

Estado nutricional, hábitos alimentares e prevalência de Necessidades Alimentares Especiais entre escolares em tempos de pandemia

Nutritional status, eating habits and prevalence of Special Eating Needs among students in times of pandemic

Leticia Almeida Juriatto¹; Mirian Patrícia Castro Pereira Paixão²

¹Discente do Curso de Nutrição pelo Centro Universitário Salesiano. Vitória, Espírito Santo, Brasil. lejuriatto@gmail.com;

²Docente do Curso de Nutrição do Centro Universitário Salesiano. Vitória, Espírito Santo, Brasil. miriannutricionista@yahoo.com.br;

Resumo

A alimentação escolar é importante para auxiliar na formação de hábitos alimentares saudáveis, principalmente entre os indivíduos com necessidades alimentares especiais. Na pandemia houve interrupção da oferta de alimentos pelas escolas, fica a preocupação em relação ao aumento no consumo de alimentos industrializados e sua relação com o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis. Objetivo: avaliar estado nutricional, hábitos alimentares e prevalência de necessidades alimentares especiais entre escolares em tempos de pandemia. Métodos: Este estudo se caracteriza como transversal, qualiquantitativo, no qual foram coletados dados de 104 estudantes na faixa etária de 02 a 19 anos. O consumo alimentar foi avaliado a partir do Questionário de Práticas Alimentares e uma sequência de perguntas adaptadas do Guia Alimentar, distribuído nas redes sociais por meio de um questionário eletrônico. Os escolares foram questionados quanto aos seus hábitos alimentares e seus pais sobre o quanto influenciam na alimentação de seus filhos, os dados foram apresentados a partir de estatística descritiva. Resultados: Constatou-se que houve uma maior prevalência de eutrofia entre as crianças e adolescentes analisados em relação aos parâmetros peso/idade (32,9%) no grupo 1 e (37,5%) no grupo 2 e IMC/idade (55,6%) e (43,7%) respectivamente. A prevalência de escolares com necessidades alimentares especiais foi de 15,3% e a situação nutricional destes bem como os hábitos alimentares foram similares aos demais que não apresentam esta demanda. Com relação a alimentação, os pais e ou responsáveis assim como os voluntários apresentaram grande incentivo e consumo, a alimentos mais saudáveis. Conclusão: Os dados deste estudo demonstram que a maioria dos escolares estão eutróficos e os pais estão preocupados com a qualidade da alimentação consumida em casa, mas sinaliza que é importante adoção de estratégias que avaliem o estado nutricional e estimulem uma alimentação saudável em escolares mesmo no ambiente doméstico.

Palavras-chave: Consumo Alimentar. Estado Nutricional. Hábitos Alimentares.

Abstract

School feeding is important to help in the formation of healthy eating habits, especially among individuals with special eating needs. In the pandemic there was an interruption in the supply of food by schools, there is the concern about the increase in the consumption of processed foods and their relationship with the appearance of chronic non-communicable diseases. Objective: to evaluate nutritional status, eating habits and prevalence of special eating needs among students in times of pandemic. Methods: This study is characterized as cross-sectional, qualitative and quantitative, in which data were collected from 104 students aged 02 to 19 years. Food consumption was assessed using the Food Practice Questionnaire and a sequence of questions adapted from the Food Guide, distributed on social networks through an electronic questionnaire. The students were asked about

their eating habits and their parents about how much they influence their children's diet, the data were presented from descriptive statistics. Results: It was found that there was a higher prevalence of eutrophy among the children and adolescents analyzed in relation to the parameters weight/age (32.9%) in group 1 and (37.5%) in group 2 and BMI/age (55.6%) and (43.7%) respectively. The prevalence of students with special dietary needs was 15.3% and their nutritional status as well as eating habits were similar to the others who do not have this demand. Regarding diet, parents and/or guardians as well as volunteers showed great incentive and consumption for healthier foods. Conclusion: The data from this study demonstrate that most students are eutrophic and parents are concerned about the quality of food consumed at home, but signals that it is important to adopt strategies that assess nutritional status and stimulate healthy eating in schoolchildren even in the domestic environment.

Keywords: Food Consumption. Nutritional status. Eating habits.

1 INTRODUÇÃO

O PNAN¹, refere-se a Necessidades Alimentares Especiais (NAE) como alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, em qualquer fase do curso da vida. Deste modo podemos enquadrar portadores de alergias e/ou intolerância alimentar, indivíduos desnutridos ou com doenças que comprometam o funcionamento correto do trato gastrointestinal².

Não basta apenas que a alimentação especial seja garantida, deve-se levar em conta sua manipulação e preparação sendo então necessária a formação do manipulador deste alimento, Pedraza³ em seu estudo mostra que em relação a formação na área de alimentação e nutrição algumas merendeiras afirmam não ter recebido treinamento de manipulação de alimentos e higienização, mas que, gostariam de cursos nessa área.

Relatos como este, deixam evidente que a falta de preparo do profissional pode prejudicar muito mais um aluno com NAE do que um aluno saudável. Segundo Matias² e CAISAN⁴ Indivíduos com NAE, necessitam de maior suporte nutricional devido ao fato de serem mais vulneráveis à insegurança alimentar. Portanto, é necessário que haja a garantia do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) que visa o acesso regular, permanente e irrestrito a alimentos seguros e saudáveis em quantidade e qualidade adequadas para manutenção de seu estado nutricional.

Mesmo com o direito à alimentação escolar garantida, ainda assim, os portadores de NAE enfrentam dificuldades nos momentos das refeições regular e extraordinárias. Segundo De Paula e colaboradores⁵, o espaço físico institucional, deve manter a dieta adequada dos alunos, de acordo com suas necessidades, devendo a escola ser, um espaço de extensão dos cuidados especiais que necessitam.

