos hábitos alimentares, observou-se consumo inadequado, com elevada ingestão de alimentos pobre em nutrientes, em compensação apresentando menor consumo para alimentos minimamente processados e in natura. Desta forma, faz-se necessário trabalho de educação alimentar e nutricional nas duas escolas, envolvendo profissionais capacitados, para incentivar boas escolhas alimentares e hábitos saudáveis, para obterem melhor saúde na vida adulta.

Palavras- chaves: Adolescentes. Escolas. Hábitos Alimentares.

ABSTRACT

The study aimed to identify the food and nutritional status of 100 adolescents of both genders, enrolled in public and private schools in the municipality of Cariacica, 50 students from each institution. For the classification of nutritional status, it used BMI for age and eating habits were obtained by the Food Frequency Questionnaire for Adolescents. Most subjects had adequate nutritional status revealed to public school (72% normal weight, overweight 18%, 6% and 4% obesity thinness) in private (62% normal weight, 18% were overweight, 14% obese and 6% thinness). In the analysis of eating habits, there was inadequate intake with high intake of foods poor in nutrients, on the other hand presenting lower consumption for minimally processed foods and raw. Thus, it is necessary to work and nutritional education in both schools, involving trained professionals, to encourage good eating habits and healthy choices to achieve better health in adulthood.

Key- words: Adolescents. Schools. Eating Habits.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Número de alunos por gêneros e rede de ensino, e classificação do estado nutricional dos estudantes.....	67
Tabela 02 - Diferenças para hábitos alimentares entre os alunos das escolas, pública e privada.....	69
Tabela 03 - Diferenças para hábitos alimentares, entre os gêneros da escola pública.....	78
Tabela - 04 Diferenças para hábitos alimentares, entre os gêneros da escola particular	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Diferenças para consumo de arroz e feijão entre os alunos de escolas, pública e privada.....	72
Gráfico 02 - Diferenças para consumo de verduras e legumes entre os alunos de escolas, pública e privada.....	74
Gráfico 3 - Diferenças para consumo de frutas entre os alunos de escolas, pública e privada.....	75
Gráfico 4 - Diferenças para consumo de carnes e ovos entre os alunos de escolas, pública e privada.....	76

LISTA DE SIGLAS

AN – Anorexia Nervosa

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BN – Bulimia Nervosa

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CID-10 - (Classificação Internacional de Doenças, 10, edição)

CONAR – Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DHAA – Direito Humano a Alimentação Adequada

DSM-IV – (Diagnostic and Statistical Manual, IV edition)

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

EJA – Educação de Jovens e Adultos

FNDE – Fundo Nacional para Desenvolvimento de Educação

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice Massa Corporal

LVF – Legume, Verdura e Fruta

OMS – Organização Mundial da Saúde

ON – Ortorexia Nervosa

PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PSE – Programa Saúde na Escola

QFAA – Questionário de Frequência Alimentar Adolescentes

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Transtornos Alimentares

TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	27
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
2.1 ALIMENTAÇÃO.....	29
2.2 ALIMENTAÇÃO E PADRÃO DE BELEZA.....	32
2.3 ADOLESCÊNCIA E OS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	34
2.4 ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA.....	35
2.5 TRANSTORNOS DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA.....	38
2.6 VIGOREXIA.....	39
2.7 ORTOREXIA NERVOSA.....	39
2.8 ALIMENTAÇÃO NA ESCOLA.....	40
2.9 LEGISLAÇÃO.....	43
2.10 PROGRAMA NACIONAL ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	47
2.11 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	48
2.12 EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NAS ESCOLAS.....	50
2.13 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL.....	52
2.14 OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	54
2.15 INFLUÊNCIA DO MARKETING NUTRICIONAL NO PADRÃO ALIMENTAR DE ADOLESCENTES.....	57
3 METODOLOGIA.....	61
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	61
3.2 AMOSTRA.....	61
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	61
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	61
3.5 COLETAS DE DADOS.....	62
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	62
3.7 MÉTODO.....	62
3.8 ANÁLISE DE DADOS.....	64
3.9 HIPÓTESES.....	65

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICES.....	98
APÊNDICE A – Termo de Assentimento Livre Esclarecido.....	98
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
APÊNDICE C – Carta de Anuência.....	102
ANEXOS.....	104
ANEXO A – Questionário de Frequência Alimentar Adolescentes(QFAA).....	104
ANEXO B – Gráfico de IMC por idade.....	111
ANEXO C – Quadro de pontos de corte de IMC para idade.....	113

1 INTRODUÇÃO

A alimentação representa papel fundamental em todos os momentos da vida do indivíduo, entre as diferentes fases da vida, em especial na idade escolar, que é caracterizada por um estágio que os adolescentes estão em intenso metabolismo, em comparação aos adultos. Desta forma, a alimentação adequada é primordial para os adolescentes, pois vai suprir o organismo com nutrientes e energia essenciais, nesta fase, para o melhor crescimento e desenvolvimento (CONCEIÇÃO et al., 2010; DANELON; DANELON; SILVA, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é compreendida entre as idades de 10 a 19 anos. Este é o período de transferência da infância para a vida adulta, em que acontecem diversas alterações na vida do indivíduo, como: física, psicológicas, sociais e comportamentais. É nesse momento que se adquirem os hábitos alimentares que vão se repercutir na vida adulta. No entanto, várias são as questões que estão envolvidas na maneira como os adolescentes se alimentam, a saber: componentes nutricionais, sociais, econômicos, demográficos, culturais, o ambiente que vive e o psicológico (JORGE, TENTOR, MENDES, 2011; MOMO, et al., 2006).

Em virtude do processo de globalização, a partir das décadas de 70 e 80, o Brasil passou por uma transição nutricional: o consumo de hortaliças e frutas diminuiu; em contrapartida, houve o aumento do consumo de alimentos de alto valor energético. Em consequência disso, elevou-se o grau de excesso de peso (ao passo que diminuiu a desnutrição), especialmente no público mais vulnerável, como crianças e adolescentes. Dessa forma, o sobrepeso e a obesidade se destacaram, juntamente com as DCNT's (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) (VARGAS, et al., 2013).

Diante desta situação, a promoção da saúde é fundamental, principalmente na fase da adolescência, quando os hábitos alimentares são, na maioria das vezes, inadequados. Por esse motivo, a escola foi vista como um local essencial para os estudantes terem contato com o alimento saudável, o que contribui para a aquisição de hábitos alimentares adequados (ISSA et al., 2014). Visto isso, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) foi considerado essencial para os estudantes:

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), implantado em 1955, contribui para o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem, o rendimento escolar dos estudantes e a formação de hábitos alimentares saudáveis, por meio da oferta da alimentação escolar e de ações de educação alimentar e nutricional.

São atendidos pelo Programa os alunos de toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) matriculados em escolas públicas, filantrópicas e em entidades comunitárias (conveniadas com o poder público), por meio da transferência de recursos financeiros (BRASIL, 2012a).

Na rede privada de ensino, a merenda escolar é de responsabilidade do aluno. Então, fica a critério do aluno levar sua merenda de casa ou comprar na cantina da escola. O problema disso é que as cantinas das escolas particulares, em sua maioria, não estão de acordo com a legislação: estão repletas de alimentos de alto valor energético, aumentando o risco de o aluno adquirir obesidade e DCNT (CARVALHO et al.,2014).

Com base no exposto, o objetivo do trabalho é identificar o perfil alimentar e nutricional de adolescentes de escolas pública e privada no município de Cariacica, por meio de um questionário de frequência alimentar, aferição do peso, altura e IMC por idade, foi realizado uma comparação entre as escolas, em relação aos hábitos alimentares e dados antropométricos dos alunos.

Este trabalho está estruturado em cinco blocos, sendo eles: introdução, referencial teórico, metodologia, resultados e discussão, e, por fim, as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ALIMENTAÇÃO

A alimentação adequada é fundamental para que o indivíduo tenha uma boa saúde. Desta forma, contribuirá para um crescimento e desenvolvimento físico apropriado, colaborando para uma vida com mais qualidade (BRASIL, 2012a).

A sociedade não usa o alimento somente como meio de se nutrir, mas como uma forma de socializar, de expressar sua cultura, valores e também como forma de prazer. Deste modo, o alimento além de contribuir com seu valor nutricional para o desenvolvimento e reconstrução, ele também contribui para o meio social e cultural dos indivíduos (MONTEIRO; COUTINHO; RECINE, 2005).

Como a alimentação é primordial nas necessidades fisiológicas e para a vida dos seres humanos, sua falta, bem como o consumo do alimento não saudável, traz grandes prejuízos à saúde (MACHADO; LIMA; UCHIMURA, 2008).

Segundo Silva e Pegolo (2010), a alimentação balanceada em relação à quantidade de energia, macronutrientes, minerais e vitaminas, em cada momento da vida do cidadão são fundamentais, principalmente nas fases da adolescência e da infância, para que, assim, o crescimento e o desenvolvimento aconteçam corretamente promovendo a saúde.

Algumas doenças, conhecidas como DCNT's, comuns na atualidade, como excesso de peso, doenças cardíacas, hipertensão arterial, osteoporose, câncer e diabetes mellitus são ocasionadas muitas vezes pelo fato dos indivíduos se exporem por um longo tempo a uma alimentação desequilibrada. Devido ao fato dessa alimentação ser rica em gordura saturada, açúcar, sódio e o consumo frequente de bebidas alcoólicas, a união destes hábitos com o sedentarismo pode vir a causar estas doenças da atualidade (FREIRE et al., 2012).

No entanto, nas fases da infância e da adolescência a alimentação é essencial para o crescimento e desenvolvimento do indivíduo, colaborando para prevenção de determinadas doenças quando adulto. Diante desta situação, alguns autores passaram a estudar o tipo de dieta da infância e da adolescência de hoje. Assim,

tem-se uma relação entre o que se come e o estado de saúde de quem come (COLUCCI; PHILIPPI; SLATER, 2004).

Segundo Freire e colaboradores (2012), por meio das pesquisas feitas no Brasil sobre a saúde da população, foi constatado que a desnutrição está reduzindo no país. No entanto, a obesidade está crescendo em todos os momentos da vida do indivíduo (infância, adolescência, vida adulta). Com isso, o Ministério da Saúde tem focado na prevenção de DCNT com o intuito de melhorar a qualidade da dieta da população brasileira.

Com o objetivo de proporcionar aos indivíduos uma alimentação saudável que possa contribuir para ter uma boa saúde e também para prevenir doenças relacionadas a uma má alimentação, guias alimentares com orientações, informações e dicas de como ter uma alimentação saudável têm sido utilizados pela população (BRASIL, 2014).

O Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado no ano de 2014, é composto de cinco capítulos. No primeiro deles aborda a importância da alimentação e da saúde, e ensina também como escolher os alimentos para obter de uma boa saúde. No capítulo dois, o Guia fala dos tipos de alimentos, como: os *in natura*, os minimamente processados, os processados e ultraprocessados. A seguir, no terceiro capítulo, fala-se dos alimentos e refeições; relata-se a forma como o povo brasileiro se alimenta e dá-se exemplos de refeições que são saudáveis, citando café da manhã, almoço, jantar e pequenas refeições. No capítulo quatro, o guia fala sobre a forma de se alimentar e a comensalidade; aborda a importância de se alimentar com frequência e dá exemplos do que consumir. Além disso, recomenda fazer as refeições em ambientes adequados e comer em companhia de pessoas que gostamos. O quinto capítulo traz informações sobre ofertas, custos, o tempo gasto para a preparação das refeições, habilidades culinárias, influência das propagandas na escolha do que comer e, para finalizar, recomenda os dez passos para uma alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2014).

Todo cidadão, em seu país, tem direitos humanos. Entretanto, muitos desconhecem tal fato. A saber, um deles é o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), que é fundamental para que se possa ter direito à vida. A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é um assunto discutido no Brasil e no mundo em diferentes

aspectos, e é essencial para que ocorra o DHAA, sendo direitos independentes para acontecerem (ALBUQUERQUE, 2009).

O DHAA teve sua origem no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais, e Culturais (PIDESC), ficando claro sua definição no art. 11:

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si próprio e sua família, inclusive à alimentação, vestimenta e moradia adequadas, assim como a uma melhoria contínua de suas condições de vida. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para assegurar a consecução desse direito, reconhecendo, nesse sentido, a importância essencial da cooperação internacional fundada no livre consentimento.

2. Os Estados Partes do presente Pacto, reconhecendo o direito fundamental de toda pessoa de estar protegida contra a fome, adotarão, individualmente e mediante cooperação internacional, as medidas, inclusive programas concretos, que se façam necessárias para:

a) Melhorar os métodos de produção, conservação e distribuição de gêneros alimentícios pela plena utilização dos conhecimentos técnicos e científicos, pela difusão de princípios de educação nutricional e pelo aperfeiçoamento ou reforma dos regimes agrários, de maneira que se assegurem a exploração e a utilização mais eficazes dos recursos naturais;

b) Assegurar uma repartição eqüitativa dos recursos alimentícios mundiais em relação às necessidades, levando-se em conta os problemas tanto dos países importadores quanto dos exportadores de gêneros alimentícios (BRASIL, 1992).

A partir da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) Lei de nº 11.346, de 15 de Setembro de 2006, foi criado o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Diante disso, essa lei teve o objetivo de conceder ao povo o direito à alimentação adequada. Portanto, pode ser visto no art. 2º o conceito de alimentação adequada e no art. 3º o conceito da SAN, além disso, no art. 4º é citado o que a SAN abrange:

Art. 2º A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.

Art. 3º A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Art. 4º A segurança alimentar e nutricional abrange:

I – a ampliação das condições de acesso aos alimentos por meio da produção, em especial da agricultura tradicional e familiar, do processamento, da industrialização, da comercialização, incluindo-se os acordos internacionais, do abastecimento e da distribuição dos alimentos,

incluindo-se a água, bem como da geração de emprego e da redistribuição da renda;

II – a conservação da biodiversidade e a utilização sustentável dos recursos;

III – a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social;

IV – a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, bem como seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica e racial e cultural da população;

V – a produção de conhecimento e o acesso à informação; e

VI – a implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, respeitando-se as múltiplas características culturais do País (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2006, p.12 – 13).

2.2 ALIMENTAÇÃO E PADRÃO DE BELEZA

Segundo a OMS, o período da adolescência tem seu início aos 10 anos e termina aos 20 anos incompletos. Porém, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, no Brasil, de acordo com a Lei nº 8069, de 13 de Julho de 1990, essa fase inicia-se aos 12 anos e termina aos 18 anos de idade, começando neste período a puberdade e o começo da vida fértil deste grupo (SILVA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2012).

Santos e colaboradores (2005) relataram no seu estudo que no século XX ocorreram grandes transformações no consumo alimentar devido ao fato da mulher ter se inserido no mercado de trabalho, o que acabou por tornar menos comum a prática das refeições em família, por questões práticas. Isso ocorreu principalmente nas grandes cidades devido à globalização, e com essas mudanças o padrão alimentar foi se igualando a população norte – americana, com elevado consumo de refeições industrializadas, que são compradas semi-prontas. Como esse tipo de alimento exige um preparo simples, pois é necessário apenas inseri-lo no micro-ondas, há de se ganhar mais tempo para os afazeres do dia-a-dia.

Na adolescência, os hábitos alimentares deste grupo têm grandes influências da família, amigos e principalmente da mídia. As mudanças do corpo são intensas e busca de uma imagem corporal perfeita também. Como almejam um corpo dito “escultural”, padrão de beleza da sociedade, eles são capazes de atitudes

ortodoxas, o que pode afetar as necessidades nutricionais e, conseqüentemente, debilitar a própria saúde por causa da dieta desbalanceada (SANTOS et al., 2005).

A adolescência é uma fase da vida do indivíduo em que ocorrem diversas mudanças psicológicas, biológicas e sociais. Há, neste período, um acelerado crescimento e desenvolvido deste grupo, por isso, eles necessitam de mais energia e conseqüentemente uma alimentação balanceada para suprir essa demanda. Porém, as mudanças desse período podem intervir nos hábitos alimentares dos adolescentes, fazendo que consumam uma alimentação desequilibrada (CARMO et al., 2006).

No início da adolescência, o indivíduo já se encontra com sua estatura quase definida, pois já atingiu de 80 a 85% da sua altura, 53% do peso, e massa esquelética alcançado 52 % do total. Por isso, é imprescindível uma alimentação adequada tanto em qualidade como quantidade para conseguir chegar ao desenvolvimento final saudável sem excesso ou a carência de algum nutriente (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

Os hábitos alimentares, na adolescência, são influenciados por fatores diversos, tais como: questões socioeconômicas, socioculturais, midiáticas, imagem do corpo, hábitos alimentares, disponibilidade do alimento, a forma como são preparados e as exigências energéticas (CHIARELLI; ULBRICH; BERTIN, 2011).

O padrão alimentar dos adolescentes se baseia em uma dieta desequilibrada, rica em alimentos industrializados, por serem mais saborosos e de fácil preparo; o problema é que estes alimentos possuem quantidades elevadas de gorduras saturadas, trans, sódio e açúcar. Observa-se, também, pouca ingestão de frutas, verduras, legumes, leite e derivados pelos adolescentes. Além disso, é visto em muitos estudos que eles trocam refeições, como almoço e jantar, por lanches ou até mesmo, deixam de se alimentar (ESTIMA et al., 2011).

As pesquisas mostram ainda que no período da adolescência se sucedem inúmeras influências sentimentais a respeito da satisfação, imagem corporal e puberdade, além desses, há outras atitudes psicológicas que pode vim a acontecer entre ambos os sexos (CONTI; GAMBARDELLA; FRUTUOSO, 2005).

Segundo pesquisas realizadas no Brasil com adolescentes, foi possível averiguar que o consumo de legumes, verduras e frutas (LVF) por eles é baixo. A densidade

energética da dieta pode ser diminuída com o aumento da ingestão de legumes, verduras e frutas e a ingestão destes aumenta a variedade na dieta do indivíduo. Sendo assim, os LVF colaboram na complementação da alimentação ou até substitui alimentos calóricos e de baixo valor nutritivo, e têm sido inseridos na preparação de alimentos industrializados e tão desejados pelos adolescentes (MONTICELLI; SOUZA; SOUZA, 2013).

Martins e colaboradores (2010) explicam que o adolescente, ao iniciar a puberdade, tem um maior acúmulo de adiposidade corporal, no caso do sexo feminino, e isso pode acarretar uma grande insatisfação com a imagem do corpo. Desta forma, a mídia, os pais, amigos e a própria sociedade contribuem na influência de se criar um padrão de beleza, de forma magra. Logo, a questão do padrão da magreza interfere diretamente nas decisões alimentares dessas adolescentes; muitas deixam de se alimentar ou se alimentam de forma errada, devido à preocupação com o peso.

Essa insatisfação em relação à imagem do corpo e os sintomas de transtornos alimentares em adolescentes, segundo estudos, têm acontecido em diversos países, inclusive no Brasil. Por meio de um estudo feito em uma escola de Florianópolis, em Santa Catarina, outra insatisfação por parte das meninas adolescentes em relação à imagem do corpo foi o aparecimento precoce da menarca. Isso porque, quando ela surge, propicia o acúmulo de gordura corporal, quando, na verdade, elas desejavam perder peso (SCHERER et al., 2010).

De acordo com estudos feitos sobre a imagem do corpo em adolescentes, foi observado um alto predomínio de insatisfação em adolescentes do sexo feminino, com resultados de 67,6% e 85%. Com isso, esta questão tem repercutido em transtornos alimentares, como anorexia e bulimia. Desta forma, nesta fase tem crescido o número de adolescentes com estes transtornos, classificados como caso de saúde pública (SCHERER et al., 2010).

2.3 ADOLESCÊNCIA E OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Transtornos alimentares são problemas psiquiátricos, designados por várias alterações relacionadas ao comportamento alimentar, que afeta especialmente pessoas do sexo feminino, adolescentes e pessoas adultas. Tais transtornos trazem tanto danos à saúde, como também sociais, podendo levar a morbidade e

mortalidade. Sua ocorrência pode estar relacionada a diversos fatores e sua origem vai depender de vários aspectos (biológicos, psicológicos e socioculturais). Dentre eles, a que se destaca no que diz é a questão sociocultural (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004; FERREIRA; VEIGA, 2010).