É preciso garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) dos alunos, não só com a alimentação correta, mas também evitando contaminações cruzadas durante o preparo exclusivo das crianças portadoras de NAE. Como contribuição, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) oferece alimentação escolar e ações de educação alimentar e nutricional a estudantes, o que proporciona desenvolvimento biopsicossocial, aprendizagem, rendimento escolar e formação de hábitos e práticas saudáveis⁶

Ainda de acordo com o FNDE⁶ o valor/dia, por aluno, repassado atualmente pela União a estados e municípios é definido de acordo com a etapa e modalidade de ensino: Creches: R\$ 1,07; Pré-escola: R\$ 0,53; Escolas indígenas e quilombolas: R\$ 0,64; Ensino fundamental e médio: R\$ 0,36; Educação de jovens e adultos: R\$ 0,32; Ensino integral: R\$ 1,07; Programa de Fomento às Escolas de Ensino Médio em Tempo Integral: R\$ 2,00; Alunos que frequentam o Atendimento Educacional Especializado no contra turno: R\$ 0,53.

Segundo a Lei nº 11.947, de 16 junho de 2009⁷, 30% do valor repassado pelo PNAE deve ser investido na compra direta de produtos provenientes da agricultura familiar, medida que estimula o desenvolvimento econômico e sustentável das comunidades.

De acordo com a Resolução/CD/FNDE nº 26, 17 de junho de 2013⁸, os cardápios da alimentação escolar deverão ser elaborados pelo Nutricionista (responsável técnico – RT), com utilização de gêneros alimentícios básicos, respeitando hábitos e cultura, pautando-se na sustentabilidade, sazonalidade e diversificação agrícola da região e na alimentação saudável e adequada.

A Avaliação Nutricional tem por objetivo a análise de indicadores diretos – clínicos, bioquímicos, antropométrico – e indiretos - consumo alimentar, renda entre outros – que levam a conclusão do diagnóstico nutricional de um indivíduo ou população. Este diagnóstico identifica e determina o estado nutricional destes indivíduos e populações¹.

A manutenção de um estado nutricional adequado é de extrema importância, portanto, é importante que os princípios da SAN sejam garantidos a todos. Segundo o CONSEA⁹ “A alimentação adequada e saudável deve ser baseada em práticas alimentares promotoras da saúde, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.”

Anjos e Silveira¹⁰ dizem que “O estado nutricional de crianças e adolescentes representa a condição de vida de uma população e indica sua perspectiva de vida e saúde na vida adulta”. Isto diz muito sobre a transição nutricional que enfrentamos e exemplifica os vários perfis nutricionais que encontramos na nossa população atual. Por isso, a grande importância nos cuidados com o estado nutricional das crianças e adolescentes.

O perfil nutricional vem sendo modificado ao longo dos anos, atualmente muitos trabalhos mostram que os adolescentes têm preferência por uma alimentação mais rápida – fast foods – sendo esta classificada como de alta concentração de gorduras e calorias¹¹. Este comportamento não é exibido somente em casa, mas repete-se nas escolas e desponta como atual perfil da população infanto-juvenil do país.

Segundo Cruz e colaboradores¹¹ as crianças e adolescentes encontram-se em uma fase crítica para o desenvolvimento de comorbidades, já que seu estudo apontou uma tendência para a inatividade física e uma alimentação inadequada, com baixo consumo de fibras, vitaminas e minerais.

A alimentação oferecidas nas escolas, pode não ser a opção mais desejada pelos estudantes, Valentin e colaboradores¹² em seu estudo, mostra que, a presença de alimentos competidores a alimentação escolar, sejam eles pertencentes a escola, como cantinas, quanto os vendidos nas proximidades das escolas, podem ser um dos motivos para a não adesão a merenda escolar, dificultando assim a garantia da SAN dentro das diretrizes do PNAE.

No cenário atual, em meio a pandemia da COVID-19, mudanças drásticas aconteceram no meio escolar, como por exemplo a paralisação da distribuição de merenda escolar. Porém, deve-se manter os princípios do PNAE mesmo neste momento tão delicado. Nesse contexto e em caráter emergencial, publicou-se a Lei nº 13.987 em 7 de abril de 2020¹³, que altera a Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009⁷, autorizando a distribuição de gêneros alimentícios adquiridos com recursos do PNAE aos pais e ou responsáveis dos estudantes das escolas públicas durante o período de suspensão das aulas.

A opção escolhida pela maior parte das escolas foi a entrega de cestas básicas aos alunos, segundo Pereira e colaboradores¹⁴, os recursos federais enviados as entidades devem ser utilizados apenas para oferta de kits alimentares, ficando vedada a utilização do mesmo para transferência de valores em dinheiro para as famílias dos estudantes ou mesmo para compra de material de higiene pessoal.

Segundo a Resolução nº 2 de 2020 do FNDE¹⁵ “O kit deverá seguir as determinações da legislação do PNAE no que se refere à qualidade nutricional e sanitária, respeitando os hábitos alimentares, a cultura local e, preferencialmente, composto por alimentos in natura e minimamente processados, tanto para os gêneros perecíveis como para os não perecíveis.” Garantindo assim a SAN dos alunos, mesmo fora do ambiente escolar.

Nesse sentido, a Resolução nº 2 de 2020 do FNDE¹⁵ também reforça os aspectos nutricionais vigentes para a aquisição e oferta de alimentos pensando também nos alunos portadores de NAE.

Diante do exposto, este estudo objetiva avaliar estado nutricional, hábitos alimentares e prevalência de necessidades alimentares especiais entre escolares em tempos de pandemia.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo e aspectos éticos

Foi feita uma pesquisa de campo de abordagem descritiva com caráter quali-quantitativo. A população é constituída por alunos de Escolas Públicas e Privadas do Estado do Espírito Santo portadores ou não de NAE. O tamanho amostral foi definido por conveniência, no qual foram selecionado indivíduos de ambos os sexos.

Foram estabelecidos como critério de inclusão neste estudo as seguintes características: indivíduos crianças e adolescentes, com idade entre 02 a 19 anos que tenham ou não necessidades alimentares especiais, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelos pais ou o próprio aluno, caso seja maior de idade. Aqueles indivíduos que não atenderem aos critérios de inclusão serão excluídos da amostra. O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Salesiano foi aprovado sob o número de CAAE 29953620.0.0000.5068. Assim, dando sequência ao projeto, no período de coleta, foi apresentado aos participantes voluntários o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo dos dados coletados, bem como a utilização destes, exclusivamente com finalidade científica¹⁶.

A coleta de dados foi realizada a partir de um questionário online vinculado através das redes sociais.

2.2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.2.3 Instrumento de coleta de dados:

No questionário foram coletadas informações sobre a criança (idade, peso, altura, endereço, escolaridade e hábitos alimentares) e sobre o responsável da criança (idade, escolaridade, trabalho atual, quem é o responsável financeiro da casa e suas influências no consumo alimentar da criança) que foi adaptado do estudo de Musher-Eizenman e Holub¹⁷ e Guia Alimentar: Como ter uma Alimentação Saudável¹⁸.

2.2.4 Avaliação do consumo alimentar:

O questionário utilizado foi adaptado seguindo as diretrizes do Guia Alimentar e o Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ), as perguntas do (CFPQ) foram traduzidas e assim como o Guia, tiveram perguntas modificadas para melhor entendimento dos voluntários e seus pais e ou responsáveis. Com o objetivo de entender em um contexto geral, os hábitos alimentares das crianças e adolescentes e como isso pode ter sido influenciado pelos pais de acordo com a relação dos mesmos com a comida.

As informações coletadas foram caracterizadas como sendo adequada ao consumo dos escolares e de seus responsáveis quando estavam em conformidade com o Guia Alimentar¹⁹ vigente.

2.2.5 Aplicação da avaliação objetiva mediante antropometria

Devido impossibilidade de coleta presencial de dados mediante o isolamento social vivido no período de coleta de dados, as informações de antropometria foram autorreferidas. No questionário enviado, foi solicitado ao participante apenas o peso e altura.

O índice de massa corporal (IMC) também foi utilizado para caracterizar o estado nutricional dos escolares. O valor obtido através do cálculo de IMC (peso dividido pela altura ao quadrado) é analisado através das curvas de crescimento, considerando o sexo e a idade do participante. Além disso, os valores de peso por idade e estatura por idade, considerando o sexo, foram utilizados para determinar o estado nutricional das crianças²⁰.

Após a avaliação das curvas, a amostra foi classificada conforme seu estado nutricional geral através do percentil, onde foram utilizados os pontos de corte de IMC por idade (IMC/I), peso para idade (P/I), peso por estatura (P/E) e estatura para idade (E/I), seguindo a orientação do Ministério da Saúde²⁰ conforme descrito na figura 1 e 2.

Na avaliação objetiva (antropometria) o diagnóstico nutricional foi traçado por meio de cálculos dos resultados obtidos nas respostas, considerando os percentis e as curvas de crescimento.

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS						
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatuta para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatuta para idade
<Percentil 0,1	<Escore z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥Percentil 0,1 e <percentil 3	≥Escore z -3 e <escore z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥Percentil 3 e <percentil 15	≥Escore z -2 e <escore z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatuta adequada para a idade ²	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatuta adequada para a idade ²
≥Percentil 15 e ≤percentil 85	≥Escore z -1 e ≤escore z +1		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso			Sobrepeso	
>Percentil 85 e ≤percentil 97	>Escore z +1 e ≤escore z +2	Peso elevado para a idade ¹	Sobrepeso	Sobrepeso		Peso elevado para a idade ¹	Obesidade	
>Percentil 97 e ≤percentil 99,9	>Escore z +2 e ≤escore z +3		Obesidade	Obesidade			Obesidade grave	
>Percentil 99,9	>Escore z +3		Obesidade	Obesidade			Obesidade grave	

Fonte: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Versión 1, Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.

¹ Uma criança classificada na faixa de peso elevado para idade pode ter problemas de crescimento, mas esse não é o índice antropométrico mais recomendado para a avaliação de excesso de peso entre crianças. Essa situação deve ser avaliada pela interpretação dos índices de peso para estatura ou IMC para idade.

² Uma criança classificada na faixa de estatura para idade acima do percentil 99,9 (escore z +3) é muito alta, mas isso raramente representa um problema. Contudo, alguns casos correspondem a disfunções endócrinas e tumores. Se houver essa suspeita, a criança deve ser encaminhada para atendimento especializado.

Nota: a Organização Mundial da Saúde apresenta referências de peso para estatura apenas para menores de 5 anos pelo padrão de crescimento de 2006. A partir dessa idade, deve-se utilizar o índice de massa corporal para idade na avaliação da proporção entre peso e estatura da criança.

Figura 1: Índices antropométricos para caracterização do estado nutricional de crianças

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA ADOLESCENTES	
		IMC para idade	Estatuta para idade
<Percentil 0,1	<Escore z -3	Magreza acentuada ¹	Muito baixa estatura para a idade
>Percentil 0,1 e <percentil 3	≥Escore z -3 e <escore z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥Percentil 3 e <percentil 15	≥Escore z -2 e <escore z -1	Eutrofia	Estatuta adequada para idade ²
≥Percentil 15 e ≤percentil 85	≥Escore z -1 e ≤escore z +1		
>Percentil 85 e ≤percentil 97	>Escore z +1 e ≤escore z +2	Sobrepeso	Estatuta adequada para idade ²
>Percentil 97 e ≤percentil 99,9	>Escore z +2 e ≤escore z +3	Obesidade	
>Percentil 99,9	>Escore z +3	Obesidade grave	

¹Um adolescente classificado na faixa de IMC para idade abaixo do percentil 0,1 (escore z -3) é muito magro. Em populações saudáveis, encontra-se nessa situação 1 em 1.000 adolescentes. Contudo, alguns casos correspondem a distúrbios alimentares. Se houver essa suspeita, o adolescente deve ser encaminhado para atendimento especializado.