Foi comprovado pelos pesquisadores um domínio de insatisfação com a imagem do corpo entre os adolescentes, foi observado um elevado número de anorexia e bulimia acontecendo neste grupo, estes transtornos são considerados os mais comuns na população ocorrendo devido ao medo exagerado de engordar, preocupação com os alimentos, vontade de emagrecer e pela distorção da imagem corporal, com isso, ocasionando danos psicológicos, biológicos, aumento de doenças e até mesmo levando a óbitos esses adolescentes (MARTINS et al., 2010).

2.4 ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA

A anorexia nervosa (AN) é definida por grande perda de peso devido a dietas rígidas feitas pelo próprio indivíduo, com o objetivo de ficar magérrimo, ter distorção da imagem do corpo e amenorréia (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004).

De acordo com Borges e colaboradores (2006), a anorexia nervosa pode apresentar dois tipos: o purgativo e o restritivo. O primeiro diz respeito à compulsão alimentar, seguida de critérios compensatórios, tais como o uso de diuréticos e laxantes, o ato de provocar o vômito. Já na segunda forma, os indivíduos são restritivos em relação à própria dieta.

Estudos relatam que, frequentemente, a AN tem seu início na infância ou adolescência, começando com uma restrição de alguns alimentos, como o próprio carboidrato (famoso por colaborar com o ganho de peso). Desta forma, as pessoas começam também a ter insatisfação com o corpo, sentindo-se gordas, mesmo sendo magras (ARAÚJO, J., 2007).

O tratamento para anorexia nervosa deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, constituída por médico, psicólogo, nutricionista e professor de educação física; então, é considerado um tratamento de longa duração. Mesmo tratada a anorexia, existe uma elevada taxa de recaídas pelos pacientes: até 25%

dos indivíduos anoréxicos tem uma progressão para invalidez crônica e em torno de 2 a 10% vem a óbito precocemente (DILLY, 2009).

Dois sistemas de classificação são utilizados para diagnósticos de transtornos mentais, são eles: o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, IV edition) e a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição). Estes dois sistemas apresentam os critérios para diagnosticar os transtornos alimentares (RIBEIRO, 2007).

Quadro 1 - Os critérios diagnósticos, de acordo com o DSM-IV e o CID-10 para anorexia nervosa

DSM-IV	CID-10
Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal (>85% do esperado);	Perda de peso e manutenção abaixo do normal (IMC<17,5 kg/m ²);
Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso;	Perda de peso autoinduzida pelo não consumo de alimentos que engordam. Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o);
Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso;	Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como perda do interesse e potência sexual. E atraso no desenvolvimento puberal;
Amenorréia por 3 ciclos consecutivos;	* vômitos autoinduzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes.
Subtipos: 1. Restritivo (dieta e exercícios apenas) 2. Compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta e exercícios).	

Fonte: CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

A bulimia nervosa (BN) é caracterizada pela grande ingestão de alimentos de forma rápida, para compensar este consumo exagerado e o medo de engordar, após a ingestão são induzidos vômitos, ou o consumo de alguns medicamentos como diuréticos e laxantes. Pode ocorrer também o uso de drogas, algumas dietas e atividade física em excesso (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004).

Geralmente, os indivíduos que possuem esse transtorno não têm consciência desta doença. Ainda assim, o tratamento da bulimia nervosa tem resultados bem sucedidos, devido ao fato de a maioria dos pacientes terem vontade de realizá-lo. Os sintomas da bulimia tendem a sumir na fase adulta, mesmo sem ter feito tratamento (DILLY, 2009).

Segundo as pesquisas realizadas sobre transtornos alimentares, foi possível ver que a prevalência de bulimia varia de 1,1 e 4,2% e de anorexia de 0,5 e 3,5%. Desta forma, o público do qual mais surgem estes distúrbios é das adolescentes brancas do sexo feminino, com condição socioeconômica alta. Em outros estudos, pôde ser observada uma variação cada vez mais heterogênea da população: pré-adolescentes e adolescentes do sexo masculino, negros e de condição socioeconômica baixa (BORGES et al., 2006; MARTINS et al., 2010).

O tratamento da BN também deve ser por meio de uma equipe multiprofissional, como a AN. Caso o indivíduo esteja em uma situação grave, com complicações médico-psiquiátricas, presença de compulsão alimentar e vômitos incontroláveis, uso de laxante, drogas e quaisquer outros meios de risco para compensar o consumo excessivo do alimento, ele deverá ser submetido à internação. Na maior parte das vezes, o tratamento da BN não é de internação, e sim de acompanhamento com psicoterapia cognitiva-comportamental, orientações nutricionais e o consumo de psicofármacos (ARAÚJO, J., 2007).

Quadro 2- Critérios diagnósticos, de acordo com o DSM-IV e o CID-10 para bulimia nervosa

(CONTINUA)

DSM - IV	CID - 10
Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle).	Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida.
Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômito, uso	Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso

Quadro 2- Critérios diagnósticos, de acordo com o DSM-IV e o CID-10 para bulimia nervosa

(CONCLUSÃO)

DSM – IV	CID - 10
de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros.	laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos). Diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sangüínea).
Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses.	Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável.
Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação.	
Diagnóstico de AN ausente.	
Subtipos: 1. Purgativo: vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas. 2. Não-purgativo: apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica.	

Fonte: CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

2.5 TRANSTORNOS DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP)

O TCAP é caracterizado pelo consumo elevado de alimentos em tempos pequenos. A pessoa com este transtorno não tem controle do que come e nem da quantidade que come. Para ser diagnosticado com o TCAP, esta situação deve acontecer pelos menos duas vezes por semana, nos últimos 6 meses, e deve estar relacionado com perda de controle e não deve ter condições compensatórias como a perda de peso (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

Algumas causas são responsáveis para que o TCAP aconteça, como: a perda de alguém que gosta muito, sentimento de fracasso emocional e decepção amorosa. Desta forma, a pessoa come com a intenção de preencher o vazio presente nela, a comida é como se fosse um prêmio, proporcionando na pessoa um sentimento de bem estar e prazer (ALBINO; MACÊDO, 2014).

Em estudos realizados com indivíduos que possuem este transtorno, foi possível ver que consomem mais alimentos que pessoas com excesso de peso sem compulsão alimentar, este transtorno pode vir a acontecer tanto em pessoas com peso normal como obesas. A maior parte das pessoas com o TCAP possuem muitas histórias de dietas realizadas, mas o resultado na maior parte das vezes não foi satisfatório.

Essa falta de controle na ingestão alimentar traz uma certa aflição para essas pessoas. Deste modo, algumas pessoas permanecem na tentativa de fazerem dietas, enquanto outras desistem por não conseguirem controlar a ingestão de alimentos (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

O tratamento para o TCAP é, primeiramente, seguir as orientações para redução dos eventos da compulsão alimentar. Arelado a isso, indica-se o uso de alguns medicamentos; o acompanhamento psicológico junto também é indicado, com o objetivo de auxiliar na superação dos problemas emocionais. Para completar o tratamento, há também a indicação de uma dieta individualizada, em conjunto com exercícios físicos (ALBINO; ALBINO, 2014).

2.6 VIGOREXIA

A vigorexia também conhecido como Dismorfia Muscular, é apontada como transtorno de distorção de imagem e caracterizada pela fixação dos indivíduos em terem o corpo musculoso. Este público desenvolve uma obsessão por academia e, conseqüentemente, por exercício físico. Além disso, possuem um hábito alimentar atípico, excessivo em complexos hormonais, vitamínicos e anabolizantes. Este transtorno atinge, em especial, homens com idade de 15 a 35 anos que almejam desenvolver seus músculos (DILLY, 2009; PEREIRA; RAMOS; REZENDE, 2012).

A vigorexia faz com que a pessoa se afaste da família, dos amigos, do trabalho e de demais atividades de interação social, devido ao exagero na prática de exercício físico. Com isso, a pessoa se torna um ser antissocial e, mesmo apresentando corpo musculoso, quando se vê no espelho, tem a impressão de estar magro e fraco (DILLY, 2009).

O tratamento para a vigorexia deve ser acompanhado por cuidados psicológicos e médicos, com orientações aos pacientes sobre a alimentação, a fim de contribuir para que mude a visão sobre a imagem do corpo, desintoxicar o corpo dos produtos que foram consumidos em exagero, e quanto à atividade física, que deve ser diminuída aos poucos (DILLY, 2009).

2.7 ORTOREXIA NERVOSA

Este transtorno é definido pela obsessão por consumir alimentos naturais, tornando o indivíduo patologicamente aflito durante a tarefa de escolher qual alimento comer e sua quantidade (PEREIRA; RAMOS; REZENDE, 2012).

Portanto, as pessoas que possuem a ortorexia nervosa (ON) têm grande preocupação com o hábito alimentar. Por causa disso, eles mesmos fazem as compras dos alimentos e preparam suas refeições; em consequência, reduzem cada vez mais os cardápios, adquirindo controle para não cair em tentação (DILLY, 2009). O objetivo da pessoa com conduta de ON é consumir alimentos que colaborem para o funcionamento adequado do organismo e que contribuam para que o corpo e mente sejam libertados de impurezas. A pessoa com este comportamento tem o objetivo de ter uma vida saudável, usufruindo de melhor qualidade de vida (MARTINS et al., 2011).

Martins e colaboradores (2011) citaram que o indivíduo com ON tem pouca resistência ao tratamento em comparação aos indivíduos com transtornos alimentares (TA), pois a pessoa que tem ON é muito preocupada com a saúde, enquanto o que tem TA não reconhece a gravidade do seu problema, negando estar com qualquer tipo de transtorno. A pessoa com ON tem um pouco de dificuldade de compreender que as ações que tem em relação à alimentação não são adequadas, pois ela tem a certeza de estar fazendo o melhor para a sua saúde.

Para o tratamento da ON é necessário uma equipe interdisciplinar composta de médicos, psicólogos, ou mesmo psicoterapeutas e nutricionistas, para orientar os indivíduos na sua melhor forma de se alimentar (MARTINS, et al., 2011).

2.8 ALIMENTAÇÃO NA ESCOLA

Tanto a família como a escola são fundamental na vida dos adolescentes como também das crianças, pois é através delas que este público conhece diferentes alimentos. Isso colabora para que adquiram hábitos alimentares saudáveis. Por isso, a escola deve oferecer aos seus alunos uma alimentação rica em nutrientes, com o intuito de reverter o quadro de desnutrição, deficiências nutricionais e doenças ocasionadas por uma má alimentação (ISSA et al., 2014).

Portanto, a escola é essencial no que diz respeito à alimentação dos estudantes, pois é nesse ambiente que ficam grande parte do dia. Por causa disso, ela é vista

como uma instituição de grande importância para a vida dos alunos, de forma a contribuir para que se crie hábitos alimentares saudáveis. Além disso, ela também tem uma grande responsabilidade para com esses estudantes em relação a fornecer e comercializar alimentos adequados, tanto na forma nutricional como sanitária (CARVALHO et al., 2014).

A alimentação escolar, conhecida também como merenda escolar, foi implantada em 1955. Sendo assim, todo aluno matriculado na rede de escola pública de educação básica, filantrópica e entidades comunitárias tem o direito à merenda escolar. É considerada um complemento alimentar e é essencial na vida do estudante, pois contribui para aquisição de hábitos saudáveis, e também ajuda o aluno em muitos aspectos, como: melhoria do aprendizado; crescimento emocional, cognitivo e social (ISSA et al., 2014).

A alimentação escolar é fundamental na vida do aluno, principalmente dos indivíduos que possuem condição socioeconômica baixa, pois, na maioria das vezes, ela é a única refeição que conseguem fazer durante o dia. Na Região Norte e Nordeste, por exemplo, a alimentação escolar é a única ou a principal refeição consumida pelos alunos, segundo pesquisa feita com estudantes dessas regiões (MASTROENI; MASTROENI, 2013).

Alguns estudos apontam que um elevado número de estudantes, tanto de rede pública como particular, compram suas merendas nas cantinas das escolas. Também observou-se que os alunos da rede pública, em alguns dias da semana, deixam de consumir a alimentação servida pela escola, dando preferência à compra do alimento na cantina. Embora alguns municípios disponham de uma legislação própria proibindo as escolas públicas de terem cantinas, algumas ainda as possuem. Em contrapartida, nas escolas particulares, por não servirem merenda escolar, a quantidade de estudantes que compram suas merendas nas cantinas é bem elevado (DANELON; DANELON; SILVA, 2006).

Na visão dos professores, das merendeiras e dos gestores, os estudantes que frequentam as escolas públicas são necessitados, pobres e esganados. Desta forma, elas acreditam que a alimentação escolar seja a única alimentação que fazem ao dia, sendo o motivo da permanência deles na escola (LEME; PHILIPPI; TOASSA, 2013).

No Brasil, os adolescentes permanecem em torno de 5 a 6 horas nas escolas diariamente. Assim, realizam de 1 a 2 refeições com amigos e colegas, interferindo nas decisões das escolhas dos alimentos consumidos, provocando grandes repercussões na dieta destes indivíduos. Em torno de 1/3 das necessidades energéticas ao dia são atingidos por meio de compras realizadas em lanchonetes, cantinas e lanches que levam de casa, ou ofertados de graça pelo PNAE (LEME; PHILIPPI; TOASSA, 2013).

Nas escolas privadas, as merendas são de total responsabilidade dos estudantes, que ficam a decidir se levam a merenda ou se compram na escola. Desta forma, nas cantinas das escolas é normal ver a comercialização de alimentos com alta densidade calórica, como: salgados fritos, chips, chocolates, sucos de caixinha, refrigerantes, balas, entre outros, mesmo que exista uma legislação que proíbe a comercialização de alimentos com elevadas taxas de sódio, açúcar e gordura. Portanto, os adolescentes se encontram em um ambiente mais favorável para adquirir excesso de peso, além disso, também ficam mais propícios a terem doenças devido a esta obesidade (CARVALHO et al., 2014).

No entanto, é fundamental fazer trabalho de educação nutricional, para orientar aos alunos sobre o que comer nas cantinas das escolas, pois elas são recheadas de lanches calóricos. E as preferências dos estudantes nas cantinas, na maioria das vezes, são por alimentos com grande índice de gordura, açúcar e sódio. Por isso, há uma grande preocupação com a forma que os alunos se alimentam, pois contribuem para que no futuro tenham doenças ocasionadas por esta alimentação totalmente desequilibrada (DANELON; DANELON; SILVA, 2006).

O Fundo Nacional para Desenvolvimento de Educação (FNDE) recomenda que na alimentação escolar deva ser realizado teste de aceitação da alimentação, nos seguintes casos: se for introduzido novo alimento no cardápio escolar diferente dos hábitos dos estudantes; quando ocorrer alguma alteração na forma de preparo do cardápio; além disso, também orienta fazer o teste de aceitabilidade nos cardápios que são oferecidos com frequência aos alunos. O objetivo deste teste é saber como está a aceitabilidade da alimentação pelos alunos, o que também contribui para evitar o desperdício, bem como para aumentar adesão à alimentação escolar. Após aplicar o teste de aceitação, se o resultado apresentar um valor de 85% ou mais, representa que a alimentação escolar foi bem aceita e então a preparação deve ser

inserida no cardápio escolar. Se o resultado for menor que 85%, a aceitação não foi bem aceita; então, é recomendado ao responsável (nutricionista) pelo PNAE fazer a retirada do cardápio ou uma alteração na preparação deste. Após essas modificações, deve-se refazer o teste de aceitação com um intervalo de um bimestre, no mínimo (BRASIL, 2010b).

A alimentação adequada tanto em qualidade como em quantidade, juntamente com orientações de hábitos alimentares saudáveis, são fundamentais para a vida dos estudantes, pois colabora para se ter melhor aproveitamento escolar, aumenta a imunidade, ajuda no desenvolvimento e crescimento, e evita carências nutricionais. Em contrapartida, a alimentação inadequada provoca dificuldade de aprendizado, falta de atenção nos estudos, deficiências nutricionais e o exagero na ingestão de alimento, que pode provocar o excesso de peso como: sobrepeso e obesidade (OLIVEIRA; VASSIMON, 2012).

Estudos realizados por alguns pesquisadores sobre a adesão de jovens pelas recomendações nutricionais de seus países mostram resultados abaixo dos ideais. Os adolescentes europeus ingerem a metade da recomendação de legumes e frutas, e referente ao leite e derivados são consumidos dois terços da recomendação. Na mesma pesquisa, observou-se um elevado consumo, pelos jovens, de gorduras, carnes e doces. No ano de 2012, na China foi encontrado resultado semelhante, sendo que apenas a menor parte dos adolescentes chegou à recomendação mínima ao dia de alimentos que possuíam nozes e soja, e de legumes e frutas (COUTO et al., 2014).

2.9 LEGISLAÇÃO

A Lei nº 11.947 de 16 de Junho de 2009 dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos estudantes. No art. 1º, explica o que seria alimentação escolar. Além disso, é relatado quem tem direito a ela, no caso, apenas estudantes de ensino público e da educação básica, descrito no art. 3º:

Art 1º “ Para os efeitos desta Lei entende-se por alimentação escolar todo alimento oferecido no ambiente escolar, independentemente de sua origem, durante o período letivo”;

Art 3º “A alimentação escolar é direito dos alunos da educação básica pública e dever do Estado e será promovida e incentivada com vistas no atendimento das diretrizes estabelecidas nesta Lei” (BRASIL, 2009).

A alimentação escolar vista como extremamente importante, criada em 1979, o PNAE que deu continuidade à Campanha de Merenda Escolar, implantada em 1955, e é considerado o programa mais antigo de complementação alimentar, que atende somente rede pública de educação básica, filantrópica e entidades comunitárias (BRASIL, 2012a; ISSA et al., 2014).

No entanto, o PNAE é coordenado pelo FNDE. Este órgão é responsável pelo auxílio financeiro e, além disso, coordena, normatiza, acompanha, monitora e fiscaliza o PNAE. Os Municípios e Estados têm o dever de administrar o dinheiro que é encaminhado pelo FNDE, e ainda podem fazer complementação do dinheiro para enriquecer o cardápio escolar (BRASIL, 2012a; DANELON; DANELON; SILVA, 2006).

O PNAE tem o intuito de colaborar para que os alunos obtenham hábitos alimentares saudáveis, desenvolvimento, crescimento, aprendizado. Além disso, coopera para que os estudantes tenham uma produtividade escolar adequada (PEGOLO; SILVA, 2010).

No ano de 2004, o PNAE atendeu em torno de 36,4 milhões de estudantes do pré – escolar e série fundamental, durante todo tempo letivo com aplicação de R\$1,266 bilhões (DANELON; DANELON; SILVA, 2006).

O cardápio do programa é preparado por uma nutricionista que tem a responsabilidade pelo PNAE, que, por sua vez, recomenda que seja criado com uma alimentação variada, com alimentos que são à base de uma alimentação adequada nutricionalmente. Na preparação do cardápio, o responsável deve incluir alimentos da cultura dos alunos (CHAVES et al., 2009).

O FNDE é o responsável por direcionar o dinheiro aos estados, municípios e Distrito Federal vindo do governo federal para a alimentação escolar. Este dinheiro é encaminhado com base na quantidade de alunos matriculados na educação básica. Desta forma, o PNAE possui algumas diretrizes criadas no ano de 2009, pela Lei 11.947 e Resolução de nº 26/ FNDE que deve ser seguida pelo programa. Com isso, uma das exigências destas diretrizes é que a compra dos alimentos para a merenda

escolar sejam variados e cultivados na localidade, em especial da agricultura familiar e empreendedores familiares rurais. Portanto, o PNAE tem o dever de seguir estas diretrizes, assim proporcionando aos alunos uma alimentação com mais qualidade (BRASIL, 2012a; SARAIVA et al.,2013).

A parceria da agricultura familiar com o PNAE contribuiu para modificar a alimentação ofertada aos alunos, pelo fato de ser exigido pela Lei 11.947 de 16 de Junho de 2009 que a agricultura familiar forneça, em especial, alimentos orgânicos, respeitando a cultura dos alunos. Então, o alimento deve ser regional e da época; além disso, é recomendada a compra de alimentos variados para o consumo diário pelos estudantes de rede pública de todo Brasil. Desta forma, este vínculo colaborou para a aquisição de uma alimentação saudável e adequada, compreendendo a ingestão de alimentos seguros e de forma variada, respeitando o padrão alimentar dos alunos (BRASIL, 2012c).