²Um adolescente classificado na faixa de estatura para idade acima do percentil 99,9 (escore z +3) é muito alto, mas isso raramente representa um problema. Contudo, alguns casos correspondem a disfunções endócrinas e tumores. Se houver essa suspeita, o adolescente deve ser encaminhado para atendimento especializado.

Figura 2: Índices antropométricos para caracterização do estado nutricional de adolescentes

2.2.6 Análise de dados

Os dados foram apresentados a partir de estatística descritiva, no qual as variáveis qualitativas foram expressas a partir de frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas foram expressas a partir de média e desvio padrão. A análise de dados foi elaborada com o auxílio do Excel (Versão 15, Ano 2013).

4 RESULTADOS

A amostra contou com a participação de 104 escolares, sendo 64 do sexo masculino e 40 do sexo feminino, que correspondem respectivamente a 61,5% e 38,5% da amostra (tabela 1). A idade dos voluntários variou entre 2 e 19 anos com uma média de 11,56 anos \pm 4,93 anos. Já o peso médio foi de 45,85 kg \pm 21,66 kg e altura média 1,44m \pm 0,30 m. Em relação a etnia 54 voluntários se identificam como brancos, o que corresponde a 51,9% da amostra, e 40 indivíduos se identificam como pardos representando 38,5% da amostra. Do total de voluntários 84,6% (88) estudam em escola pública. A maior parte da crianças e adolescentes do estudo encontra-se no ensino fundamental, que corresponde a 41,3% (43) estudantes totalizando da amostra.

Ainda na tabela 1, 16 entrevistados, que corresponde 15,3% possuem NAE devido ao diagnóstico de comorbidades como: Diabetes, 5 entrevistados (4,8%); Intolerância a Lactose, 10 entrevistados (9,6%) e Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV) com apenas 1 pessoa portadora (0,9% da amostra).

Tabela 1: Caracterização da Amostra

VARIABLES / CATEGORIAS		%	N°
SEXO	Masculino	61,5	64
	Feminino	38,5	40
RAÇA/COR	Branca	51,9	54
	Preta	9,6	10
	Parda	38,5	40
	Amarelo/Indígena	0	0
LOCAL ONDE ESTUDA	Escola Pública	84,6	88
	Escola Particular	15,4	16
ESCOLARIDADE	Educação Infantil	23,1	24
	Ensino Fundamental	41,3	43
	Ensino Médio	35,6	37
NECESSIDADE ALIMENTAR ESPECIAL	Não Possui	84,6	88
	Diabetes	4,8	5
	Intolerância a Lactose	9,6	10
	Alergia a Proteína do Leite de Vaca	0,9	1

O perfil antropométrico das crianças e adolescentes apresentado na Tabela 2, está dividido entre os portadores de NAE e os que não possuem. Nos dois quadros observa-se que a maior parte dos voluntários encontram-se em estado de adequação tanto em peso para idade, quanto de estatura para idade como IMC para idade, em cada quadro têm sua base de cálculo para porcentagem geral a quantidade total de crianças e adolescentes de cada um dos grupos avaliados.

Destaca-se também a prevalência de 22 indivíduos classificados com sobrepeso entre os não portadores de NAE, ou seja, 25% da amostra, e entre os portadores apenas 5 voluntários destacam-se com classificação de obesidade, 31,2% da amostra do total de crianças portadoras de NAE.

Tabela 2: Classificação dos Percentis

Índice Antropométrico	Não portadores de NAE			Portadores de NAE		
	Peso / Idade	Estatura / Idade	IMC / Idade	Peso / Idade	Estatura / Idade	IMC / Idade
Baixo Peso / Baixa Estatura / Magreza	-	5 (5,6%)	4 (4,5%)	-	3 (18,7%)	1 (6,5%)
Peso Adequado / Estatura Adequada / Eutrofia	29 (32,9%)	83 (94,3%)	49 (55,6%)	6 (37,5%)	13 (81,2%)	7 (43,7%)
Peso Elevado	6 (6,8%)	-	-	1 (6,5%)	-	-
Sobrepeso	-	-	22 (25%)	-	-	3 (18,7%)
Obesidade	-	-	13 (14,7%)	-	-	5 (31,2%)
TOTAL	35 (39,7%)	88 (100%)	88 (100%)	7 (43,7%)	16 (100%)	16 (100%)

Legenda da Tabela 2: NAE - Necessidade Alimentar Especial; IMC - Índice de Massa Corporal.

A Tabela 3 apresenta o consumo alimentar em relação aos alimentos saudáveis consumidos pelas crianças e adolescentes que participaram do estudo. Esta é dividida entre os alunos portadores e os não portadores de NAE. Assim como a tabela 2 os cálculos são baseados no total de voluntários de cada grupo.

Em relação ao consumo diário de frutas, tanto para os portadores quanto os não portadores de NAE, os maiores índices encontrados foram na opção de 2 unidades ou copos de suco por dia, com respectivamente 8 (50%) e 31 (35,2%) da amostra. Este padrão de igualdade entre os grupos também são encontrados na análise dos índices nas leguminosas, tubérculos, carnes, ovos e no tipo de leite. Nos demais itens, a frequência de consumo mais significativa divergem entre os dois grupos. Vale destacar que no item Legumes e Verduras, o grupo dos portadores de NAE as maiores porcentagens de respostas se igualaram tanto no não consumo quanto no consumo de 4 a 5 colheres de sopa dia.

Tabela 3: Consumo de Alimentos Saudáveis.