Para cada modalidade de ensino de escola pública existe um valor que é encaminhado pela União aos estados e municípios referente a cada aluno segundo os dias de estudo, relatado abaixo:

- Creches: R\$ 1,00
- Pré-escola: R\$ 0,50
- Escolas indígenas e quilombolas: R\$ 0,60
- Ensino fundamental, médio e educação de jovens e adultos: R\$ 0,30
- Ensino integral: R\$ 1,00
- Alunos do Programa Mais Educação: R\$ 0,90
- Alunos que frequentam o Atendimento Educacional Especializado no contraturno: R\$ 0,50 (BRASIL, 2012a).

O PNAE possui o Conselho de Alimentação Escolar (CAE), que fica localizado dentro do programa, com a finalidade de fiscalizar e acompanhar como o dinheiro está sendo aplicado. Além deste, o FNDE também tem o dever de fiscalizar o andamento do programa (OLIVEIRA; VASSIMON, 2012).

Segundo a Resolução nº 26, de Junho de 2013, que estabelece as normas para execução do PNAE, preconiza que os alunos matriculados na educação básica em período parcial, os cardápios deverão oferecer no mínimo 20% das recomendações nutricionais diárias. Para alunos de escolas localizadas em comunidades indígenas e quilombolas, no mínimo 30% das necessidades nutricionais diárias, assim como quando ofertadas duas ou mais refeições diárias aos alunos matriculados na educação

básica. Ainda, quando o período for integral, o cardápio deverá atingir no mínimo 70% das necessidades nutricionais diárias, tanto para os alunos da educação básica quanto aos em áreas indígenas e quilombolas. E no mínimo 20% quando ofertada uma refeição, para os demais alunos matriculados na educação básica, em período parcial (VIEIRA, 2013, p.44).

Com o intuito de proporcionar no ambiente escolar o direito à alimentação saudável, impedindo ou revertendo quadro de desnutrição, presença de doenças infecciosas ou doenças provocadas por uma dieta desbalanceada, trabalhos de educação alimentar e nutricional, entre outros serviços, foi criada a Portaria Interministerial nº 1.010 de 8 de Maio de 2006, que implantou as diretrizes para promover a alimentação saudável nas rede de ensino pública e privada, sendo citado o art. 2º e 3º:

Art. 2º Reconhecer que a alimentação saudável deve ser entendida como direito humano, compreendendo um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas, sociais e culturais dos indivíduos, de acordo com as fases do curso da vida e com base em práticas alimentares que assumam os significados sócio-culturais dos alimentos.

Art. 3º Definir a promoção da alimentação saudável nas escolas com base nos seguintes eixos prioritários:

I - ações de educação alimentar e nutricional, considerando os hábitos alimentares como expressão de manifestações culturais regionais e nacionais;

II - estímulo à produção de hortas escolares para a realização de atividades com os alunos e a utilização dos alimentos produzidos na alimentação ofertada na escola;

III - estímulo à implantação de boas práticas de manipulação de alimentos nos locais de produção e fornecimento de serviços de alimentação do ambiente escolar;

IV - restrição ao comércio e à promoção comercial no ambiente escolar de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras; e

V - monitoramento da situação nutricional dos escolares (BRASIL, 2006).

Pesquisas feitas pelo IBGE no ano de 2009 mostraram que nos últimos anos, tanto o número de adolescentes como de crianças com excesso de peso veio a crescer, o que provocou o aumento das ocorrências de doenças provocadas pela dieta inadequada neste público. A obesidade, nesta fase, acontece, na maior parte das vezes, devido à alimentação desequilibrada. Por isso, criou-se a Lei nº 18.372, de 04 de Setembro de 2009, que teve o objetivo de propiciar aos estudantes saúde e, conseqüentemente, uma vida mais saudável. Esta lei foi criada para complementar a

Lei nº 15.072, de 05 de Abril de 2004 e abrange trabalhos de educação alimentar e nutricional nas redes de ensino pública e privada (CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS DA 9ª REGIÃO DE MINAS GERAIS, 2010).

A Lei nº 18.372, de 04 de Setembro de 2009, dispõe que somente deverá ser servido ou comercializado nas escolas públicas e privadas lanches e bebidas saudáveis, desta forma, fica claro no art.3º-A:

Art. 3º -A. Os lanches e as bebidas fornecidos e comercializados nas escolas das redes pública e privada do Estado serão preparados conforme padrões de qualidade nutricional compatíveis com a promoção da saúde dos alunos e a prevenção da obesidade infantil.

§ 1º São vedados, nos estabelecimentos a que se refere o caput deste artigo, o fornecimento e a comercialização de produtos e preparações com altos teores de calorias, gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal, ou com poucos nutrientes, nos termos de regulamento.

§ 2º O descumprimento do disposto neste artigo sujeitará o infrator às penalidades previstas na legislação sanitária. (nr) (MINAS GERAIS, 2009).

Devido à baixa produtividade nas escolas, transformações nutricionais como a desnutrição, o direito à alimentação, previsto na legislação, se torna essencial para que a alimentação escolar seja adequada em qualidade e quantidade, e que a aceitação do cardápio seja boa pelos estudantes, para que, desta forma, colabore para que os alunos tenham mais saúde e bom desenvolvimento nos estudos (OLIVEIRA; VASSIMON, 2012).

Segunda, a Lei nº 12.982 de 28 de Maio de 2014, alterando a Lei nº 11.947, de 16 de Junho de 2009, surgiu com o objetivo de:

Determinar o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de estado ou de condição de saúde específica.

§ 2º Para os alunos que necessitem de atenção nutricional individualizada em virtude de estado ou de condição de saúde específica, será elaborado cardápio especial com base em recomendações médicas e nutricionais, avaliação nutricional e demandas nutricionais diferenciadas, conforme regulamento.” (NR) (BRASIL,2014).

2.10 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN)

No ano de 1999, o PNAN foi aprovado. A partir dele, o Estado brasileiro, através do conjunto das políticas públicas, promete aos cidadãos direito à saúde por meio da alimentação e nutrição. É obrigação do Estado proteger o povo, respeitá-lo e

promover meios para que não lhe falte alimentação e saúde. A intenção do programa é proporcionar aos indivíduos brasileiros uma alimentação adequada, tanto em qualidade como quantidade, fazendo-os usufruir de uma melhor saúde e nutrição, por meio do consumo de alimentos saudáveis, fiscalização alimentar e nutricional, e prevenção de desordens nutricionais (BRASIL, 2012a).

Nos últimos anos, os cidadãos brasileiros passaram por muitas modificações sociais que acarretaram no padrão da saúde, e isso afetou o tipo de alimentação da população. Por conta dessas modificações, ocorreu uma diminuição da pobreza e da exclusão social; em consequência, houve a redução da fome e da desnutrição. Por conta disso, houve a prevalência de obesidade em toda população, ocasionando um problema envolvendo alimentação e nutrição (BRASIL, 2012a).

Portanto, o PNAN foi criado com a intenção de acabar com problemas que envolvem uma má alimentação e deficiências nutricionais. Algumas diretrizes foram criadas para chegar ao propósito do programa, que é de proporcionar à população mais saúde. São elas:

1. Organização da Atenção Nutricional;
 2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
 3. Vigilância Alimentar e Nutricional;
 4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;
 5. Participação e Controle Social;
 6. Qualificação da Força de Trabalho;
 7. Controle e Regulação dos Alimentos;
 8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;
 9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.
- (BRASIL, 2012a, p. 25).

2.11 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

O PSE é uma política intersetorial, resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o da Educação, fundado no ano de 2007, atende somente rede de ensino pública de educação básica. O PSE tem o intuito de promover saúde e educação integral (BRASIL, 2012d).

Este programa está presente na Lei nº 6.286, de 5 Dezembro de 2007, sendo que no art. 2º estão presentes os objetivos do programa e no art. 4º estão as ações que envolvem a saúde e que devem ser realizados pelo PSE. Esses objetivos envolvem ter atenção, promoção, precaução e amparo aos alunos de educação básica,

devendo estes estarem de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

Art. 2º São objetivos do programa:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007).

Art. 4º : Ações do programa:

I - avaliação clínica;

II - avaliação nutricional;

III - promoção da alimentação saudável;

IV - avaliação oftalmológica;

V - avaliação da saúde e higiene bucal;

VI - avaliação auditiva;

VII - avaliação psicossocial;

VIII - atualização e controle do calendário vacinal;

IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X - prevenção e redução do consumo do álcool;

XI - prevenção do uso de drogas;

XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;

XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

XIV - educação permanente em saúde;

XV - atividade física e saúde;

XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007).

2.12 EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NAS ESCOLAS

Educação alimentar e nutricional são ações realizadas com os indivíduos, visando orientá-los quanto à ingestão de alimentos saudáveis. Ela ensina que isso deve ser de forma contínua e habitual, visando promover uma prática independente e de vontade própria de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2012e).

Portanto, com as transformações decorrentes da transição nutricional que vem acontecendo em todos os períodos da vida, observa-se o aparecimento da obesidade de forma cada vez mais precoce tanto no público infantil como nos adolescentes. Esta situação tem ocasionado preocupação e está sendo desafiadora para os profissionais da saúde e estudiosos. A obesidade vem, portanto, trazendo resultados negativos à saúde e proporcionando uma má qualidade de vida neste período e também na vida adulta. Por isso, educação alimentar e nutricional é extremamente importante na vida do indivíduo: quanto mais cedo iniciar este trabalho, mais resultados satisfatórios serão colhidos (ALVES; CRUZ; PASSONI, 2012).

A educação alimentar e nutricional é imprescindível na vida das pessoas, em especial para o público jovem, pois os estilos alimentares são vistos como inapropriados e repletos de alimentos pobres em nutrientes. O consumo de uma alimentação desbalanceada acarreta em doenças, por isso, quanto mais cedo este público adotar um padrão alimentar saudável, menos chance há de adquirir DCNT. Portanto, como a escola é um local frequentado por pessoas jovens e tem como objetivo os ensinamentos pedagógicos, ela acaba por cooperar para criação de bons hábitos alimentares com os alunos. Por isso, o ambiente escolar é visto como o melhor lugar para fazer trabalhos de educação alimentar e nutricional (KOPS; ZYS; RAMOS, 2013).

A implantação de programas preventivos são boas justificativas, quando se vê a diferença de valores de programas de prevenção em relação aos tratamentos das doenças associadas à obesidade. Com isso, a instalação de programas de educação nutricional nos ambientes escolares resulta em um local adepto a saúde e a práticas do consumo alimentar e padrão de vida saudável, contribui na melhor forma para enfrentar problemas alimentares e nutricionais da obesidade e DCNT (ALVES; CRUZ; PASSONI, 2012).

As ações de educação nutricional podem contribuir para que o adolescente promova um desenvolvimento de forma a entender suas práticas e atitudes em relação aos seus maus hábitos alimentares. Com isso, os trabalhos de educação nutricional colaboram para que o adolescente interaja com o outro, e tenha a oportunidade de receber orientações a respeito de uma boa alimentação. Dessa forma, esse tipo de ação pode colaborar para mudança de maus hábitos que os estudantes possuem (RODRIGUES; BOOG, 2006).

A escola deve ser vista como um local de promover a alimentação saudável, de forma a contribuir para que os alunos tenham boa saúde. A promoção da alimentação saudável na escola segue alguns critérios, relatados abaixo:

- Ações de Educação Alimentar e Nutricional, com respeito à alimentação regional;
- O estímulo à produção de hortas escolares, a partir da realização de atividades com os alunos e o uso dos alimentos produzidos na alimentação escolar;
- O estímulo à implantação das boas práticas de manipulação nos serviços que ofertam alimentação escolar;
- A restrição ao comércio de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gorduras trans, açúcar livre e sal e incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes; e
- O monitoramento da situação nutricional dos escolares (BRASIL, 2008, p.11).

Um estudo realizados com adolescentes para investigar o consumo alimentar deste público mostra que estão totalmente desbalanceados. Segundo estudiosos, este padrão inadequado da alimentação não é por falta de informação, pois são feitos muitos trabalhos nas escolas sobre educação alimentar e nutricional. Mesmo com esses trabalhos envolvendo educação nutricional com estes adolescentes, com o objetivo de melhorar a ingestão do que consomem, observa-se que isso não está contribuindo para haver mudanças dos hábitos. Por isso é fundamental que a família tenha consciência da importância de bons hábitos alimentares, e de que seus filhos obtêm esses hábitos na família, com amigos e também com a mídia. Então, quanto mais precoce o indivíduo possuir hábitos saudáveis melhor será o consumo e saúde dos adolescentes (ZANCUL; OLIVEIRA, 2007).

Os “ Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas” foi criado com o objetivo de conseguir a adesão da comunidade escolar a hábitos alimentares saudáveis. Há o intuito de se fazer ações e trabalhos complementares de acordo com a realidade de cada ambiente escolar:

1º passo: A escola deve definir estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis.

2º passo: Reforçar a abordagem da promoção da saúde e da alimentação saudável nas atividades curriculares da escola.

3º Passo: Desenvolver estratégias de informação às famílias dos alunos para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, enfatizando sua co-responsabilidade e a importância de sua participação neste processo.

4º Passo: Sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos mais saudáveis, adequando os locais de produção e fornecimento de refeições às boas práticas para serviços de alimentação e garantindo a oferta de água potável.

5º Passo: Restringir a oferta, a promoção comercial e a venda de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal.

6º Passo: Desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola.

7º Passo: Aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras, com ênfase nos alimentos regionais.

8º Passo: Auxiliar os serviços de alimentação da escola na divulgação de opções saudáveis por meio de estratégias que estimulem essas escolhas.

9º Passo: Divulgar a experiência da alimentação saudável para outras escolas, trocando informações e vivências.

10º Passo: Desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional dos escolares, com ênfase em ações de diagnóstico, prevenção e controle dos distúrbios nutricionais (BRASIL, 2008, p. 12).

2.13 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Transição nutricional é a transformação no estilo nutricional da população, ligada a alterações na parte social, demográfica e econômica. Todos estes aspectos citados estão diretamente envolvidos com a saúde dos indivíduos, podendo trazer consequências como o aumento do sobrepeso e da obesidade em toda população (LANG; NASCIMENTO; TADDEI, 2009).

Pontes e outros autores (2011) relataram que no Brasil e em diversos países em desenvolvimento têm acontecido inúmeras mudanças em relação ao perfil nutricional dos indivíduos. Este fenômeno é conhecido como transição nutricional e ocorreu devido às transformações econômicas e demográficas das últimas décadas.

Essa transição foi acompanhada pelo aumento do consumo de calorias pelos indivíduos. No ano de 2009, foi possível observar que houve uma ingestão energética ao dia maior que 2000 Kcal. A ingestão excessiva do alimento é um dos

motivos para o aumento do excesso de peso da população, situação parecida com o que ocorre nos países desenvolvidos, como nos Estados Unidos. Este comportamento é mais observado em adolescentes do sexo masculino (BRASIL, 2012e).

A transição nutricional é designada pela diminuição de déficits nutricionais, pelo aumento de peso e também pela presença de anemias carenciais referente a uma alimentação inadequada da população, modificações que aconteceram devido ao progresso econômico e social (SANTOS et al., 2011).

Nas épocas passadas era coletado, produzido e consumido o alimento na forma natural. Porém, atualmente a população compra marcas e embalagens promovidas pelas empresas alimentícias. Se antes os bebês consumiam o leite materno, hoje consomem papas que são compradas prontas. A carga de morbidade e mortalidade migrou de padrão de doenças infectocontagiosas para doenças crônicas. Logo surgiram as famosas “doenças da modernidade”, tais como dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, entre outras. O surgimento destas doenças está ligado à alimentação muito calórica, com excesso de gordura saturada, trans, açúcar, sal, associados ao sedentarismo da população (BATISTA FILHO; BATISTA, 2010).

Mendes e Catão (2010) explicam que, devido à transição nutricional, houve alterações nos hábitos alimentares dos adolescentes: ocorreu uma diminuição do consumo de LVF, cereais, e em contrapartida aumentou o consumo de alimentos com elevada quantidade de açúcar e gordura, ou seja, alimentos com valor calórico elevadíssimo.

Portanto, o Guia Alimentar orienta um maior consumo de alimentos variados, *in natura* e minimamente processados, com o objetivo de impedir o aparecimento de câncer e a prevenção de outras DCNT (BRASIL, 2014).

Como foi comentado em parágrafos anteriores, por meio da transição nutricional, os transtornos nutricionais foram se transformando de desnutrição para a obesidade. Isso ocorreu nos países em desenvolvimento, por causa da industrialização e da urbanização, além da inserção da mulher no mercado de trabalho. Devido a essas mudanças, houve mais ingestão de calorias e redução do exercício físico. Alimentos pobres em nutrientes e prejudiciais à saúde foram priorizados e reduziu-se o consumo de alimentos saudáveis, como LVF e cereais integrais. No entanto, este

estilo de alimentação foi colaborando para o desenvolvimento dos hábitos alimentares incorretos, em especial na fase da adolescência e da infância. Tudo isso colabora para o surgimento de doenças na vida adulta, e também no momento atual (SODER et al., 2012).

2.14 OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Tardido e Falcão (2006) relataram que a obesidade é uma doença que ocorre quando a gordura se expande no corpo do indivíduo, decorrente de uma dieta calórica e pobre em atividade física, refletindo em uma vida sem qualidade. Os autores ainda falaram que no Brasil a obesidade é considerada a 3º doença nutricional, sendo vencida somente pela desnutrição e anemia.

Muitos estudos sobre obesidade têm sido realizados, com o objetivo de descobrir suas causas e consequências. A obesidade ocasiona doenças ao indivíduo e desordens psicológicas. Tanto em países em desenvolvimento como em países ricos, a obesidade tem aumentado em larga escala, e o déficit de peso corporal, reduzido (MELO; TIRAPEGUI; RIBEIRO, 2008).

Segundo Neutzling e outros (2010) o padrão de vida não saudável dos adolescentes, como o consumo elevado de gordura, sal e a falta de consumo ou a baixa ingestão de fibras, potássio, e a ausência de exercício físico e o tempo exposto à televisão está acarretando no aumento da pressão arterial e a redução da tolerância à glicose no adolescente e até mesmo na criança.

Blasi e Campos (2008) relataram que, tanto a baixa como a alta renda e a obesidade estão caminhando juntas, através das transformações nutricionais que vêm acontecendo há anos. Segundo esses estudos, famílias com baixa renda tendem a ingerir alimentos mais calóricos por serem eles mais acessíveis às suas condições financeiras. No entanto, o mesmo foi observado em famílias com renda alta: a obesidade entre os adolescentes predominou, pois os mesmos têm acesso fácil aos alimentos mais calóricos.

Estudos realizados no Brasil sobre o consumo de verduras, frutas e legumes pelos adolescentes mostram que foi possível encontrar pouco consumo desses vegetais por este grupo, o que é considerado preocupante, porque esses vegetais são ricos

em nutrientes e fibras, que colaboram para proporcionar mais saúde, evitando algumas doenças, como a própria obesidade, câncer, diabetes mellitus e doenças do coração (BIGLIO et al., 2011).

No período da adolescência, a dieta destes indivíduos, na maioria das vezes, é composta por uma alimentação inadequada e, atrelada a isso, a falta da atividade física. Há ainda um fator agravante, que são os tipos de brincadeiras, diferentes das de antigamente (correr, andar de bicicleta, pular corda), atualmente as brincadeiras são jogar vídeo game, jogos no computador e jogos no celular, ou seja, os adolescentes só se divertem sentados. Resume-se que os adolescentes têm uma vida sedentária e rica em uma alimentação repleta de guloseimas (DANELON; DANELON; SILVA, 2006).

Segundo os autores Quaioti e Almeida (2006) relataram, que as causas ligadas à obesidade são diversas: ambientais, genética, consumo exagerado de alimentos calóricos, a má qualidade do que se come e também o baixo nível de atividade física. As questões genéticas infelizmente não têm como serem mudadas, mas as causas ambientais podem ser mudadas com orientações nutricionais, diante disso, é visto que 80% dos adolescentes obesos vão ser adultos obesos.

Segundo os autores Conti, Gambardella e Frutuoso (2005) a obesidade tem se expandido de forma global e já é considerada uma epidemia, afetando todas as fases da vida do indivíduo, em especial os adolescentes. No Brasil, houve um aumento da obesidade em 9% dos adolescentes, durante um período de 20 anos.

A ingestão de *fast food's* e lanches, acompanhados de dietas inadequadas nutricionalmente, colaboraram para a obesidade, pelo fato desses alimentos terem altas taxas calóricas. Além disso, neles há deficiência de cálcio, ferro, vitamina A e C. Segundo estudos, 40% dos adultos obesos possuíam sobrepeso nos primeiros anos de vida. O mesmo estudo mostrou que adultos, quando adolescentes com excesso de peso, somam uma porcentagem de obesidade no momento atual de aproximadamente 80% (TEIXEIRA et al., 2011).

Estudos realizados em 1989 com adolescentes, para análise do estado nutricional deste público, relataram um predomínio de excesso de peso em meninas. A obesidade é maior entre os adolescentes de países desenvolvidos, sendo recomendado que faça o monitoramento e o controle do excesso de peso com essa

população, para prevenir morbidades. Além das doenças que podem ser provocadas pela obesidade, os adolescentes estão sujeitos à discriminação e também às dificuldades físicas, como: problemas na coluna, ortopédicos, grandes dificuldades para se movimentarem, por causa do peso exagerado (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006; SANTOS et al., 2005).

De acordo com Toral, Slater e Silva (2007) foram realizadas pesquisas no Brasil, nas décadas passadas, sobre a obesidade em adolescentes, comparando os anos 70 e 90. Deste modo, foram obtidos os seguintes resultados: os meninos adolescentes tiveram um aumento de peso elevado, acima de 10%. Em relação às meninas, a elevação de peso foi maior, ficando bem acima do percentual dos meninos. É bem nítido que a obesidade vem se expandindo entre os adolescentes já desde os anos anteriores, uma grande preocupação para a saúde do povo brasileiro.

Segundo Araújo e outros autores (2009) relataram, devido ao fato de o período da adolescência representar baixa possibilidade de adquirir morbimortalidade, acredita-se que esses adolescentes estão tendo pouca atenção em relação à saúde por parte das políticas públicas. Desta forma, pelos dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares, os adolescentes brasileiros apresentaram uma porcentagem superior a 15% de sobrepeso, e também foram identificados 2,3% de obesidade. Além disso, no ano de 2009 a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar analisou como estava o estado nutricional de 58.971 adolescentes brasileiros da rede de ensino pública e privada, e concluíram que havia um predomínio de 23% com sobrepeso e 7,3 % com obesidade. É válido ressaltar que esses resultados foram maiores nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.

É comum ver o adolescente obeso sentir-se incomodado com seu visual, devido ao incômodo comum da idade e à cobrança da própria mídia por um corpo perfeito. Infelizmente, atrelado a isso, ainda podem acontecer apelidos dolorosos por parte dos colegas. O adolescente nem sempre está disposto ao tratamento, por isso, ele precisa de ajuda dos pais e dos profissionais da saúde para que consiga chegar a um corpo saudável e desejado, colaborando para elevar sua autoestima. Como a fase da adolescência é o último período das modificações corporais na vida do indivíduo, essas mudanças têm toda possibilidade de serem eficazes. É muito importante que haja orientação dos pais aos seus filhos nesse momento, pois os

adolescentes são imaturos nas suas escolhas alimentares e devem ser incentivados a seguir o tratamento para a melhoria de sua saúde (SODER et al., 2012).

A obesidade vem trazendo muitos gastos para a saúde no Brasil. Prova disso é que nos países industrializados o tratamento contra a obesidade engloba de 2 a 8% do total de gastos com a saúde. Estudos realizados no Brasil no ano de 2003 mostraram que são gastos com a obesidade em torno de 1 bilhão e 100 milhões, envolvendo despesas de consultas, remédios e internações para tratamento da obesidade. Somente o SUS disponibiliza um valor de 600 milhões em reais para serem usados nas internações destinadas à obesidade (PORTO; MORAIS; RASO, 2007 apud ENES; SLATER, 2010).

2.15 INFLUÊNCIAS DO MARKETING NUTRICIONAL NO PADRÃO ALIMENTAR DE ADOLESCENTES

O marketing nutricional pode apresentar aos consumidores dados diferenciados em relação às características nutricionais do produto. A indústria visa diferenciar seu produto com o marketing, colocando informações nutricionais que o público deseja encontrar, com o objetivo de passar uma imagem de um alimento saudável. Essa atitude acaba influenciando os indivíduos a consumirem o alimento, dando a ideia de que este possui nutrientes fundamentais (SCAGLIUSI; MACHADO; TORRES, 2005).

Foi realizada uma pesquisa, para análise do marketing alimentício na televisão, e o que prevaleceu foi o consumo maior de óleos, gorduras e doces. Entretanto, há uma recomendação de consumo mínimo destes. Em compensação, as propagandas mostraram uma diminuição do consumo de cereais, massas e pães e também de carboidratos complexos, porém, estes alimentos são essenciais para a obtenção de energia para os indivíduos. Como se pode observar, os alimentos menos indicados para o consumo são justamente os mais recomendados à ingestão, por proporcionarem mais benefícios à população, ao passo que alimentos mais apontados para consumo nas propagandas são os menos indicados para os indivíduos, porque o exagero na ingestão pode trazer grandes malefícios à saúde (PONTES et al., 2009).

Segundo Moura (2010), no Brasil, entre os meios de comunicação que existem, a televisão foi a que apresentou maior capital investido em relação aos outros meios

de publicidades, de acordo com o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística no início do ano de 2006. A televisão se mostrou majoritária em relação a esse tipo de propaganda, ocupando metade do espaço entre os outros meios de comunicação. No ano de 2005, a área alimentícia fez um investimento de 1 bilhão de reais em propagandas.

Uma pesquisa feita com adolescentes para averiguar a exposição destes à televisão foi comprovado que as propagandas exercem influência direta nas escolhas alimentícias deste público. Os estudos mostraram, ainda, que indivíduos que ficam mais em frente à televisão são mais propícios a consumirem alimentos menos saudáveis do que os outros que não ficam expostos à televisão (MOURA, 2010).

Segundo Buss e colaboradores (2011) relataram em seus estudos, os adolescentes são imaturos nas escolhas alimentares, só pensam no prazer de comer o alimento no momento, não importando com a falta de qualidade dos mesmos. Isso inclui também a influência da mídia e de quem convive com este adolescente, juntamente à autonomia que eles têm na escolha do que desejam comer, e a falta da prática do exercício físico. Portanto, esta situação pode reduzir necessidades dietéticas, pois o desejo de um corpo perfeito (idealizado pela mídia) se sobressai em relação à alimentação, fator que afeta o estado nutricional destes indivíduos.

No Brasil, foi identificada uma quantidade relevante de propagandas sobre alimentos, sendo que 57,8% eram de alimentos ricos em gorduras, óleos e doces. A segunda mais citada era de cereais, pães e massas sendo 21,2%. Em terceiro, leite e derivados sendo 11,7%. Já as leguminosas e carnes foram de 9,3%. Observou-se que das propagandas estavam ausentes às frutas, as verduras e os legumes, ou seja, os alimentos vistos nos comerciais são inadequados e incompletos em valores nutricionais (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

De acordo com os autores Quaioti e Almeida (2006), as pesquisas feitas com adolescentes mostram que nos comerciais foram incentivados o consumo de refrigerantes e salgadinhos (chips). Como já foi citado, 82,4% das escolhas alimentares desses adolescentes são esse tipo de alimentação. Logo, conclui-se que o tempo em que o adolescente fica exposto às propagandas incentiva diretamente seus hábitos alimentares. Isso contribui para reduzir a taxa metabólica, e esta situação associada à falta de atividade física colabora para aumento de peso.

Os tipos de marketings existentes foram analisados por alguns estudiosos, e assim viram que a televisão é o principal veículo de produtos alimentícios. Ela ganha inclusive de propagandas de brinquedos, direcionadas às crianças e adolescentes. Os produtos anunciados tinham maior índice de açúcar, gordura e sal. Já as propagandas sobre frutas e vegetais quase não existiam. Esse fato colabora bastante para que esse público tenha preferência por alimentos mais calóricos e menos nutritivos, e como este público ainda é imaturo nas suas decisões, acabam deixando se levar pelas propagandas (LANG; NASCIMENTO; TADDEI, 2009).

Estudiosos da área da saúde demonstram uma preocupação em relação às quantidades de componentes contidos em alimentos e bebidas que causam malefícios a saúde. Devido a isso, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou a Resolução 24/2010 que dispõe:

Sobre a oferta, a propaganda, a publicidade, a informação e outras práticas correlatas, cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos com quantidades consideradas elevadas de açúcar, gordura saturada, gordura trans, sódio e de bebidas com baixo teor nutricional, em quaisquer que sejam as formas e os meios de sua veiculação (rádio, televisão, cinema, jornais, revistas, demais impressos, folders, panfletos, filipetas, displays, internet, entre outros) (BRASIL, 2010 apud REIS; VASCONCELOS; BARROS, 2011).

O objetivo da Resolução 24/2010 era impedir o aumento de DCNT, em especial no público adolescente e infantil, por causa da maior vulnerabilidade desse público aos meios de comunicação. A resolução exigia que as empresas alimentícias informassem, nas embalagens, alertas do que poderia vir a acontecer com a saúde do indivíduo, caso o consumo de determinado alimento ou bebida fosse excessivo. No entanto, esta resolução foi suspensa pela 16^o Vara Federal de Brasília, segundo foi relatado pela Associação Brasileira da Indústria da Alimentação (Abia), que a ANVISA não ter capacidade para criar leis de publicidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2010; REIS; VASCONCELOS; BARROS, 2011).

No Brasil, existe uma autorregulamentação publicitária que é exercida pelo CONAR (Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária), esse Conselho possui diretrizes éticas que os anunciantes precisam seguir ao fazerem anúncios de produtos ou trabalhos. O CONAR tem o objetivo de proteger o consumidor de publicidades que sejam enganosas e excessivas, ou que possam trazer

constrangimento a empresas ou aos consumidores. Portanto, o Brasil possui regulamentações estatais que protegem o público infante-juvenil, em relação ao marketing excessivo de comidas e bebidas que podem prejudicar a saúde destes indivíduos, sendo duas delas: o Estatuto da Criança e do adolescente (ECA) e o Código de Defesa do Consumidor (CDC). O ECA tem a obrigação de proteger a vida e saúde deste público, com o intuito de proporcionar um nascimento e desenvolvimento em situações sadias e dignas. O CDC tem o objetivo de proteger o consumidor de publicidades que enganem a população, ou que ocorram de forma exagerada ao consumidor (LANG; NASCIMENTO; TADDEI, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva de corte transversal de base populacional, com coleta de dados primários, análise quantitativa realizada com adolescentes de gênero masculino e feminino, matriculados em duas escolas: uma de rede pública e outra da rede privada do município de Cariacica.

3.2 AMOSTRA

A amostra escolhida foi realizada por conveniência em duas escolas, no município de Cariacica, envolvendo 50 adolescentes da escola pública e 50 da privada. A seleção foi de forma aleatória.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Somente participaram desta pesquisa, adolescentes alfabetizados, devido à necessidade de saber ler, compreender e responder o questionário existente no estudo, e os que assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), e também foi necessário que os pais destes adolescentes assinassem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B), permitindo seus filhos (as) a participarem do estudo.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos todos os adolescentes que não desejaram participar do estudo, e também os que não assinaram os Termos de Assentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

3.5 COLETAS DE DADOS

Para a realização da pesquisa foi aplicado um Questionário de Frequência Alimentar Adolescentes (QFAA), composto de perguntas abertas e fechadas (Anexo A), da Universidade de São Paulo. Além disso, foram aferidos dados antropométricos de peso e altura. Esses dados foram adquiridos com prazo de três semanas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta dos dados somente aconteceu após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Todos os aspectos éticos foram respeitados, de acordo com a RESOLUÇÃO nº466/12.

Este trabalho envolveu seres humanos, com isso, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi apresentado aos responsáveis pelos adolescentes, e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos próprios participantes. Além disso, as instituições que participaram da pesquisa assinaram a Carta de Anuência (Apêndice C).

3.7 MÉTODO

Para a realização da pesquisa, foi preciso que ocorressem alguns procedimentos. Inicialmente, foi feito contato com as escolas de Cariacica para pedir permissão para que pudessem participar do projeto. O contato foi pessoalmente para passar todo esclarecimento sobre a pesquisa; na escola privada, foi feito diretamente com o proprietário da escola; já na pública, com a diretora da escola. Depois de confirmada a participação das escolas, foi pedido que o responsável assinasse uma autorização por meio da carta de anuência.

Após todos os critérios citados anteriormente, a pesquisa foi desenvolvida, mas a coleta de dados aconteceu somente após a aprovação do comitê de ética. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória, de ambos os sexos, na quantidade total de 100 alunos (50 da escola privada e 50 da escola pública). Depois da seleção dos adolescentes e a entrega dos termos assinados para a pesquisadora, cada participante recebeu um questionário, que foi respondido

individualmente com o tempo de 20 minutos. Em seguida, foram coletadas as medidas antropométricas, peso e altura.

Para a coleta do peso e altura dos adolescentes foram necessários dois equipamentos: a balança (nesse caso, foi eletrônica) da marca Tanita, com capacidade para pesar 150 Kg. E para a aferição da altura foi usado o estadiômetro portátil de marca Altuxata, que tem capacidade de aferir até 2,13 metros.

Segue abaixo as técnicas que foram utilizadas para realizar as medidas antropométricas dos adolescentes:

Aferição de peso:

1º Passo

A balança deve estar ligada antes da criança, adolescente ou adulto ser colocado sobre ela. Esperar que a balança chegue ao zero.

2º Passo

Colocar a criança, adolescente ou adulto, no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.

3º Passo

Realizar a leitura após o valor do peso estar fixado no visor (BRASIL,2004).

Aferição de altura:

1º Passo

Posicionar a criança, adolescente ou adulto descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.

2º Passo

Encostar os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede.

3º Passo

Os ossos internos dos calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos. Unir os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas.

4º Passo

Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Retirar a criança, adolescente e adulto, quando tiver certeza de que o mesmo não se moveu.

5º Passo

Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento (BRASIL, 2004).

Em seguida, foi calculado o IMC dos estudantes, a partir do peso e altura adquiridos. Segundo Brasil (2011), para cálculo do IMC, deve-se dividir o peso pela altura ao quadrado, segundo a fórmula abaixo:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$$

Após as aferições feitas e os questionários aplicados, foram analisados os hábitos alimentares por meio do QFAA. Através do IMC calculado, foi analisado o IMC por idade (Anexo B) dos adolescentes. Além disso, foi necessário o quadro de ponto de corte de IMC para idade (Anexo C), para identificar o estado nutricional do grupo.

Após todos estes processos, foi feita uma comparação entre as duas instituições em relação aos hábitos alimentares e estados nutricional dos adolescentes.

3.8 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva com medidas de mediana, média, desvio padrão, porcentagem e P-Valor das estatísticas não paramétricas para os Testes de Fisher, que substitui o teste Qui-quadrado por razões técnicas e P-Valor do teste de Mann-Whitney. O nível de significância para rejeitar a hipótese de igualdade de proporções ou medianas foi de 5%.

Para a análise dos resultados, foram digitados os dados referentes ao estudo em uma planilha do Excel estruturada, em formato de banco de dados para organização das informações, para que, desta forma, fosse realizada a análise estatística, e assim pudesse criar os indicadores. No total, foram coletadas informações de 100 estudantes, 50 de cada rede de ensino.

Em seguida, foi necessário criar uma metodologia para padronizar as informações. Como o QFAA abrange respostas em diferentes unidades de tempo, optou-se por trabalhar com dados mensais, trazendo as informações para esta unidade de tempo. As informações de porções médias, diárias, semanais e anuais passaram por operações matemáticas para que fossem apresentados nesta unidade de tempo.

Outra padronização foi feita com os dados usando as informações do tamanho das porções ingeridas. Os dados tiveram pesos arbitrários determinados de acordo com

a classificação de tamanho da porção. Porções pequenas receberam peso (0,5), porções médias peso (1,0) porções grandes (1,5) e porções extragrande peso (2,0).

Dessa forma, as informações do banco de dados, tabelas, gráficos e testes estatísticos referentes a hábitos alimentares representam o número médio de porções mensais ingeridas por cada aluno.

Na análise dos dados, do QFAA e das medidas antropométricas, foram analisados e elaborados gráficos e tabelas para o desenvolvimento dos resultados encontrados e para discursão do estudo.

3.9 HIPÓTESES

Considerando o exposto, foi formulada a hipótese:

H1 – Existe diferença do estado nutricional entre instituição pública e privada.

H2 – Existe diferença dos hábitos alimentares entre estudantes da instituição pública e privada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi composta de 100 adolescentes, 50 eram da escola pública e 50 da particular, com idade de 10 a 18 anos, apresentando média de idade de 12 anos. Dos pesquisados, 68 eram adolescentes do sexo feminino, e 32 do sexo masculino, sendo 76 % de meninas e 24% de meninos de escola pública e 60% de meninas e 40% meninos de escola particular (Tabela 1).

Conforme os resultados apresentados na tabela 1, referente ao estado nutricional dos adolescentes, em sua grande maioria, tanto os alunos de escola pública como particular foram classificados pelo IMC por idade com eutrofia. Mesmo que o estado nutricional tenha apresentado eutrofia em 72% dos casos na rede pública e 62% na particular, o restante dos alunos estão em risco nutricional, sendo 4 % em estado de magreza, 18% de sobrepeso e 6 % de obesidade na rede pública, enquanto da rede particular 6% obtiveram magreza, 18% sobrepeso e 14% obesidade.

Tabela 01 - Número de alunos por gêneros e rede de ensino, e classificação do estado nutricional dos estudantes

Variáveis	Respostas	Rede Pública		Rede Particular		P-Valor
		Obs.	Perc.	Obs.	Perc.	
Gênero	Feminino	38	76%	30	60%	0,13
	Masculino	12	24%	20	40%	
Total		50	100%	50	100%	-
Estado nutricional	Eutrofia	36	72%	31	62%	0,56
	Magreza	2	4%	3	6%	
	Obesidade	3	6%	7	14%	
	Sobrepeso	9	18%	9	18%	
Total		50	100%	50	100%	-

FONTE: Elaboração própria

Segundo a tabela 1, apesar de superior, o número de meninas estudantes da escola pública não teve uma proporção superior ao número de meninos quando comparada estatisticamente de acordo com o teste de Fisher/Quiquadrado, realizado para confirmar as diferenças. Não houve evidência considerando significância de 5% para afirmar que o número de alunos do sexo feminino estudantes da rede pública é diferente da rede privada. O P-valor encontrado no teste de Fisher foi 0,13.

Em relação ao estado nutricional, foi rejeitada a hipótese (H1) de medianas entre as redes de ensino pública e particular. Não houve diferença significativa do estado

nutricional entre as redes de ensino (P-valor foi igual a 0,56). Foi possível observar que, apesar de não ter ocorrido uma diferença estatística, a instituição particular apresentou percentual mais elevado de obesidade do que a instituição pública.

Toral e colaboradores (2006) realizaram um estudo com adolescentes, com sobrepeso e obesidade analisando os hábitos alimentares deles, e encontrou faixa etária semelhante ao encontrado nesse estudo, que foi de 10 a 18 anos para ambos os sexos.

Scarsi (2010) em seu estudo, realizado no município de Santa Catarina com amostra de 65 adolescentes de escolas públicas e privadas, sendo 28 alunos da escola pública, (8 do sexo masculino e 20 do sexo feminino) e 37 alunos da privada (13 do sexo masculino e 24 do sexo feminino), encontrou resultado similar a este trabalho, em que o sexo feminino revelou maior prevalência embora sem diferença significativa dos gêneros entre as escolas.

Estudo feito com 139 adolescentes de rede de ensino pública, com idade de 10 a 16 anos, foi constatado pelo autor que a maior parte dos alunos se encontrava eutróficos (75,53%) o restante dos alunos estavam com sobrepeso (11,51%) obesidade (5,03%) e baixo peso (7,91%), resultado similar a este trabalho (MENDES, 2009).