ALIMENTO	FREQUÊNCIA DE CONSUMO	SEM NAE	NAE
Frutas	Não consumo	11 (12,5%)	3 (18,7%)
	3 ou mais unidades/copos de suco por dia	26 (29,5%)	1 (6,2%)
	2 unidades/copos de suco por dia	31 (35,2%)	8 (50%)
	1 unidade/copo de suco por dia	20 (22,7%)	4 (25%)
Legumes e verduras	Não consumo	15 (17%)	6 (37,5%)
	3 ou menos colheres de sopa por dia	31 (35,2%)	2 (12,5%)
	4 a 5 colheres de sopa por dia	26 (29,5%)	6 (37,5%)
	6 a 7 colheres de sopa por dia	11 (12,5%)	1 (6,2%)
Leguminosas	8 ou mais colheres de sopa por dia	5 (5,6%)	1 (6,2%)
	Não consumo	2 (2,2%)	1 (6,2%)
	2 ou mais colheres de sopa por dia	64 (72,7%)	9 (56,2%)
	1 colher de sopa ou menos por dia	14 (15,9%)	4 (25%)
Arroz	Menos de 5 vezes por semana	8 (9%)	2 (12,5%)
	Não consumo	1 (1,1%)	2 (12,5%)
	1 a 2 colheres de sopa por dia	23 (26,1%)	4 (25%)
	2 a 3 colheres de sopa por dia	23 (26,1%)	6 (37,5%)
Tubérculos	3 a 4 colheres de sopa por dia	25 (28,4%)	3 (18,7%)
	Mais de 4 colheres por dia	16 (18,1%)	1 (6,2%)
	Não consumo	2 (2,2%)	2 (12,5%)
	1 a 2 colheres de sopa por dia	43 (48,8%)	10 (62,5%)
Carnes	2 a 3 colheres de sopa por dia	23 (26,1%)	2 (12,5%)
	3 a 4 colheres de sopa por dia	13 (14,7%)	2 (12,5%)
	Mais de 4 colheres por dia	7 (7,9%)	-
	Não consumo	5 (5,6%)	-
Ovos	1 pedaço/fatia/colher de sopa por dia	18 (20,4%)	2 (12,5%)
	2 pedaços/fatias/colheres de sopa por dia	41 (46,5%)	9 (56,2%)
	Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa por dia	24 (27,2%)	5 (31,2%)
	Não consumo	3 (3,4%)	2 (12,5%)
Leite e Derivados	2 ou mais vezes por semana	66 (75%)	8 (50%)
	A cada 15 dias	16 (18,1%)	1 (6,2%)
	De 1 a 4 vezes por mês	5 (5,6%)	5 (31,2%)
	Não consumo	4 (4,5%)	3 (18,7%)
Tipo de Leite	3 ou mais copos/pedaços/fatias/ porções por dia	22 (25%)	4 (25%)
	2 copos/pedaços/fatias/porções por dia	38 (43,1%)	4 (25%)
	1 ou menos copos/pedaços/fatias/ porções por dia	24 (27,2%)	5 (31,2%)
	Não Consumo	7 (7,9%)	3 (18,7%)
Leites Vegetais	Integral	65 (73,8%)	7 (43,7%)
	Com baixo teor de gorduras	16 (18,1%)	6 (37,5%)
	Soja	8 (9%)	2 (12,5%)
Leites Vegetais	Coco	2 (2,2%)	-
	Amêndoa	11 (12,5%)	1 (6,2%)

No que se refere a alimentação, a Tabela 4 apresenta o consumo de processados e ultraprocessados nos dois grupos estudados.

No primeiro grupo de itens, tanto os voluntários que não possuem NAE quanto os que possuem, apresentaram o maior número de resposta na mesma frequência de consumo, que seria: menos de 2 vezes por semana, com respectivamente 38 (43,1%) e 7 (43,7%) de respostas em relação a amostra. Já no segundo

grupo de itens, as respostas foram diferentes, o grupo dos não portadores disse que consome estes produtos menos de 2 vezes por semana, totalizando 32 respostas, 36,3% da amostra, e os portadores responderam que consomem estes alimentos de 2 a 3 vezes por semana com 7 respostas, um total de 43,7% da amostra.

Tabela 4: Consumo de Alimentos Processados e Ultra processados.

Alimentos	Frequência de consumo	SEM NAE	NAE
Frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, embutidos.	Raramente ou nunca	21 (23,8%)	4 (25%)
	Menos que 2 vezes por semana	38 (43,1%)	7 (43,7%)
	De 2 a 3 vezes por semana	20 (22,7%)	1 (6,2%)
	De 4 a 5 vezes por semana	3 (3,4%)	4 (25%)
	Todos os dias	6 (6,8%)	-
Doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos, refrigerantes e sucos industrializados.	Raramente ou nunca	18 (20,4%)	5 (31,2%)
	Menos que 2 vezes por semana	32 (36,3%)	2 (12,5%)
	De 2 a 3 vezes por semana	20 (22,7%)	7 (43,7%)
	De 4 a 5 vezes por semana	7 (7,9%)	1 (6,2%)
	Todos os dias	11 (12,5%)	1 (6,2%)

O Ministério da Saúde preconiza a realização de, pelo menos, cinco refeições ao dia para uma alimentação adequada¹⁹. Na Figura 3, observa-se que diariamente, pelos menos 4 refeições são feitas pela maior parte das crianças e adolescentes, porém nenhuma delas é realizada por 100% da amostra. A refeição mais significativa realizada pelos participantes é o almoço, com 95,2% da amostra. Logo em seguida vem o jantar com 83,7% da amostra, ou seja, ao menos as duas grandes refeições são feitas pela maioria das crianças e adolescentes mesmo em tempos de pandemia.