Scarsi (2010) analisou em seu estudo, o estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de uma rede de ensino pública e outra privada em Santa Catarina no município de Forquilha, sendo que o resultado do estado nutricional dos estudantes em sua maioria tiveram eutrofia e os restantes dos adolescentes estavam em risco nutricional. Na escola privada, 73 % obtiveram eutrofia, 19% sobrepeso e 8% obesidade. Já na escola pública, 71 % obtiveram eutrofia, 18% sobrepeso e 11% obesidade. Desta forma, o resultado foi similar ao encontrado neste trabalho.

Em estudo feito com adolescentes da rede de ensino pública, apresentando idade entre 10 e 16 anos, o autor pôde encontrar no estudo, estado nutricional em sua grande maioria eutróficos sendo 75,53 % e o restante dos alunos se encontravam com risco nutricional, 11,51% estavam sobrepeso, 5,03% obeso e baixo peso 7,91% (MENDES, 2009).

Em outro estudo feito com adolescentes de duas escolas técnicas particulares, o autor encontrou resultado similar a este trabalho, podendo ser apresentado maior predomínio de adequação do estado nutricional, e menor de risco nutricional (apenas 3,8% com baixo peso e 13% com excesso de peso). Apesar disso, não teve diferença significativa entre os gêneros das escolas (TORAL et al.,2006).

Conforme a tabela 2, o consumo dos adolescentes da instituição particular foi maior para: queijo mussarela, prato, parmesão, provolone, minas, ricota, caipirinhas e bebidas destiladas. Já a instituição pública teve maior consumo de sorvete, suco industrializado, salgados fritos, sorvete, refrigerante, biscoitos amanteigados, recheados, waffer.

Tabela 02 – Diferenças para hábitos alimentares entre os alunos das escolas, pública e privada

Variáveis	Escola Pública			Escola Particular			P-Valor
	Média	Mediana	Des. Padrão	Média	Mediana	Des. Padrão	
Caipirinha, destilados,	0,67	0,50	0,29	11,81	12,00	9,72	0,05
Queijo mussarela, prato, parmesão, provolone	15,70	4,29	27,35	18,61	12,86	23,62	0,01
Queijo minas, ricota	5,95	3,07	7,91	12,78	5,47	19,67	0,05
Sorvete	22,97	6,43	46,50	8,65	5,25	8,96	0,04
Suco industrializado	22,41	8,57	31,58	10,86	6,43	14,55	0,02
Salgados fritos(pastel, coxinhas, rissóis, bolinho)	17,00	8,57	39,25	8,16	4,29	10,32	0,02
Biscoito recheado, waffer , amanteigado	29,26	12,86	58,86	14,90	4,29	33,56	0,01
Refrigerante	42,38	19,29	71,05	18,76	8,57	31,88	0,01

Fonte: Elaboração própria

Segundo a análise dos hábitos alimentares dos adolescentes das duas instituições, considerando 5% de significância para rejeitar a hipótese (H2) nula de igualdade de medianas, os resultados obtidos mostraram que ambos os alunos das duas instituições tiveram hábitos inadequados.

No entanto, os alimentos consumidos pelos adolescentes da escola particular, que foram os queijos de diversos tipos são considerados alimentos processados. O Guia Alimentar recomenda que o consumo desses alimentos seja de baixa frequência, pois o excesso de alimentos processados causa doenças cardiovasculares,

obesidade e demais outras DCNT's. Já os alunos de escola pública, apesar desta possuir o PNAE, obtiveram maior consumo de alimentos ricos em sódio, açúcar e gorduras, chamados de ultraprocessados. O grande consumo desses alimentos causa obesidade, câncer, diabetes, doenças do coração (BRASIL, 2014).

Estudo realizado por Lima, Fonseca e Guedes (2010) com escolares de ensino médio, de escola pública e privada de 14 a 18 anos, encontrou resultados de consumo menor que 3 vezes por semana de queijo e leite, não havendo diferença de consumo nas escolas que participaram do estudo, sendo que neste estudo o consumo de queijo foi maior por alunos da rede privada.

Conceição e colaboradores (2010) relataram em seu estudo, realizado com alunos de uma escola pública e outra particular, que o consumo de queijo foi maior entre os adolescentes de escola particular. Desta forma, este resultado foi similar ao atual trabalho.

Em outro estudo elaborado com adolescentes de 10 a 19 anos, em um estado da região Nordeste, foi constatado que o consumo de queijo foi maior entre os adolescentes do sexo feminino (MARTINS, et al., 2014).

O consumo de leite e derivados é importante na vida dos adolescentes, pois nesse tipo de alimento está presente o cálcio, que é essencial para o organismo, pois é responsável para formação e manutenção dos ossos, ou seja, proporciona ao osso saúde. E como o adolescente está em fase de acelerado crescimento e desenvolvimento, o cálcio é primordial na vida deste, pois estudos relatam que deficiência de cálcio pode provocar déficit de crescimento como também formar ossos doentes (BUENO; CZEPIELEWSKI, 2008).

Estima e colaboradores (2011) citaram em seu estudo com adolescentes de escola pública que as bebidas que mostraram prevalência maior de consumo neste público, foram sucos industrializados e refrigerantes, resultado este similar ao atual estudo.

Outro estudo sobre o mesmo tema relata que o elevado consumo de refrigerantes e de outras bebidas com alto teor de açúcar, como o próprio suco industrializado, pode acarretar, nos indivíduos, ganho de peso, devido ao aporte energético em relação à saciedade de líquidos ser diferente de alimentos que são sólidos. Além disso, os alimentos industrializados também são ricos em ácidos graxos trans, gordura saturada, sódio, entre outros componentes prejudiciais à saúde. Desta forma, com a

obesidade, outras comorbidades podem se associar, como DCNT (GAINO; SILVA, 2011; MONTICELLI; 2010).

Segundo Onório e Mooz (2009) a grande maioria dos adolescentes da escola pública onde realizaram o estudo apresentou um consumo grande de biscoitos ou *waffer*.

Em outra pesquisa realizada com adolescentes de escola pública, os autores puderam observar hábitos inapropriados da parte dos estudantes, no qual mostraram elevado consumo de salgados e também de refrigerantes, sendo semelhante a este estudo (MONTICELLI; SOUZA; SOUZA, 2012).

Os estudantes da escola pública tiveram maior consumo de sorvete, indicando elevado valor de desvio padrão 46,50. Logo, há grande variação do consumo de sorvete entre os alunos da escola pública (Tabela 2).

Cantuária e Pereira (2012) em seus estudos acharam resultado semelhante a este, no qual se apresenta maior consumo de sorvete em estudantes de escola pública, em relação aos da escola privada.

No estudo de Santos e colaboradores (2005) analisou-se os hábitos alimentares e o perfil antropométrico de adolescentes de escola pública e constatou-se um grande consumo de sorvetes pelos estudantes.

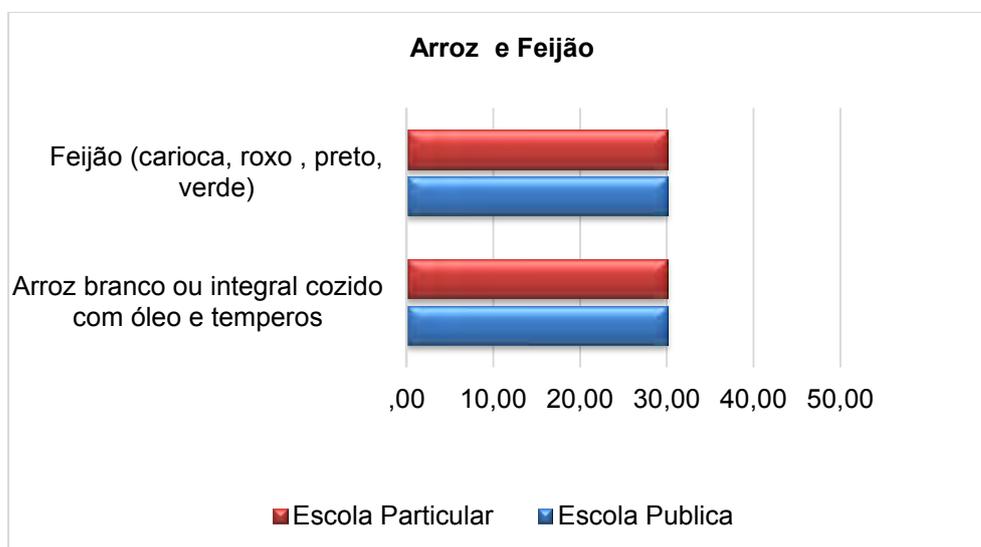
Este estudo mostrou que os alunos da escola particular tiveram maior consumo de caipirinhas e bebidas destiladas. No entanto, em outro estudo realizado com adolescentes também de rede privada, que analisava se os adolescentes consumiam bebidas alcoólicas e quais tinham mais consumo por este público, foi visto no resultado uma diferença de consumo de outras bebidas: em primeiro lugar, estava a cerveja, logo depois o vinho e, por fim, bebidas destiladas (SILVA, 2006).

Em outro estudo realizado com adolescentes, nesse caso de escola pública, concluiu-se que as bebidas de maior consumo foram similares às ingeridas por estudantes de escola particular citados no parágrafo anterior, só que nesse estudo o vinho foi mais consumido, depois cerveja, “batidas” e destilados com menor porcentagem de consumo. Com isso, pode ser visto que a maior parte dos alunos preferem bebidas fermentadas (WESSELOVICZ et al.,2008).

O consumo de álcool por adolescentes é cada vez mais comum, de forma precoce, na presença de amigos e família. No entanto, o consumo excessivo de álcool traz muitos prejuízos à saúde do adolescente, e também pode afetar o rendimento escolar, o convívio social e familiar, entre diversos outros malefícios que pode causar a este público (ANJOS; SANTOS; ALMEIDA, 2012).

De acordo com o gráfico 1, o arroz e o feijão não tiveram diferença significativa de consumo entre as escolas, sendo que o consumo para ambos foi mediana 30. Desta forma, os alunos consomem, pelo menos 1 vez ao dia, arroz e feijão.

Gráfico 01- Diferenças para consumo de arroz e feijão entre os alunos de escolas, pública e privada



FONTE: Elaboração própria

O arroz e o feijão são considerados alimentos minimamente processados, podendo ser consumidos diariamente. A associação desses dois se complementa nutricionalmente (BRASIL, 2014).

Bento, Coelho e Gubert (2013) no estudo com adolescentes de escolas pública e privada, analisaram os hábitos alimentares dos alunos e encontraram, entre os alimentos mais saudáveis, o feijão como alimento que teve maior ingestão entre os estudantes das duas escolas.

Em outro estudo realizado em uma escola particular com estudantes que autores analisaram o estado nutricional e hábitos alimentares de 126 adolescentes, foi encontrado consumo de 4 a 7 vezes por semana de arroz e feijão por esses

estudantes, podendo este trabalho ser semelhante ao atual (NOVAES; PRIORE; FRANCESCHINI, 2004).

Em outro estudo realizado com adolescentes de escola pública, referente aos hábitos alimentares, constatou-se que o consumo habitual desses estudantes foi também o consumo de arroz e feijão. Portanto, esse estudo foi similar com o presente trabalho (SILVA, et al.,2008).

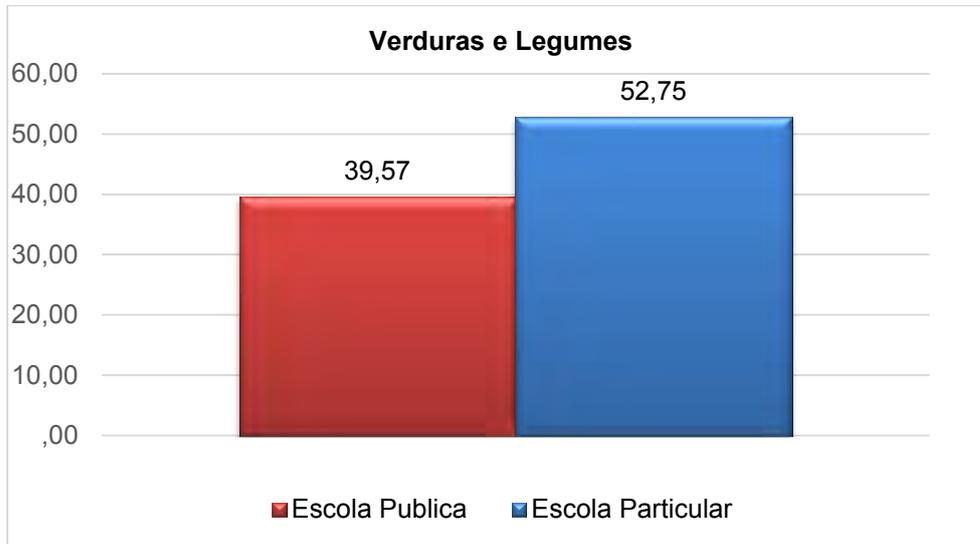
Nuzzo e colaboradores (2010), ao realizarem um estudo para verificar o consumo alimentar de adolescentes, em escola particular, verificaram que o consumo de feijão foi de 1 vez ao dia, resultado semelhante ao deste trabalho.

Santos e colaboradores (2005) realizaram um estudo com adolescentes de escola pública. Os autores tiveram o intuito de pesquisar o consumo alimentar e dados antropométricos deste público, e mais uma vez foi encontrado resultado similar a este: os estudantes tiveram o hábito de consumir o arroz e feijão diariamente.

Os alimentos energéticos, como o arroz, e os construtores, como o feijão, são fundamentais para a saúde dos indivíduos, pois a junção destes dois alimentos é perfeita em relação ao valor nutricional. O consumo deles é primordial para a saúde: o arroz é um alimento que contém carboidrato e fornece também ferro, zinco e vitaminas como a B1 e B2. Já o feijão é fonte de proteína; além disso, também fornece micronutrientes essenciais. É um alimento com pequeno teor de sódio e gordura, não possui colesterol e, além disso, tem quantidade elevada de fibra e carboidrato complexo (ROSANELI, et al.,2007).

Segundo o gráfico 2, as verduras e legumes tiveram consumo mediano 39,57 para escola pública e 52,75 mediano para escola particular. Não houve diferença significativa de consumo entre escolas: a ingesta pelos adolescentes das escolas foi de 1 vez ao dia. Dos legumes e verduras analisados, foram: alface, tomate, cenoura, brócolis, couve flor, repolho, acelga, espinafre, escarola, rúcula, agrião, abobrinha, chuchu, berinjela, pepino.

Gráfico 02 - Diferenças para consumo de verduras e legumes entre os alunos de escolas pública e privada



As verduras e legumes são alimentos *in natura* que devem ser consumidos com frequência, pois são de origem vegetal, e apresentam a base de uma alimentação balanceada (BRASIL, 2014).

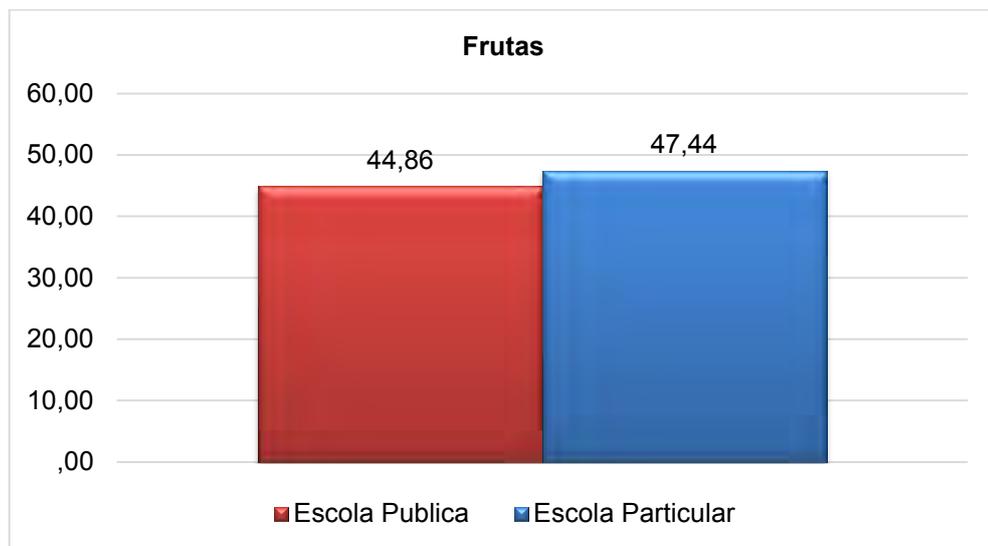
Costa, Cordoni Júnior e Matsuo (2007) realizaram estudo com 2562 adolescentes com idade de 14 a 19 anos de escola pública e privada, que analisaram os hábitos alimentares dos estudantes. Foi constatado maior consumo de alface e tomate por parte dos alunos, em comparação aos outros vegetais.

Em outro estudo feito com adolescentes de escolas públicas e privadas, com idade de 13 a 15 anos, foram analisados os hábitos alimentares dos alunos. O resultado da amostra teve diferença do consumo entre as escolas: a ingestão de vegetais crus e cozidos teve maior prevalência pelos estudantes de escolas particulares (BENTO; COELHO; GUBERT, 2013).

Araki (2010) mostra no seu estudo realizado com adolescentes de escolas profissionalizantes, que o consumo de legumes e verduras foi baixo por esses alunos. As diferenças de consumo podem ser encontradas entre estudantes de ambos os gêneros, sendo maior o consumo de verduras e legumes por parte das meninas.

Conforme o gráfico 3, o consumo de frutas pela escola pública foi mediano 44,86 e na escola particular mediano 47,44, foi observado que não teve diferença significativa no consumo entre escolas, ambas tiveram em média o consumo de 1 vez ao dia. Das frutas analisadas, foram: goiaba, uva, banana, mamão, melão, melancia, maçã, pera, laranja, mexerica, abacaxi.

Gráfico 03 - Diferenças para consumo de frutas entre os alunos de escolas, pública e privada



Fonte: Elaboração própria.

Martins e colaboradores (2014) elaboraram um estudo realizado com adolescentes, de um estado do Nordeste e identificaram consumo baixo de frutas por parte dos estudantes. Duas frutas foram as mais citadas pelos alunos como mais consumidas: laranja e banana, consideradas frutas com preço mais em conta. Acredita-se que o fato de o estado do Nordeste onde o estudo aconteceu ter situação econômica e social menos favorecida tenha contribuído para esse resultado.

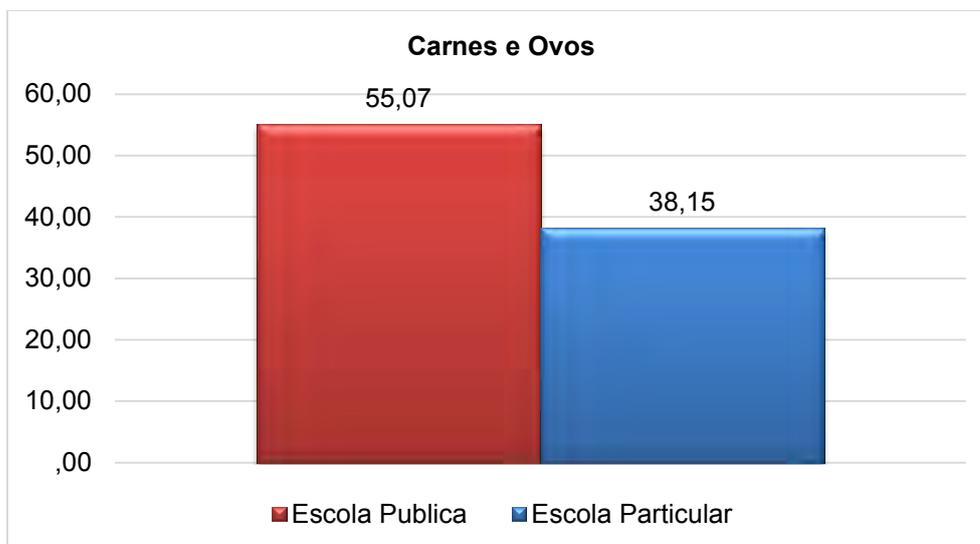
De acordo com estudos realizados por Bento, Coelho e Gubert (2013) sobre o comportamento alimentar de adolescentes de escola pública e particular, o consumo de frutas não teve significância entre as escolas.