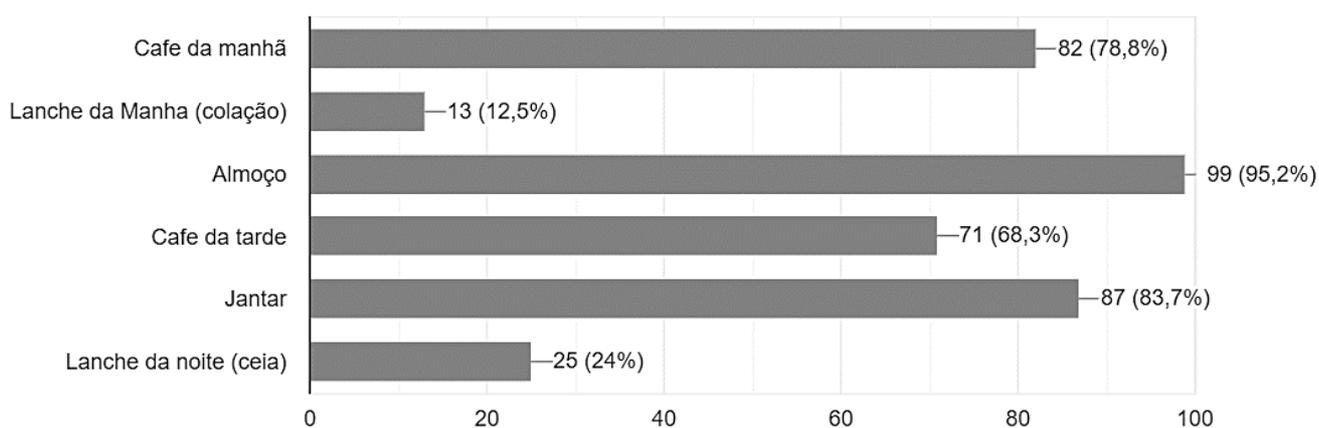


Figura 3: Refeições Feitas Diariamente

A pesquisa também contou com a participação dos pais e ou responsáveis das crianças e adolescentes. A tabela 5 mostra as características desses pais e ou responsáveis. A idade desse grupo varia entre 23 e 68 anos, com uma média de 42,19 anos \pm 8,67 anos. Participaram deste estudo crianças e adolescentes de todo o estado, apenas a região norte do estado não foi obtido nenhuma resposta/participação.

Tabela 5: Caracterização da Amostra – Responsáveis

VARIÁVEIS / CATEGORIAS		%	N°
RESPONSÁVEL FINANCEIRO	Pai	30,8	32
	Mãe	16,3	17
	Pai e Mãe	46,2	48
	Avós	2,9	3
	Irmãos	-	-
	Outros	3,8	4
ESCOLARIDADE	Ensino Fundamental	24	25
	Ensino Médio	35,2	37
	Ensino Superior	24	25
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado	16,2	17
ATIVIDADE DE TRABALHO ATUAL	Autônomo	14,1	16
	Professor	10,6	12
	Empresário	3,5	4
	Funcionário Público	8,8	10
	Agricultor	11,5	13
	Aposentado	3,5	4
	Prestador de serviço para empresa terceirizada	47,7	54
RESIDENCIA ATUAL (REGIÕES)	Norte	-	-
	Central	2,8	3
	Metropolitana	49	51
	Sul	48	50
PROGRAMAS DO GOVERNO	Nenhum	90,5	95
	Bolsa Família	2,8	3
	Auxílio Emergencial	5,7	6

A Tabela 6 apresenta um questionário feito aos pais e ou responsáveis dos voluntários para diagnosticar o quanto os mesmos interferem no comportamento alimentar de seus filhos.

Na primeira pergunta, 49 pessoas responderam que tentam sim fazer seus filhos comerem mais, caso as porções consumidas antes tenham sido pequenas, eles representam 47,1% da amostra. Analisando as outras perguntas e suas respectivas respostas, é possível perceber que os pais e responsáveis tem buscado maneiras de melhorar os hábitos alimentares de seus filhos, oferecendo mais alimentos saudáveis ao invés de doces e outros alimentos processados e ultraprocessados. Outro ponto importante é que os pais têm se atentado na necessidade de olhar os rótulos dos alimentos, com 35 respostas positivas a essa questão, representando 33,7% da amostra.

Tabela 6: Como os Pais Interferem no Comportamento Alimentar dos Filhos

QUESTÕES	RESPOSTAS									
	DISCORDO TOTALMENTE		DISCORDO EM PARTE		NEM CONCORDO, NEM DISCORDO		CONCORDO EM PARTE		CONCORDO TOTALMENTE	
	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Se meu filho come apenas uma pequena porção, tento fazer com que ele coma mais?	15,4	16	16,3	17	11,5	12	47,1	49	9,6	10
Não deixo meu filho beliscar entre as refeições porque não quero que ele engorde?	31,7	33	27,9	29	18,3	19	17,3	18	4,8	5
Você deixa seu filho comer o que ele quer?	16,3	17	30,8	32	9,6	10	34,6	36	8,7	9
Nas refeições do almoço e do jantar, você deixa seu filho escolher o que ele quer dentre aquilo que foi preparado?	11,5	12	12,5	13	6,7	7	34,6	36	34,6	36
Você permite que seu filho deixe a mesa quando está satisfeito, mesmo que sua família ainda esteja comendo?	9,6	10	9,6	10	10,6	11	22,1	23	48,1	50
Você incentiva essa criança a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?	3,8	4	4,8	5	8,7	9	14,4	15	68,3	71
A maioria dos alimentos disponíveis na minha casa são saudáveis?	8,7	9	8,7	9	2,9	3	41,3	43	38,5	40
Eu incentivo meu filho a experimentar novos alimentos?	2,9	3	1,9	2	7,7	8	16,3	17	71,2	74
Disponibilizo uma variedade de alimentos saudáveis para o meu filho em cada refeição servida na minha casa?	6,7	7	9,6	10	8,7	9	29,8	31	45,2	47
Eu como alimentos saudáveis na frente do meu filho, mesmo que não sejam os meus favoritos?	12,5	13	9,6	10	11,5	12	24	25	42,3	44
Eu digo a meu filho o que ele deve ou não comer, sem explicar o motivo?	44,2	46	23,1	24	9,6	10	13,5	14	9,6	10
Se meu filho come mais do que o normal em uma refeição, tento restringir o que ele come na refeição seguinte?	42,3	44	20,2	21	12,5	13	18,3	19	6,7	7
Tenho sempre doces em minha casa?	23,1	24	26	27	8,7	9	24	25	18,3	19
Tento garantir que meu filho não coma uma quantidade excessiva de seus alimentos favoritos?	12,5	13	13,5	14	12,5	13	27,9	29	33,7	35
Eu ofereço doces para compensar o bom comportamento do meu filho?	61,5	64	11,5	12	12,5	13	12,5	13	1,9	2
Quando meu filho se comporta mal, eu retiro seus doces como forma de "castigo"?	52,9	55	13,5	14	13,5	14	12,5	13	7,7	8
Quando vou adquirir os alimentos, observo o rotulo?	26,9	28	5,8	6	5,8	6	27,9	29	33,7	35

5 DISCUSSÃO

Nos estudos mais recentes encontrados sobre estado nutricional de crianças e adolescentes, utilizados como base para esta pesquisa, percebe-se que a incidência de risco nutricional tem crescido consideravelmente. Anjos e Silveira¹⁰ apontam em seu estudo que a prevalência de excesso de massa corporal entre todas as crianças estudadas foi de 30%, assim como Conde e colaboradores²¹ também constataram aumento da incidência de excesso de peso em adolescentes estudados. Estes divergem dos dados apurados nos dois grupos avaliados neste estudo, onde os maiores valores dos percentis analisados, entre as crianças e adolescentes, encontram-se em Eutrofia/Adequação.

Somando os valores de sobrepeso e obesidade apenas no item IMC/Idade chegamos ao valor de 39,7% no primeiro grupo, apenas 9,7% a mais que no estudo de Anjos e Silveira¹⁰, porém, os números ainda se mantêm inferior ao resultado de eutrofia do presente estudo. Já o segundo grupo apresenta o valor de 49,9% na soma entre as classificações de sobrepeso e obesidade, este resultado fica acima dos valores de eutrofia do grupo. Em virtude de não ter encontrado estudo específico para comparação, o percentual alto resultante pode ser, devido ao tamanho amostral pequeno ou confirmar que os escolares que possuem alguma NAE estão em risco nutricional.

Na análise dos dados da VIGITEL²², percebe-se que, a capital do Estado do Espírito Santo Vitória, classificou-se como uma das menores frequências de excesso de peso entre homens e mulheres, com os valores de 50,6% e 47,8% respectivamente. A amostragem da VIGITEL²² analisa apenas adultos (≥ 18 anos de idade), porém, levando-se em conta que são os adultos exemplos para as crianças e os responsáveis pela aquisição dos gêneros alimentícios, a redução do número de adultos com excesso de peso impacta na maneira como essas crianças vão se relacionar com a comida.

Cruz¹¹ em seu estudo, aponta que as crianças têm optado cada vez mais por lanches industrializados do que por alimentos mais saudáveis. Em análise ao total de respostas, dos voluntários portadores ou não de NAE, analisados no presente estudo, percebe-se que, as crianças e adolescentes em relação ao consumo de industrializados se dá, em sua maioria, em uma pequena frequência, já que existe uma variação de respostas entre os grupos. Isso indica tanto um controle por parte dos pais, na quantidade e no tipo de alimento a ser consumido, como também uma conscientização das consequências que o consumo elevado de alimentos processados e ultraprocessados traz a saúde das crianças e adolescentes.

Percebe-se analisando a tabela 6, que há uma preocupação dos pais e ou responsáveis dos voluntários no que se refere ao consumo consciente, a atenção em oferecer alimentação mais saudáveis aos filhos, preferindo os in natura ou minimamente processados aos processados e ultraprocessados, procurando inicialmente dar exemplo como entender e explicar a importância de uma boa alimentação.

No estudo de Araújo²³ as mães têm grande influência na alimentação de seus filhos. Costa²⁴ diz que a família, constitui modelo e influencia de diferentes formas o comportamento alimentar das crianças, porém, a falta de tempo, o imediatismo, a praticidade e a vida urbana, muitas vezes, condiciona as escolhas alimentares das crianças a alimentos de rápida preparação, conseqüentemente com grande densidade energética, como os hipercalóricos. Sem dúvida um dos grandes desafios, para uma vida saudável. Principalmente para os pais ou responsáveis de crianças portadoras de NAE, já que, dependendo do tipo de necessidade desta criança ou adolescente é necessário repensar o consumo de toda a família a se programar para oferecer o que estes jovens precisam.

As alterações nos padrões de comportamento da população, representam a principal mudança nas configurações epidemiológicas, o que implica na atual elevação da prevalência dos casos de doenças crônicas não transmissíveis. Ferreira e Aydos²⁵ destacam as principais comorbidades acometidas em indivíduos que possuem excesso de gordura corporal, encarando a obesidade como uma situação duplamente problemática para o organismo, sendo ela uma doença por si própria e também um fator de risco para inúmeras outras doenças.

No Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos²⁶, na sessão dos princípios, o item 2 ressaltam que o ambiente familiar é um espaço de promoção da saúde, devendo proporcionar fortalecimento de vínculos, ser um local seguro, acolhedor e propiciar uma alimentação adequada e saudável, o afeto, segurança e nutrição são fundamentais para o desenvolvimento integral da criança, ou seja, a criança e adolescente consome dentro de casa, apenas o que é ofertado pela família. Ainda neste ponto, Moreira e Freitas²⁷ salientam que é dever da família prover alimento e subsistência, não cabendo a criança ou adolescente esta responsabilidade, ou seja, deixam claro que a responsabilidade de adquirir os gêneros alimentícios para prover o lar é dos pais, são eles os responsáveis das escolhas, evidenciando que, as crianças não tem nenhuma autonomia financeira para “montar a lista de compras do mês”.

Nos últimos anos, houve um aumento no poder de compra tanto da classe média como das classes mais baixas, proporcionando a esses grupos a facilidade nas compras dos produtos processados e ultraprocessados, já que estão cada vez mais baratos e disponíveis a essa parcela da população²⁸. Ainda de acordo com os autores, as famílias conseqüentemente "a criança" com renda maior, apresentam uma maior desejo de compra e consumo por alimentos industrializados.