Em um estudo feito com 1167 adolescentes de escolas técnicas, foi constatado que o consumo de frutas por esses adolescentes não obtiveram diferença de consumo por ambos os sexos, apenas foi um pouco a mais por parte dos estudantes do sexo masculino (ARAKI, 2010).

Os legumes, verduras e frutas (LVF) são alimentos essenciais para a saúde, pois são fontes de micronutrientes e possuem diversas outras propriedades funcionais, por isso fazem parte de uma dieta saudável. Apesar de todas essas questões, o consumo de LVF é considerado baixo tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos. Esse fator é um dos principais motivos de doenças em todo mundo, como: diabetes, alguns cânceres, doenças cardiovasculares (MUNIZ, et al.,2013).

Segundo o gráfico 4, o consumo de carnes e ovos foi mediano 55,07 na escola pública e 38,15 mediano na escola particular. Obteve-se diferença significativa do consumo entre as escolas pública e privada: o consumo foi de 1 vez ao dia na escola particular e na escola pública 2 vezes ao dia. As carnes analisadas no estudo, foram: bovina, suína, frango e peixe.

Gráfico 4 - Diferenças para consumo de carnes e ovos entre os alunos de escolas públicas e privadas



Fonte: Elaboração própria.

Estudo feito entre adolescentes por Corrêa, Cogni e Cintra (2008), referente ao consumo alimentar e estado nutricional em escola pública, puderam analisar que carnes e ovos foram consumidos por 40,42 % no sexo feminino e 25,6% no masculino. Este resultado foi analisado diariamente, estudo este distinto do presente trabalho.

Segundo Maria e colaboradores (2006) que analisaram os hábitos dos estudantes com excesso de peso de escolas pública e particular, o resultado encontrado para a ingestão de carnes foi de 98,5% pelos alunos das duas escolas.

Em outro estudo, foi analisado o consumo alimentar de adolescentes, na cidade de Goiás, em um Centro de Juventude e foi constatado pelos estudiosos um consumo de carne de 81 % diariamente pelos adolescentes (SANTOS, et al., 2011).

Soder e colaboradores (2012) verificou o consumo alimentar de adolescentes de escola pública e pode comprovar que, dos avaliados, 93,6% não consomem peixe nunca ou raramente. No mesmo estudo, o consumo de carne bovina é de 42,5%, dos alunos, declarando que comem somente às vezes.

Em uma pesquisa realizada com adolescentes da rede pública de ensino, analisou-se práticas alimentares e avaliação nutricional, desses estudantes, podendo ser visto, que o consumo de carne pelas meninas, incluindo bovina, suína e frango, foi de 77% todos os dias. Já o ovo, a maior parte declarou o consumo 1 vez por semana 48,6%. Os meninos consomem 80% de carne todos os dias, e de ovo 76% 1 vez na semana (RUELA; SOUZA JUNIOR, 2010).

Em outro estudo feito com adolescentes de escolas pública e particular, foi observado pelo autor que na escola pública os alunos consomem de 1 a 2 vezes por dia, ovo (18,9%), carne bovina (35,1%) carne porco (10,8%) frango (8,1%) e peixe (2,7%). Já os alunos da particular, também com consumo de 1 a 2 vezes por dia, consomem ovo (25%) carne bovina (46,4%) carne de porco (7,1%) frango (39,2%) e peixe (3,5%) (SCARSI, 2010).

As carnes e os ovos são consumidos pelo povo brasileiro de forma frequente, e talvez isso se deva ao sabor que estes alimentos proporcionam à refeição; eles são ricos em vitaminas, minerais e proteína de alta qualidade. A carne vermelha é muito apreciada em todo Brasil e pode ser preparadas de diversas formas. Elas possuem grandes quantidades de micronutrientes, vitamina B12, ferro e zinco. No entanto, podem ter elevadas quantidades de gordura saturada e o seu consumo elevado contribui para o surgimento de doenças cardiovasculares e diversas outras doenças crônicas. As carnes de aves, em especial a de frango, também é muito consumida pelos brasileiros, também possuem gordura saturada, se localizando na pele da ave. Por isso, recomenda-se a retirada da pele para consumo. Dos pescados (peixes,

crustáceos e moluscos), o peixe é o mais consumido pela população brasileira; entretanto, seu consumo é considerado muito baixo e o preço, elevado, em comparação ao consumo de aves e carne vermelha. O peixe tem elevadas quantidades de gorduras insaturadas, conhecida como saudáveis. Os ovos de galinha, diferente do peixe, são encontrados no Brasil, com valores baixos e acessíveis a população (BRASIL, 2014).

Na tabela 3, foram comparadas as variáveis, quanto aos sexos feminino e masculino em escola pública. Foi possível verificar diferença significativa entre os sexos, identificando maior consumo por parte dos meninos de queijo minas e ricota, já no sexo feminino, houve maior consumo de bolo, chocolates, bombom e brigadeiro.

Tabela 03 - Diferenças para hábitos alimentares, entre os gêneros da escola pública

Variáveis	Feminino			Masculino			P-Valor
	Média	Mediana	Des. Padrão	Média	Mediana	Des. Padrão	
Queijo minas, ricota	4,78	2,14	7,35	8,41	4,29	8,90	0,04
Bolo (simples, recheado)	26,41	7,50	47,13	5,13	3,65	5,39	0,03
Chocolate, bombom, brigadeiro	31,95	8,57	49,78	10,62	4,29	21,51	0,03

FONTE: Elaboração própria.

Toral, Slater e Silva (2007) analisaram os hábitos alimentares de adolescentes que se encontravam com sobrepeso em escolas públicas. Os autores analisaram que o consumo de doces pelos adolescentes foi elevado, com 96,9%, em ambos os sexos.

Ao analisar o consumo alimentar de adolescentes de escola particular, os autores observaram que o consumo de queijo, leite e iogurte foram baixos. No mesmo estudo também foi analisado o consumo de doces e açúcares, e foi constatado um consumo elevado desses alimentos (NUZZO et al.,2010).

Segundo Woichik (2010), ao verificar o consumo alimentar de adolescentes de escola pública de área rural e urbana, o autor analisou que o consumo de chocolate / bombom apresentou-se de forma mais elevada na área urbana, tanto para meninas quanto para meninos.

Leal e colaboradores (2010) realizaram um estudo para verificar o consumo alimentar de adolescentes de escolas públicas e observaram que o consumo de

doces e açúcares foi elevado para ambos os gêneros. No mesmo estudo, analisaram que o consumo de queijo, assim como o de leite e o de iogurte apresentou baixa ingestão.

Em uma pesquisa realizada com adolescentes de escola pública, em relação aos hábitos alimentares deste público, verificou-se que a ingestão de queijo e de iogurte foi baixa. Ainda neste estudo, foi visto que o consumo de doces e açúcares aconteceu de forma elevada, sendo que esses resultados foram referentes aos alunos do sexo feminino e masculino (LEAL, 2008).

A tabela 4 apresentou diferença significativa entre as variáveis, em relação ao sexo feminino e masculino da escola particular. Revelou-se um maior consumo de linguiça entre as meninas, e os meninos tiveram maior consumo de salgados assados, macarrão com molho e com carne, lasanha e nhoque, pizza, panqueca, peixe e frutos do mar, maçã e pera, suco natural, refrigerante, manteiga ou margarina e sanduíche.

Tabela - 04 Diferenças para hábitos alimentares entre os gêneros da escola particular

Variáveis	Feminino			Masculino			P-Valor
	Média	Mediana	Des. Padrão	Média	Mediana	Des. Padrão	
Salgados assados (esfiha, bauruzinho, torta)	3,41	4,04	1,50	15,56	33,20	3,00	0,05
Macarrão com molho com carne, lasanha, nhoque	10,97	14,82	5,50	13,19	36,63	3,50	0,04
Pizza, panqueca	9,55	22,62	2,00	11,63	25,74	6,43	0,02
Linguiça	8,19	17,14	4,29	8,80	5,00	8,57	0,01
Peixe (cozido, frito, assado) e frutos do mar	3,31	4,03	2,00	9,98	14,62	5,00	0,03
Maçã, pêra	10,85	15,53	4,29	20,78	31,55	10,50	0,05
Suco natural	44,29	43,02	30,00	30,42	45,14	17,14	0,03
Refrigerante	10,32	17,84	5,00	30,95	42,85	17,14	0,00
Manteiga ou margarina passada no pão	19,11	27,56	8,57	36,59	34,24	30,00	0,03
Sanduíche (cachorro-quente, hambúrguer)	8,84	22,72	2,14	26,80	69,43	7,79	0,00

FONTE: Elaboração própria.

O estudo feito em escola pública verificou os costumes alimentares de estudantes, identificando maior consumo de maçã e peixe em alunos com excesso de peso; os alunos com peso adequado, o consumo foi maior de refrigerante e suco natural. Já o consumo de macarrão, margarina, pizza, cachorro quente e hambúrguer não tiveram

diferença de consumo entre os alunos de ambos os sexos para esses alimentos (CORTESE, 2010).

Corrêa, Cogni e Cintra (2008) verificaram o consumo alimentar de adolescentes. Segundo os autores, o consumo diário de massas por meninas foi 11,7 % e 7,32% para os meninos, sendo que neste trabalho o consumo dos meninos foi de pelos menos 1 porção ao dia de macarrão, ou seja, maior do que o apresentado no estudo.

Em outro estudo feito com adolescentes de escolas pública, sendo uma da área rural e outra urbana, identificou maior consumo de macarrão, pizza na área urbana, e na rural teve maior consumo de suco de fruta. Sugere-se que o consumo elevado de suco natural na área rural foi devido este local possuir em sua grande maioria plantações próprias destas (WOICHIK, 2010).

De acordo com o estudo de Santos e colaboradores (2005), ao analisar o consumo alimentar de adolescentes de instituições públicas, averiguou-se para ambos os gêneros ingesta maior ou igual a 4 vezes por semana, de manteiga/margarina (63,8%) refrigerante (34,7%) salgados (19,8%). E mais de 50% dos alunos dificilmente comiam peixes e linguiças.

Dias e colaboradores (2013) elaboraram um estudo com adolescentes para verificarem o consumo de refrigerantes e o estado nutricional dos estudantes. A análise do resultado mostrou consumo mais de 2 vezes na semana por meninas e meninos, não obtendo diferença de consumo para os gêneros.

Souza, Tentor e Dorácio (2011) fizeram um estudo com o objetivo de avaliar os hábitos alimentares de adolescentes de escola particular. O resultado apresentou maior consumo por parte dos meninos, de salgado assado com 92,06%, e de refrigerante 23,8%, resultado similar ao atual trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos no estudo não mostraram diferença no estado nutricional entre adolescentes, estudantes de escola pública e particular. O IMC por idade apresentou maior número de eutrófia entre os alunos. Apesar disso, foi identificada uma maior porcentagem de obesidade na escola particular.

Constatou-se que o consumo alimentar dos adolescentes de ambas as escolas foram inadequados, visto que os estudantes consomem muitos alimentos processados e ultraprocessados.

Observou-se um menor consumo de arroz, feijão, carnes e ovos, frutas, verduras e legumes pelos adolescentes das duas instituições de ensino. Esses alimentos são minimamente processados e *in natura*, segundo o Guia alimentar; por isso, recomenda-se maior consumo desses alimentos, pois são considerados a base de uma alimentação balanceada.

O consumo inadequado de alimentos ricos em gorduras, sódio, açúcar, poderá ocasionar aos adolescentes futuros adultos doentes, com diversas morbidades associadas à obesidade.

Diante disso, trabalhos de educação alimentar e nutricional devem ser realizados com frequência, por profissionais capacitados, com o objetivo de orientar os adolescentes quanto a melhores escolhas alimentares e hábitos saudáveis, contribuindo para obter melhor saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. N.; CANGELLI FILHO, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. **Revista Psiq. Clin.** São Paulo, p. 177-183, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22405.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2014.
- ALBINO, E. B. S., MACÊDO, E.M.C. Transtornos alimentares na adolescência: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Ciências.** Veredas Favip, vol. 7, n. 1, p. 108 - 129, 2014. Disponível em: <<http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/223/279>> . Acesso em: 29 abr. 2015.
- ALBUQUERQUE, M. F. M. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combate a fome e a pobreza. **Revista de Nutrição**, Campinas, vol.22, n.6, p. 895 – 903, nov./dez. 2009. Disponível em : < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000600011&script=sci_arttext> . Acesso em: 25 set. 2014.
- ALVES, C.; CRUZ, J. L.; PASSONI, C. R. M. S. Aplicação de material de apoio para educação nutricional em um centro educacional. **Cadernos das Escolas de Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 7, p. 138 - 157, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/986-3362-1-PB.pdf>> . Acesso em: 14 nov. 2014.
- ARAKI, E. **Refeições em família e sua relação com consumo alimentar e estado nutricional de adolescentes.** 2010. 124 f. Dissertação (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: < [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/EricaLieAraki%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/EricaLieAraki%20(1).pdf)> . Acesso em: 26 maio 2015.
- ARAÚJO, C. et al. Estado nutricional dos adolescentes e sua relação com variáveis sociodemográficas: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, p. 3077 – 3084, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a12v15s2.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2014.
- ARAÚJO, J. J. **Avaliação da Prevalência de desgaste dentário em pacientes portadores de transtornos alimentares.** 2007. 209 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25141/tde-15102007-113553/en.php>> . Acesso em: 28 abr. 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Suspensa Resolução da ANVISA sobre Alimentos Calóricos.** São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://www.abeso.org.br/noticia/suspensa-resolucao-da-anvisa-sobre-alimentos-caloricos>>. Acesso em: 15 maio 2015.

AZEVEDO, A. P.; SANTOS, C.C.; FONSECA, D.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 170-172, 2004. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rpc/article/view/16264/17976>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

BATISTA, F. M.; BATISTA, L. V. Transição alimentar/ nutricional ou mutação antropológica?. **Cienc. Cult**, São Paulo, vol.62, n.4, p. 26-30, out. 2010. Disponível em: < <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v62n4/a10v62n4.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.

BENTO, A. S.; COELHO, S. E. A. C.; GUBERT, M. B.; O que comem os adolescentes brasileiros? Diferenças entre comportamentos alimentares de adolescentes de escolas particulares e públicas em uma região do Brasil. **Revista Digital**, Brasília, out. 2013. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd185/o-que-comem-os-adolescentes-brasileiros.htm>>. Acesso em: 23 maio 2015.

BIGIO, R. S. et al. Determinantes do consumo de frutas e hortaliças em adolescentes por regressão quantílica. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, p. 448-456, jun. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2352.pdf> > . Acesso em: 03 out. 2014.

BUENO, A. L.; CZEPIELEWSKI, M.A. Consumo alimentar de escolares das redes pública e privada de ensino em São Luís, Maranhão. **Jornal de Pediatria** , Rio Grande do Sul, v. 84, nº 5, p.389-394, 2008. Disponível em: < http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56428/000690596.pdf?sequence=1&locale=pt_BR>. Acesso em: 21 maio 2015.

BUSS, A. S. et al. Perfil nutricional de adolescentes de uma instituição filantrópica. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**, São Paulo, v. 4 , n °. 7 , p. 101-113, 2011. Disponível em: < <http://www.sare.anhanguera.com/index.php/anudo/article/view/1905/996>>. Acesso em : 30 set. 2014.

BLASI, B. M.; CAMPOS, L. C. **Relação do consumo alimentar de adolescentes obesos com escolaridade materna e renda familiar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Curso de nutrição, Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2008. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/tcc/2008/Nutri%E7%E3o/relacao_do_consumo_alimentar_de_adolescentes_obesos_com_esco.pdf > . Acesso em: 03 out. 2014.

BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart et al. Transtornos alimentares-quadro clínico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/389/390>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. **Subchefia para Assuntos Jurídicos**. BRASIL, 1992. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm> . Acesso em: 24 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação

em serviços de saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf. Acesso em: 05 jun. 2015.

_____. Ministro de Estado da Saúde, Interino, e o Ministro de Estado da Educação. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.010 DE 8 DE MAIO DE 2006**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm>>. Acesso em: 30 set. 2014.

_____. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007**. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm> . Acesso em: 14 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 152, 2008. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/pse_manual%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/pse_manual%20(1).pdf)> . Acesso em: 13 nov. 2014.

_____, Presidência da República, Casa Civil, Imprensa Nacional. **Diário Oficial da União**. BRASIL, Seção 1, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/lei_11947_16062009.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

_____. Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição Escolar Cecane. **Manual para Aplicação dos Testes de Aceitabilidade no Programa Nacional de Alimentação Escolar**. 2010a. Disponível em: <[file:///C:/Users/bbelfort/Downloads/manual_aplicacao_testes_de_aceitabilidade_pnae%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/bbelfort/Downloads/manual_aplicacao_testes_de_aceitabilidade_pnae%20(5).pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 84 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>> . Acesso em: 22 set. 2014.

_____. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Programa nacional de alimentação escolar**. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Brasília, 2012c. Disponível em: < <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-apresentacao> > . Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012d. 68 p. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/cartilha_marco_ean.pdf > . Acesso em: 16 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2012e. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php> > . Acesso em: 14 nov. 2014.

_____. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Agricultura Familiar. **Aquisição de produtos da agricultura familiar para o programa nacional de alimentação escolar**. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Brasília, 2012f. Disponível em: < <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/agricultura-familiar> > . Acesso em: 14 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 151 p.: il. Disponível em: < file:///C:/Users/Usuario/Downloads/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf > . Acesso em: 12 nov. 2014.

_____. Presidência da República Casa Civil. **Subchefia para Assuntos Jurídicos**. BRASIL, 2014. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12982.htm > . Acesso em: 07 jul. 2015.

CANTUÁRIA, A. C. F.; PEREIRA, F. F.B. **Hábitos alimentares e obesidade de adolescentes de uma escola pública estadual e de uma escola particular de uma cidade do Sul de Minas**. 2012. 69 f. Trabalho de pesquisa – Programa de Bolsa de Iniciação Científica – Escola de Enfermagem, Itajubá, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/HABITOS-ALIMENTARES-E-OBESIDADE-DE-ADOLESCENTES-DE-UMA-ESCOLA-PUBLICA-ESTADUAL-E-DE-UMA-ESCOLA-PARTICULAR-DE-UMA-CIDADE-DO-SUL-DE-MINAS.pdf> . Acesso em: 22 maio 2015.

CARMO, M. B. et al. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba. **Revista bras. epidemiol.** São Paulo, vol.9, n.1, p. 121-130. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n1/10.pdf> > . Acesso em: 24 set. 2014.

CARVALHO, C. A. et al. Consumo de energia e macronutrientes no lanche escolar de adolescentes de São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. saúde colet**, Rio de Janeiro,

vol.22, n.2, p. 212-217, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00212.pdf> >. Acesso em: 07 nov. 2014.

CHAVES, L. G. O programa nacional de alimentação escolar como promotor de hábitos alimentares regionais. **Revista Nutr**, Campinas, vol.22, n.6, p. 857-866, Nov/Dez. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000600007&script=sci_arttext > . Acesso em: 27 set. 2014.

CHIARELLI, G; ULBRICH, A. Z; BERTIN, R. L. Composição corporal e consumo alimentar de adolescentes da rede pública de ensino de Blumenau (Brasil). **Revista Bras Cineantropom Desempenho Hum**, Santa Catarina, v. 13, n. 4, p. 265-227, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v13n4/04.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2014.

COLUCCI, A. C. A; PHILIPPI, S. T.; SLATER, B. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para avaliação do consumo alimentar de crianças de 2 a 5 anos de idade. **Revista bras. Epidemiol**, São Paulo, n.4, p. 393-401, 2004 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/03.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2014.

CONCEICAO, Sueli Ismael Oliveira da et al. Consumo alimentar de escolares das redes pública e privada de ensino em São Luís, Maranhão. **Revista Nutr**. 2010, vol.23, n.6, pp. 993-1004, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n6/06.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2015.

CONTI, M. A.; GAMBARDELLA, A. M. D. ; FRUTUOSO, M. F. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes e sua relação com a maturação sexual. **Revista bras**, São Paulo, vol.15, n.2, p. 36-44, 2005. Disponível em : < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822005000200005&script=sci_arttext > . Acesso em: 30 set 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Lei de Segurança Alimentar Nutricional**: conceitos Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Brasília: CONSEA, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/consea/3conferencia/static/Documentos/Cartilha_CONSEA-2007_NOVO.pdf >. Acesso em: 10 mar. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS DA 9ª REGIÃO DE MINAS GERAIS. **Crianças saudáveis nas escolas públicas e privadas**. 2010. Disponível em: <<http://www.crn9.org.br/noticia.php?id=18>>. Acesso em: 13 out. 2014.

CORRÊA, T. A. F.; COGNI, R.; CINTRA, R. M. G. C. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de uma escola municipal de Botucatu, SP. **Revista Simbio-Logias**, São Paulo, v. 1, n. 1, maio 2008. Disponível em: <http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/artigo_10_nutr_estado_nutricional_consumo_adolescentes_ren.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

CORTESE, R. M. **Perfil nutricional, alimentar e influência da televisão entre adolescentes de uma escola pública do município de Guarapuava – Paraná.** 2010. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso(Bacharel em Nutrição) – Departamento de Nutrição – Universidade Estadual do Centro – Oeste, Centro Oeste, 2010.

Disponível em :

<<http://www.unicentro.br/graduacao/denut/documentos/tcc/2010/TCC%2013-2010%20%28RAYZA%20DAL%20MOLIN%20CORT%C3%84SE%29.pdf.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015.

COUTO, S. F. et al. Frequência de Adesão aos “ 10 Passos para uma Alimentação Saudável” em escolares adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 1589 -1599, 2014. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/101975/000930297.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

DANELON, M. A. S.; DANELON, M. S.; SILVA, M. V. Serviços de alimentação destinados ao público escolar: análise da convivência do Programa de Alimentação Escolar e das cantinas. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 85-94, 2006. Disponível em: <

<http://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/62876/1/085-094-alimentacao-no-ambiente-escolar.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2014.

DIAS, L. A. F. et al. Consumo de refrigerantes e estado nutricional de adolescentes de uma escola do município de São Paulo*. **Nutrire: Revista Soc. Bras. Alim. Nutr**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 46-56, abr. 2013. Disponível em: <

<http://revistanutrire.org.br/files/v38n1/v38n1a05.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015.

DILLY, Rosana Oliveira. Educação física: nutrição e transtornos alimentares em Adolescentes. **Revista eletrônica da faculdade metodista granberyp**, Minas Gerais, p. 1-10, 2009. Disponível em: < <http://re.granbery.edu.br/artigos/MzQ3.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

ENES, C. C; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Bras Epidemiol**, São Paulo, vol. 13, p. 163-171, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v13n1/15.pdf> >. Acesso em: 08 nov. 2014.

ESTIMA, Camilla Chermont P. et al. Consumo de bebidas e refrigerantes por adolescentes de uma escola pública. **Revista Paul Pediatr**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 41-5, 2011. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n1/07.pdf>> . Acesso em: 24 set. 2014.

FERREIRA, J. E. S; VEIGA, G. V. Comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na adolescência: aspectos conceituais. **Adolescência & Saúde**, São Paulo, p. 33-37, 2010. Disponível em: < <file:///C:/Users/aluno/Downloads/v7n3a05.pdf>> . Acesso em: 17 nov. 2014.

FREIRE, M. C. M. et al. Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.28, p. 20-29, 2012. Disponível em: <

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2014.

GAINO, N. M.; SILVA, M. V. Consumo de frutose e impacto na saúde humana. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, p. 88 – 98 , 2011. Disponível em: < http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/volume_18_2_2011/nepa_cap8.pdf>. Acesso em: 21 maio 2015.

ISSA, Raquel Carvalho et al. Alimentação escolar: planejamento, produção, distribuição e adequação. **Revista Panam Salud Publica**, Minas Gerais, p. 96 – 103, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a03v35n2.pdf>>. Acesso em: 25 set 2014.

JORGE, C. A. S, TENTOR, J., MENDES, R. C. D. Avaliação do consumo alimentar no período matutino e de adequação do consumo de cálcio de adolescentes em uma escola de ensino médio de Fátima do Sul – MS. **Interbio**, Mato Grosso do Sul, v.5, n.2, p. 5-16, 2011. Disponível em: <http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol5_num2/arquivos/artigo1.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

KOPS, N. L ; ZYS,J ; RAMOS, M. Educação alimentar e nutricional da teoria à prática : um relato de experiência. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 135-140, 2013. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/13817/9715>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

LANG, R. M. F; NASCIMENTO, A. N; TADDEI, J. A. A. C. A transição nutricional e a população infanto-juvenil: medidas de proteção contra o marketing de alimentos e bebidas prejudiciais à saúde. **Nutrire**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 217-29, 2009. Disponível em: < <http://www.revistanutrire.org.br/files/v34n3/v34n3a16.pdf> >. Acesso em: 31 out. 2014.

LEAL, G. V. S. **Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física de adolescentes do Projeto Ilhabela- SP**. 2008.131 f. Dissertação (pós-graduação) – Faculdade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: < [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/GreisseLeal%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/GreisseLeal%20(1).pdf)>. Acesso em: 30 maio 2015.

LEAL, G. V. S. et al. Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. **Revista Bras Epidemiol**, São Paulo, p. 457 – 467, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v13n3/09.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015.

LEME, A. C. B; PHILIPPI, S. T; TOASSA, E. C. O que os adolescentes preferem: os alimentos da escola ou os alimentos competitivos? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 456-467, 2013. Disponível em: < [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/76444-104549-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/76444-104549-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2014.

LIMA, J. O.; FONSECA, V.; GUEDES, D. P. Comportamento de risco para a saúde de escolares do ensino médio de barra dos coqueiros, Sergipe, Brasil. **Revista Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 32, n. 2-4, p. 141-154, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbce/v32n2-4/10.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2015.

LOURENÇO A. M.; TAQUETTE S. R.; HASSELMANN M. H. Avaliação nutricional: antropometria e conduta nutricional na adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 51-58, jan./mar. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/v8n1a08.pdf>>. Acesso em: 30 set 2014.

MACHADO, P. H. B.; LIMA, F. E. L.; UCHIMURA, K. Y. Epidemiologia, fome e desenvolvimento. **R. RA'E GA**, Curitiba, n. 15, p. 55-61, 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/raega/article/viewFile/14222/9571>>. Acesso em: 22 set. 2014.

MARIA, S. H. C. et al. Consumo alimentar de adolescentes com sobrepeso e obesidade, estudantes de escolas pública e privada do Município de Cotia – SP. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 42, n. 2, mar./ abr. 2006. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3273>. Acesso em: 28 maio 2015.

MARTINS, C. R. et al. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Revista Psiquiátrica**, Rio Grande do Sul, v. 32, n. 1, p. 19-23, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n1/v32n1a04.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

MARTINS, C.T. et al. Ortorexia Nervosa: reflexões sobre um novo conceito. **Revista Nutr**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 345-357, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732011000200015>. Acesso em: 29 abr. 2015.

MARTINS, M. L. B. Consumo de alimentos entre adolescentes de um estado do Nordeste brasileiro. **Demetra**, v. 9, n. 2, p. 577 – 594, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/9693/10248#.VWW9G89Viko>>. Acesso em: 27 maio 2015.

MELO, C. M.; TIRAPGUI, J. ; RIBEIRO, S. M. L. Gasto energético corporal: conceitos, formas de avaliação e sua relação com a obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, vol.52, n.3, p. 452-464, Jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n3/a05v52n3.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

MENDES, K. L.; CATÃO, L. P. Avaliação do consumo de frutas, legumes e verduras por adolescentes de formiga – mg e sua relação com fatores socioeconômicos. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 21, n. 2, p. 291-296, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://servbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/1120/a16v21n2.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.

MENDES, K. L. **Alimentação na adolescência: um estudo sobre o consumo de frutas, legumes e verduras na atualidade**. 2009.119 f. Dissertação (Mestrado em

Educação, Cultura e Organizações Sociais) – Fundação Educacional de Divinópolis, Universidade do Estado de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009.

MINAS GERAIS. **Lei 18372, de 04/09/2009**. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=lei&num=18372&comp=&ano=2009>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

MONTEIRO, Renata Alves; COUTINHO, Janine Giuberti; RECINE, Elisabetta. Consulta aos rótulos de alimentos e bebidas por freqüentadores de supermercados em Brasília, Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 172-7, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v18n3/27666>>. Acesso em: 23 set. 2014.

MONTICELLI, F. D. B. **Consumo alimentar de adolescentes de escolas da rede municipal de ensino da cidade de Curitiba**. 2010. 99 f. Dissertação (pós-graduação) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-02032010-153346/pt-br.php>>. Acesso em: 21 maio 2015.

MONTICELLI, F. D. B.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S. B. Consumo alimentar por adolescentes e a relação com fatores socioeconômicos e atividades de lazer sedentárias*. **Revista Soc. Bras. Alim. Nutr**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 64-77, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.revistanutrire.org.br/files/v37n1/v37n1a06.pdf>> . Acesso em: 21 maio 2015.

MONTICELLI, F. D. B. ; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S. B. Consumo de frutas, legumes e verduras por escolares adolescentes. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1-7, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/69509/72094>>. Acesso em: 31 out. 2014.

MOTA, C. H.; MASTROENI, S. S. de B. S.; MASTROENI, M. F. Consumo da refeição escolar na rede pública municipal de ensino. **Revista Bras. Estud. Pedagog**. Brasília, vol.94, n.236, p. 168-184, Jan./ Abr. 2013 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v94n236/09.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2014.

MOURA, N. C. Influência da mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes. **Segurança Alimentar e Nutricional**. Campinas, p. 113 -122, 2010. Disponível em: <[http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/volume_17_1_2010/san_vol_17_1_Neila\[113-122\].pdf](http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/volume_17_1_2010/san_vol_17_1_Neila[113-122].pdf)>. Acesso em: 30 set. 2014.

MUNIZ, L. C. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 393-404, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/11.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2015.

NEUTZLING, M. B. et al. Hábitos alimentares de escolares adolescentes de Pelotas, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, vol.23 no.3, Mai/Jun. 2010. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000300006&script=sci_arttext
>. Acesso em: 03 out. 2014.

NOVAES, J. F.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. C. C. Estado nutricional e hábitos alimentares de adolescentes de escola privada. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 20, n.1, p. 97-105, jan/abr. 2004. Disponível em:<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/6496-24528-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 24 maio 2015.

NUZZO, L. et al. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de uma instituição particular de ensino de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde**, São Paulo, p. 4-12, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/ESTADO%20NUTRICIONAL%20E%20CONSUMO%20ALIMENTAR%20DE%20ADOLESCENTES%20DE%20UMA.pdf>. Acesso em: 30 maio 2014.

OLIVEIRA, M. C.; VASSIMON, H. S. Programa Nacional de Alimentação Escolar e sua aceitação pelos alunos: uma revisão sistemática. **Investigação**, São Paulo, p. 4-10, 2012. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/614/492> >. Acesso em: 25 set. 2014.

PEGOLO, G E.; SILVA, M V. Consumo de energia e nutrientes e a adesão ao Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) por escolares de um município paulista. **Rev Segurança Alimentar e Nutricional**, São Paulo v. 17, n. Supl 2, p. 50-62, 2010. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/volume_17_2_2010/a5-PEGOLO-consumo-24-11-10.pdf> . Acesso em: 26 set. 2014.

PEREIRA, J. A. R.; RAMOS, G. R. V; REZENDE, E. G. Percepção corporal em adolescentes de baixa condição socioeconômica. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 22, n. 3, p. 301-307, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/aluno/Downloads/543-1601-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2014.

PONTES, Rosângela et al. Influência da merenda escolar no estado nutricional estado nutricional e merenda escolar. **Cadernos das Escolas de Saúde**, Curitiba, n. 04, p. 64 – 77, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/487-1598-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 out. 2014.

PONTES, Tatiana Elias et al. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, p. 99 -105 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822009000100015&script=sci_arttext> . Acesso em: 25 out. 2014.

QUAIOTI, T. C. B.; ALMEIDA, S. S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. **Psicol. USP**, São Paulo, vol.17, n.4, p. 193-211, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642006000400011&script=sci_arttext > . Acesso em: 03 out. 2014.

QUESTIONÁRIO de frequência alimentar adolescentes. [S.l.: s.n.,20--?]. Disponível em: <www.gac-usp.com/resources/QFA%20-%20adol.pdf>. Acesso em: 29 maio 2015.

REIS, C.E.G; VASCONCELOS, I.A.L; BARROS, J.F. N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paul Pediatr**, Minas Gerais, v. 29, n. 4, p. 625-33, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/24.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

RIBEIRO, L. G. **Comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais**. 2007. 96 f. Dissertação (Mestre em Nutrição) – Centro de Ciências da Saúde Instituição de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: 81<http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp096721.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2014.

RODRIGUES, E. M.; BOOG, M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 923-931, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/05.pdf>> . Acesso em: 15 nov. 2014.

ROSANELI, C. F.et al. Participação da mistura arroz e feijão na dieta usual de alunos de escola pública e privada de Maringá/PR. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, p.384-389, 2007. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/VERS%C3%83O-PUBLICADA_artigo_ciencia_cuidado_e_saude%255B1%255D%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/VERS%C3%83O-PUBLICADA_artigo_ciencia_cuidado_e_saude%255B1%255D%20(3).pdf)>. Acesso em: 23 maio 2015.

RUELA, L. C. R.; SOUZA JUNIOR, F. A. C. Avaliação nutricional e estilo de vida de adolescentes de uma escola pública da região Sul Fluminense – RJ. **Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, v. 4, n. 6, p. 554- 565, fev./jul. 2010. Disponível em: < http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume4/edicao_06/avaliacao_nutricional_estilo_vida.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

SANTOS, G. G. et al. Hábitos alimentares e estado nutricional de adolescentes de um centro de juventude da cidade de Anápolis. **Ensaio e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, São Paulo, Vol. 15, Nº 1, Ago. 2011. Disponível em: < <http://sare.anhanguera.com/index.php/rencs/article/view/1924/1187>>. Acesso em: 01 out. 2014.

SANTOS, J. S. et al. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas - Bahia. **Revista Nutr.**, Campinas, vol.18, n.5, p. 623-632, set./out. 2005. Disponível em : < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000500005> . Acesso em: 30 set. 2014.

SARAIVA, E. B. et al. Panorama da compra de alimentos da agricultura familiar para o Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Cien Saude Colet**, Santa Catarina, v.

18, n. 4, p. 927-936, 2013. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/04.pdf> >. Acesso em: 13 nov. 2014.
SCAGLIUSI, F. B.; MACHADO, F. M.S.; TORRES, E. A. F. S. Marketing aplicado à indústria de alimentos. **Nutrire: Revista Soc. Bras. Alim. Nutr**, p. 79-85, 2005. Disponível em:
<http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/marketing.pdf >. Acesso em: 25 out. 2014.

SCARSI, Karine. **Estado nutricional e consumo alimentar de um grupo de adolescentes de uma escola pública e uma privada do município de Forquilha (SC)**. 2010. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Nutrição) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC. Forquilha, 2010. Disponível em: <
<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/135/Karine%20Scarsi.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 maio 2015.

SCHERER, F. C. et al. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. **J Bras Psiquiatr**, Santa Catarina, v. 59, n. 3, p. 198-202, 2010. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a05v59n3.pdf> >. Acesso em: 12 nov. 2014.

SILVA, A. R. V. et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. **Revista Bras Enferm**, Brasília, p. 18-24, jan/fev 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/03.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2015.

SILVA, J. G.; TEIXEIRA, M. L. O. Alimentação e saúde: sentidos atribuídos por Adolescentes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, n.1, p. 88-95, Jan. / Mar. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a12.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2014.

SILVA, K. B.F. **O consumo de álcool entre os adolescentes estudantes de escolas privadas católicas de Natal – RN, 2004-2005**. 2006. 108 f. Dissertação (Pós – graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2006. Disponível em: < <http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/karinabfs.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2015.

SODER, Bruna Fernanda et al. Hábitos alimentares: um estudo com adolescentes entre 10 e 15 anos de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, em Santa Cruz do Sul. **Cinergis**. Rio Grande do sul, v.13, n. 1, p. 51-58 Jan/Mar, 2012. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/3137/2226> >. Acesso em: 22 set. 2014.

SOUZA, C. A. S.; TENTOR, J.; MENDES, R. C. D. Avaliação do consumo alimentar no período matutino e de adequação do consumo de cálcio de adolescentes em uma escola de ensino médio de Fátima do Sul – MS. **Interbio**. Mato Grosso do Sul, v. 5, n. 2, p. 5 -12, 2011. Disponível em:<
http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol5_num2/arquivos/artigo1.pdf >. Acesso em: 30 maio 2015.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Bras Nutr Clin**, São Paulo, p. 117-124, Abr. 2006. Disponível em: < <https://pt.scribd.com/doc/158333953/O-impacto-da-modernizacao-na-transicao-nutricional-e-obesidade>>. Acesso em: 02 out. 2014.

TEIXEIRA, C. G. O. et al. Intervenção junto aos adolescentes através de palestra e oficina para orientar mudanças nos hábitos alimentares. **Coleção Pesquisa em Educação Física** - v.10, n.3, p. 81-88, 2011. Disponível em: < <http://www.fontouraeditora.com.br/periodico/vol-10/Vol10n3-2011/Vol10n3-2011-pag-81a88/Vol10n3-2011-pag-81a88.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

TORAL, N. et al. Consumo alimentar de adolescentes com sobrepeso e obesidade, estudantes de escolas pública e privada do Município de Cotia – SP, **Revista Pediatria Moderna**, Cotia, v. 42, n. 2, mar/ abr 2006. Disponível em: < <http://br.monografias.com/trabalhos2/consumo-alimentar-adolescentes/consumo-alimentar-adolescentes.shtml>>. Acesso em: 23 maio 2015.

TORAL, N.; SLATER B.; SILVA, M. V. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. **Revista Nutrição**, Campinas, p. 449-459, set./ out. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n5/a01v20n5.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2014.

VARGAS, C. R. et al. Considerações contextuais e conceituais acerca do excesso de peso corporal em adolescentes. **Revista Digital**, Santa Catarina, n. 179, 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd179/excesso-de-peso-corporal-em-adolescentes.htm>>. Acesso em: 01 jun 2015.

VIEIRA, V. T. **Programa nacional de alimentação escolar: ações educativas sobre alimentação orgânica desenvolvidas pelo nutricionista nas escolas municipais brasileiras**. 2013. 142 f. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/107230/320329.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 07 jul 2015.

WESSELOVICZ, A. A. G. et al. Fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes de uma Escola Pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná, **Acta Sci. Health Sci**, Maringá, v. 30, n. 2, p. 161-166, 2008. Disponível em: < [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/917-18488-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/917-18488-1-PB%20(1).pdf)> . Acesso em: 22 maio 2015.

WOICHIK, C. **Comparação do consumo alimentar de adolescentes estudantes de uma escola pública da área rural com os da área urbana em Prudentópolis, Paraná**. 2010. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Nutrição) – Departamento de Nutrição, Universidade Estadual do Centro-Oeste, Centro Oeste, 2010. Disponível em:< <http://www.unicentro.br/graduacao/denut/documentos/tcc/2010/TCC%2012-2010%20%28CAROLINA%20WOICHIK%29.pdf.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multicentre Growth Reference Study Group. **WHO Child Growth Standards:** Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. WHO, Geneva, p. 312, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/who2007_height_for_age/en/#>. Acesso em: 12 set. 2014.

ZANCUL, M.S.; OLIVEIRA, J.E.D. Considerações sobre as condições atuais de educação alimentar e nutricional para adolescentes. **Alim. Nutr.**, Araraquara v.18, n.2, p. 223-227, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/view/157/165>>. Acesso em: 19 maio 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Perfil Alimentar e Nutricional de Adolescentes de Escolas Pública e Privada no Município de Cariacica”. Neste estudo pretendemos identificar o perfil alimentar e nutricional dos adolescentes.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é descobrir os hábitos alimentares de adolescentes de uma escola pública e outra privada, e verificar se existe alguma diferença nos hábitos alimentares entre os alunos das duas redes de ensino.

Para esta pesquisa adotaremos alguns procedimentos que serão realizados com o participante como: aferição do peso, altura, e será pedido que responda um Questionário Frequência Alimentar.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Esta pesquisa apresenta mínimos riscos, tais como constrangimento. Este termo será impresso em duas vias, uma copia ficará com o pesquisador e outra será fornecida a você.

Os resultados ficarão a sua disposição se caso quiser vê, e a sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, se caso eu tiver alguma dúvida posso me informar em qualquer momento. Se meu responsável não quiser que eu participe da pesquisa em algum instante, terá direito sem qualquer dano. Tendo o consentimento

do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma cópia deste Termo de Assentimento Livre Esclarecido, e tive a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Cariacica ____ de _____ de 2015.

Assinatura do (a) menor

Assinatura da pesquisadora

Em caso de qualquer dúvida envolvendo esta pesquisa, você poderá entrar em contato:

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Ana Cristina de Oliveira Soares

ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO: Av. Vitória, Nº 950, Forte São João,

Vitória – ES CEP 29017-950

FONE: (27) = 3331-8500

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Convidamos o seu filho (a) para participar do projeto de pesquisa de conclusão do curso de nutrição da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, sendo o título, “Perfil Alimentar e Nutricional de Adolescentes de Escolas Pública e Privada no Município de Cariacica”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Graziela Sabino Lubase (aluna) e Prof.^a Ana Cristina de Oliveira Soares, no qual poderão manter contato pelo e-mail grazilubase@hotmail.com. O objetivo da pesquisa é identificar o perfil alimentar e nutricional dos adolescentes.

A participação do seu filho (a) é voluntária e dará por meio da participação, na aferição de medidas de peso e altura, e também será necessário responder um Questionário de Frequência Alimentar, composto por perguntas, sobre os hábitos alimentares do aluno.

No entanto, a participação do seu filho (a) não vai proporcionar a ele nenhum tipo de risco. A confirmação da participação do seu filho (a) será muito satisfatória, pois vai contribuir para obter informações necessárias para a pesquisa.

Se caso o voluntário sentir vontade de desistir de participar da pesquisa, tem todo direito e a liberdade de se retirar, sendo tanto antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O seu filho (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados, e a identidade do participante não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Este termo será impresso em duas vias, uma copia ficará com o pesquisador, e outra será entregue ao participante que receberá uma via igual por ele assinado.

Eu, _____, fui informado sobre o que os pesquisadores querem fazer e por qual motivo precisam da colaboração do meu filho(a), e entendi toda explicação. Por isso, permito a participação dele (a) no projeto, ciente de que não vai ganhar nada e que pode sair quando quiser da pesquisa.

Cariacica, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do responsável pelo aluno

Graziela Sabino Lubase (acadêmica de Nutrição)

Prof.^a Ana Cristina de Oliveira Soares

Em caso de qualquer dúvida envolvendo esta pesquisa, você poderá entrar em contato:

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Ana Cristina de Oliveira Soares

ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO: Av. Vitória, Nº 950, Forte São João,

Vitória – ES CEP 29017-950

FONE: (27) = 3331-8500

APÊNDICE C – Carta de Anuência

Consentimento para participação das escolas em projeto de Graduação

“ Perfil alimentar e nutricional de adolescentes de escolas pública e privada no município de Cariacica/ ES”

Esta escola foi convidada juntamente com outra escola de Cariacica, a participar e contribuir no desenvolvimento do projeto de pesquisa acima mencionado torna-se ciente do mesmo através deste termo. O objetivo do trabalho é identificar o perfil alimentar e nutricional de adolescentes. Os alunos receberão um questionário para ser respondido, e será feita avaliação antropométrica com os adolescentes, não será necessário à identificação de nenhum voluntário.

Não serão feitas quaisquer orientações nutricionais e/ou relacionados ao tema da pesquisa.

O projeto será desenvolvido pela acadêmica Graziela Sabino Lubase da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, que é responsável pelo projeto e fará todo o acompanhamento dos dados envolvidos nesta pesquisa, garantindo a confidencialidade das informações coletadas.

Com a aprovação e autorização da gerência da escola, será possível que os usuários da mesma possam participar da pesquisa durante sua permanência no local.

Estes procedimentos serão padronizados para adolescentes envolvidos nesta pesquisa de forma a garantir homogeneidade dos dados.

Concordo que a Escola _____ participe desta pesquisa e, autorizo o envolvimento dos alunos.

Cariacica, ____ de _____ de 2015.

Nome e Assinatura

Qualquer dúvida entrar em contato com: Graziela Sabino Lubase (Graduanda da FCSES), através do e-mail: grazilubase@hotmail.com (27) 99711-7931

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de Frequência Alimentar Adolescentes (QFAA)

Setor: _____

U 01 No. do quest _____

Nome do entrevistado: _____

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR ADOLESCENTES

BLOCO U



PARA TODAS AS PESSOAS COM 10 A 19 ANOS.
(SE FOR ADULTO COM 20 ANOS E MAIS VOLTE PARA O BLOCO T)

Data da entrevista _____/_____/_____	Hora de início: _____
Nome do entrevistador: _____	
Nº de identificação: _____	
Nome: _____	
Idade atual: _____	Data de nascimento: ____/____/_____
Sexo () F () M	
SE MENINO: Você tem pêlos nas axilas? SIM () NÃO ()	
SE MENINA: Qual a sua idade na primeira menstruação: _____ anos	

1. Você mudou seus hábitos alimentares recentemente ou está fazendo dieta para emagrecer ou por qualquer outro motivo?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| (1) Não | (5) Sim, para redução de sal |
| (2) Sim, para perda de peso | (6) Sim, para redução de colesterol |
| (3) Sim, por orientação médica | (7) Sim, para ganho de peso |
| (4) Sim, para dieta vegetariana
redução do consumo de carne | ou Outro motivo: _____ |

2 . Você está tomando algo para suplementar sua dieta (vitaminas, minerais e outros produtos)?

- (1) não (2) sim, regularmente (3) sim, mas não regularmente

3. Se a resposta da pergunta anterior for sim, favor preencher o quadro abaixo:

SUPLEMENTO	MARCA COMERCIAL	DOSE	FREQUÊNCIA

4. As questões seguintes relacionam-se ao seu hábito alimentar usual no PERÍODO DE UM ANO. Para cada quadro responda, por favor, a frequência que melhor descreva QUANTAS VEZES você costuma comer cada item e a respectiva UNIDADE DE TEMPO (se por dia, por semana, por mês ou no ano). Depois responda qual a sua PORÇÃO INDIVIDUAL USUAL em relação à porção média indicada. ESCOLHA SOMENTE UM CÍRCULO PARA CADA COLUNA. Muitos grupos de alimentos incluem exemplos. Eles são sugestões e você pode consumir todos os itens indicados. Se você não come ou raramente come um determinado item, preencha o círculo da primeira coluna (N=nunca come). NÃO DEIXE ITENS EM BRANCO.

GRUPO DE ALIMENTOS	Com que frequência você costuma comer?		Qual o tamanho de sua porção em relação à porção média?	
	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Alimentos e preparações	Número de vezes: 1, 2, 3, etc. (N = nunca ou raramente comeu no último ano)	D=por dia S=por semana M=por mês A=por ano	Porção média de referência	P = menor que a porção média M = igual à porção média G = maior que a porção média E = bem maior que a porção média

SOPAS E MASSAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Sopas (de legumes, canja, creme, etc)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 ½ conchas médias (195g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Salgados fritos (pastel, coxinha, rissóis, bolinho)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade grande (80g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Salgados assados (esfiha, bauruzinho, torta)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 unidades ou 2 pedaços médios (140g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Macarrão com molho sem carne	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	5 colheres de servir cheias (250g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Macarrão com molho com carne, lasanha, nhoque	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 escumadeira rasa ou 1 pedaço pequeno (90g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Pizza, panqueca	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 fatias médias ou 2 ½ unidades (200g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Polenta cozida ou frita	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 colher de servir ou 1 ½ fatias pequenas (60g)	P M G E ○ ○ ○ ○

CARNES E PEIXES	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Carne de boi (bife, cozida, assada), miúdos, vísceras	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 bife médio ou 2 pedaços (100g)	P M G E O O O O
Carne de porco (lombo, bisteca)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 fatia média (100g)	P M G E O O O O
Carne seca, carne de sol, bacon	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 pedaços pequenos (40g)	P M G E O O O O
Linguiça	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 gomo médio (60g)	P M G E O O O O

CARNES E PEIXES	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Embutidos (presunto, mortadela, salsicha)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 fatias médias (30g)	P M G E O O O O
Frango (cozido, frito, grelhado, assado)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 pedaço ou 1 filé pequeno (60g)	P M G E O O O O
Hambúrguer, nuggets, almôndega	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade média (60g)	P M G E O O O O
Peixe (cozido, frito, assado) e frutos do mar	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1/2 filé pequeno ou 1/2 posta pequena (50g)	P M G E O O O O

LEITE E DERIVADOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Leite - tipo: () integral () desnatado () semi-desnatado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3/4 copo requeijão (180ml)	P M G E O O O O
iogurte - tipo: () natural () com frutas	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade pequena (140g)	P M G E O O O O
Queijo mussarela, prato, parmesão, provolone	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 fatia grossa (20g)	P M G E O O O O
Queijo minas, ricota	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 fatia média (30g)	P M G E O O O O

LEGUMINOSAS E OVOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Ovo (cozido, frito)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade (50g)	P M G E O O O O
Feijão (carioca, roxo preto, verde)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 concha média (86g)	P M G E O O O O
Lentilha, ervilha seca, grão de bico, soja	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher de sopa (18g)	P M G E O O O O
Feijoada, feijão tropeiro	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 concha média (210g)	P M G E O O O O

ARROZ E TUBÉRCULOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Arroz branco ou integral cozido com óleo e temperos	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	6 colheres de sopa cheias (150g)	P M G E O O O O
Batata frita ou mandioca frita	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 colheres de servir rasas (70g)	P M G E O O O O
Batata, mandioca, inhame (cozida ou assada), purê	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher de servir cheia (70g)	P M G E O O O O
Salada de maionese com legumes	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 colheres de sopa (90g)	P M G E O O O O
Farinha de mandioca, farofa, cuscuz, aveia, tapioca	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 colheres de sopa (40g)	P M G E O O O O

VERDURAS E LEGUMES	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Alface	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 folhas médias (30g)	P M G E O O O O
Tomate	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 ½ fatias médias (33g)	P M G E O O O O
Cenoura	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	½ colher de servir (20g)	P M G E O O O O

VERDURAS E LEGUMES	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Outros legumes (abobrinha, berinjela, chuchu, pepino)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher de sopa rasa (20g)	P M G E O O O O
Outras verduras cruas (acelga, rúcula, agrião)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	½ prato raso (30g)	P M G E O O O O
Outras verduras cozidas (acelga, espinafre, escarola, couve)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher de servir (30g)	P M G E O O O O
Brócolis, couve-flor, repolho	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 ramo ou 1 ½ colheres de sopa (30g)	P M G E O O O O

MOLHOS E TEMPEROS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Óleo, azeite ou vinagrete para tempero de salada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 fio (5ml)	P M G E O O O O
Maionese, molho para salada, patê, chantilly	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher de chá (4g)	P M G E O O O O
Sal para tempero de salada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 pitada (0,35g)	P M G E O O O O
Condimentos	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 pitada (0,35g)	P M G E O O O O

FRUTAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Laranja, mexerjca, abacaxi	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade grande ou 3 fatias médias (257g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Banana	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade média (86g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Maçã, pêra	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade média (130g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Melão, melancia	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 fatia média (150g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Mamão	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 fatia média ou ½ unidade média (160g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Uva	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 cacho médio (350g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Goiaba	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade grande (225g)	P M G E ○ ○ ○ ○

BEBIDAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Suco natural	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 copo americano (200 ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Suco industrializado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 copo de requeijão (240ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Café ou chá sem açúcar	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	½ copo de requeijão (120ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Café ou chá com açúcar	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	½ copo de requeijão (120ml)	P M G E ○ (120ml) ○ ○
Refrigerante () comum () diet/light	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 copo de requeijão (240ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Cerveja	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	7 copos americanos (1000ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Caipirinha, destilados, outras	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	½ copo de requeijão (120ml)	P M G E ○ ○ ○ ○

PÃES E BISCOITOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Pão francês, pão de forma, integral, pão doce, torrada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade ou 2 fatias (50g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Biscoito sem recheio (doce, salgado)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	7 unidades (42g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Biscoito recheado, waffer, amanteigado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	4 unidades (64g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Bolo (simples, recheado)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 fatia média (60g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Manteiga ou margarina passada no pão () comum () light	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	3 pontas de faca (15g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Sanduíche (cachorro-quente, hambúrguer)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 ½ unidades simples (165g)	P M G E ○ ○ ○ ○

DOCES E SOBREMESAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Chocolate, bombom, brigadeiro	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 barra pequena (25g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Achocolatado em pó (adicionado ao leite)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 colheres de sopa (25g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Sobremesas, doces, tortas e pudins	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 pedaço ou 1 fatia grande (85g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Sorvete	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 bola média (85g) Ou 1 picolé (70g)	P M G E ○ ○ ○ ○

DOCES E SOBREMESAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Gelatina	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	4 colheres de sopa ou 1 unidade (100g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Balas, pirulitos	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 balas ou 1 pirulito (10g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Açúcar, mel, geléia	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 colher de sopa (12g)	P M G E ○ ○ ○ ○

5 . Por favor, liste qualquer outro alimento ou preparação importante que você costuma comer ou beber pelo menos UMA VEZ POR SEMANA que não foram citados aqui (por exemplo: leite-de-coco, outros tipos de carnes, receitas caseiras, creme de leite, leite condensado e outros doces etc.).

ALIMENTO	FREQUÊNCIA POR SEMANA	QUANTIDADE CONSUMIDA

6 . Quando você come carne bovina ou suína, você costuma comer a gordura visível?

(1) nunca ou raramente (2) algumas vezes (3) sempre (9) não sabe

7 . Quando você come frango ou peru, você costuma comer a pele?

(1) nunca ou raramente (2) algumas vezes (3) sempre (9) não sabe

8 . Relate os locais e horários que costuma fazer suas refeições

	Café da manhã		Lanche da manhã		Almoço	
	Horário	Local	Horário	Local	Horário	Local
Segunda a sexta						
Sábado						
Domingo						
	Lanche da tarde		Jantar		Ceia	
	Horário	Local	Horário	Local	Horário	Local
Segunda a sexta						
Sábado						
Domingo						

Código dos locais das refeições:

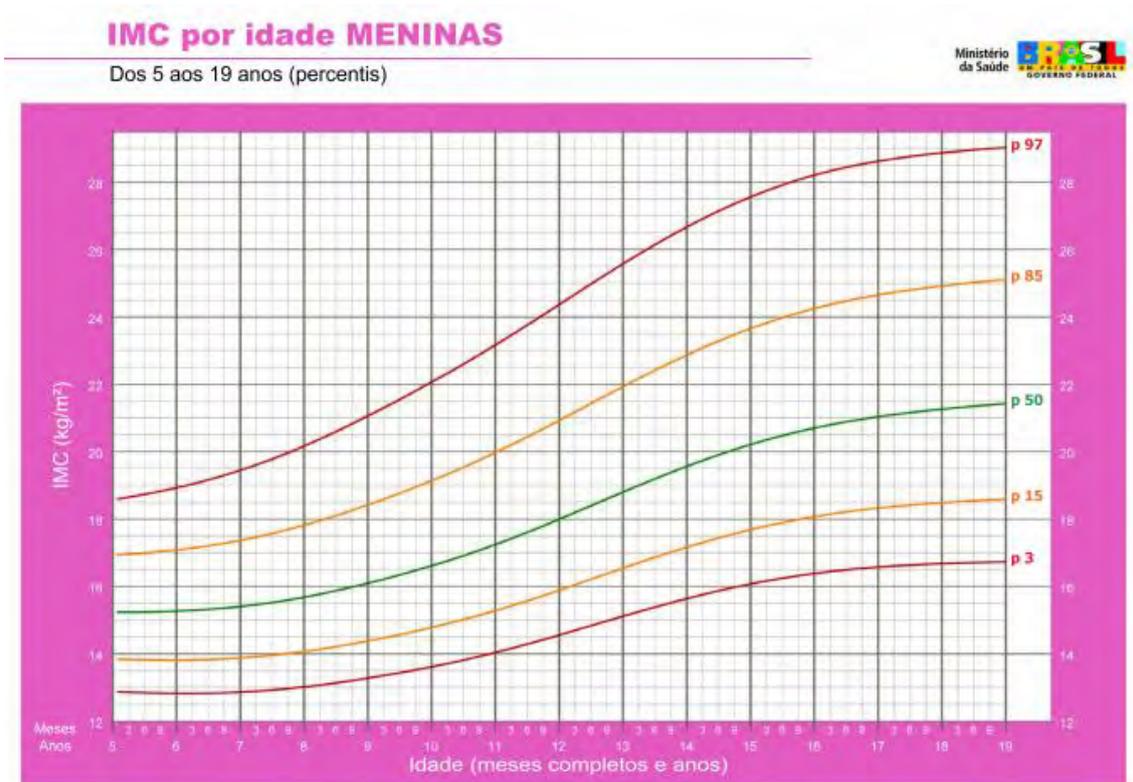
1- não faz a refeição usualmente 4- escola

2- em casa 5- trabalho

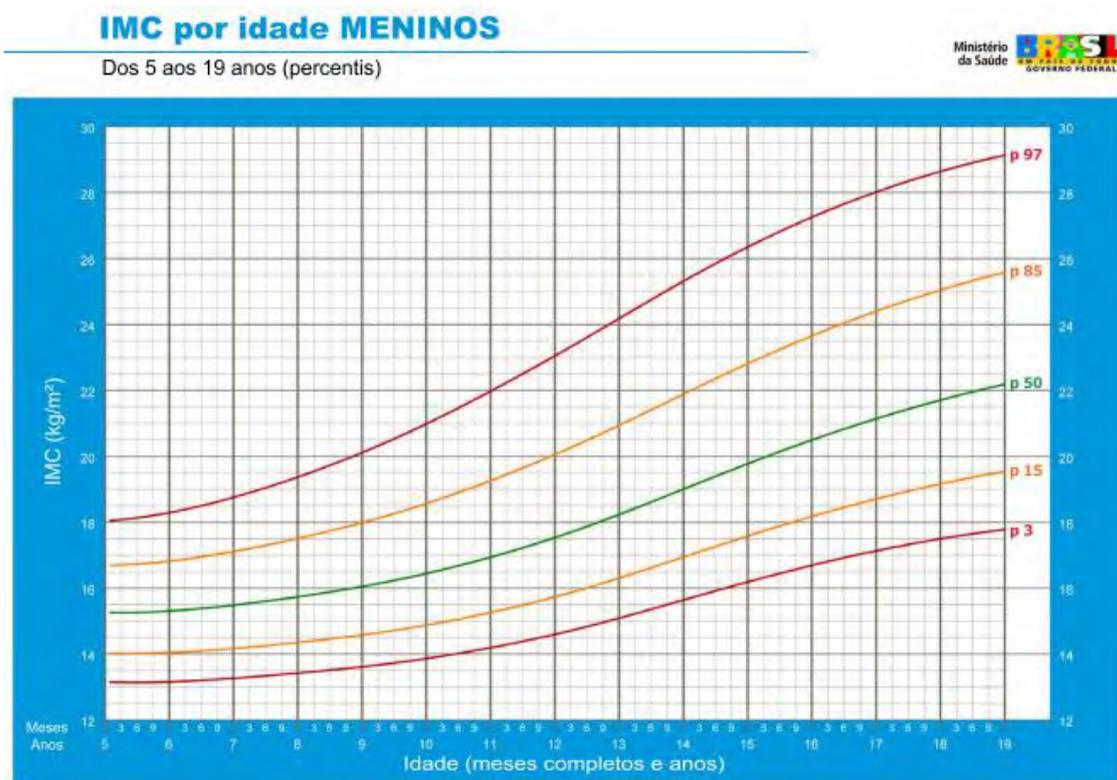
3- lanchonete 6- outros

Hora do Término da entrevista _____

ANEXO B - Gráfico de IMC por idade



FONTE: WHO Growth reference data for 5 -19 years, 2007 (apud World Heath Organization, 2014) .



FONTE: WHO Growth reference data for 5 -19 years, 2007 (apud World Heath Organization, 2014) .

ANEXO C – Quadro de pontos de corte de IMC - para - idade

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
> Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

FONTE: WHO, 2007 (apud Brasil, 2011).