Diante do cenário atual, em meio a pandemia, estas crianças ainda terão maior acesso aos alimentos industrializado do que as de classes mais baixas, pois, a preocupação de boa parte destes pais, será voltada para a compra de apenas o essencial, já que, durante o isolamento social houve um aumento considerável do número de desempregados associado ao aumento de preços de gêneros alimentícios, fatores fundamentais que contribuíram para a redução do consumo de produtos considerados supérfluos. A possibilidade de compra, seja por famílias de melhor poder aquisitivo ou pela praticidade, pode elevar as chances da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre as crianças, que por sua vez pode favorecer ao aumento da prevalência de NAE.

6 CONCLUSÃO

Observou-se que o padrão alimentar, está voltado para uma alimentação mais saudável. As respostas das crianças e adolescentes vai ao encontro a de seus pais e responsáveis, ficando claro que, há um empenho para melhorar a consumo dos jovens, resultado compatível com estado nutricional da maioria dos voluntários deste estudo.

Percebe-se que, os escolares que possuem alguma NAE apresentam pequenas diferenciações de consumo em relação aos escolares não portadores, porém, é possível entender que, esta variação nas respostas não interfere a percepção geral, deixando claro que este grupo demonstra ter uma alimentação saudável mesmo que alguns tenham limitações na questão alimentar.

Sabe-se contudo que, os alimentos processados e ultraprocessados são mais chamativos e agora mais acessíveis, logo, é preciso uma maior atenção da família ao que é consumido pelas crianças e adolescentes, dentro e fora de casa e da escola, já que, doenças crônicas não transmissíveis como obesidade e diabetes derivam deste tipo de hábitos.

Com a pandemia a oferta da alimentação escolar foi interrompida, isso pode ter afetado a qualidade das refeições consumidas, bem como o estado nutricional destes jovens, o que eleva a

preocupação com a dieta seguida por estas crianças e adolescentes pois ainda é grande a preocupação com o consumo em excesso de alimentos industrializados e suas consequências.

Por fim, percebe-se a necessidade e a importância de políticas públicas dentro das escolas como o PNAE, e de outras entidades que alertam para a necessidade de ações no âmbito da saúde pública que contribuam para a redução do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, e garantam a SAN das crianças e adolescentes dos grupos avaliados.

7 REFERÊNCIAS

1-BRASIL. PNAN. 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. – 1. ed., 1. reimpr. [Publicação Online] – Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2013. [Acesso em 15 mai 2020]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf

2-Matias CT. Dificuldades e obstáculos a Segurança Alimentar e Nutricional de estudantes com Necessidades Alimentares Especiais: um estudo de caso da rede de ensino municipal de Guarulhos, SP. Dissertação [Mestrado em Nutrição Humana Aplicada] - Universidade de São Paulo; 2018

3-Pedraza DF. Perfil antropométrico de crianças segundo a estrutura das creches. Ciênc. Saúde Colet, 2017; 22(4):1361-1371

4-BRASIL. CAISAN. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015. [Publicação Online] – Brasília-DF: CAISAN, 2011. [Acesso em 05 abr 2020]. Disponível em http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/Plano_Caisan.pdf

5-Paula FA, Almeida GS, Oliveira VA, Chaddad MCC. Educação, Saúde e Alimentação na Escola: Um olhar especial para as Necessidades Alimentares Especiais. Pleiade, 2014; 08(14):62-72

6-Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE (Brasil). [Publicação Online] - Brasília-DF; 2017. [Acesso em 21 abr 2020]. Disponível em <https://www.fnde.gov.br/index.php/programas/pnae/pnae-sobre-o-programa/pnae-sobre-o-pnae>

7-BRASIL. 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 alunos da educação básica; altera as Leis nºs 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Casa Civil 09 de jun 2009

8-Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE-Brasil). Resolução nº. 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. Diário Oficial da União 18 de jun 2013; Seção 1.

9-BRASIL. CONSEA. Legislação básica do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional / Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. [Publicação Online] – Brasília-DF: Presidência da República; 2017. [Acesso em 02 abr 2020]. Disponível em <http://pesquisassan.net.br/biblioteca-consea/>

10-Anjos LA, Silveira WDB. Estado nutricional dos alunos de Rede Nacional de Ensino de Educação Infantil e Fundamental do Serviço Social do Comércio (Sesc), Brasil, 2012. Ciênc. Saúde Colet, 2017; 22(5):1725-1734

11-Cruz LD, Santos AJAO, Santos AAO, Gomes ABL, Andrade FAM, Marcellini PS. Análise de Aceitação da Alimentação Escolar dos alunos das escolas municipais urbanas de Itabaiana - SE. Sci Plena, 2013; 9(10):104203-1

12-Valentim E A, Almeida CCB, Taconeli CA, Osório MM, Schmidt ST. Fatores associados à adesão à alimentação escolar por adolescentes de escolas públicas estaduais de Colombo, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2017; 33(10):e00061016

13-BRASIL. Lei nº.13.987, de 07 de abril de 2020. Altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, para autorizar, em caráter excepcional, durante o período de suspensão das aulas em razão de situação de emergência ou calamidade pública, a distribuição de gêneros alimentícios adquiridos com recursos do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae) aos pais ou responsáveis dos estudantes das escolas públicas de educação básica. Diário Oficial da União 07 de abr 2020.

14-Pereira AS, Campos FM, Santos CRB, Lima ECS, Mocellin MC, Serra GMA, et al. Desafios na execução do programa nacional de alimentação escolar durante a pandemia pela COVID-19. Braz. J of Develop., 2020; 06(08):63268-63282

15-Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE-Brasil). Resolução nº2, de 09 de abril de 2020. Dispõe sobre a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE durante o período de estado de calamidade pública, reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo corona vírus - Covid-19. Diário Oficial da União 13 de abr de 2020. Seção 1.

16-BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 33. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. 1 ed. [Publicação Online] Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2012. [Acesso em 02 mai 2020]. Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

17-Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: Validation of a New Measure of Parental Feeding Practices. J. Pediatr. Psychol., 2007; 32(08)960-972

18-BRASIL, Guia Alimentar: Como ter uma Alimentação Saudável. 1ª edição, 2ª reimpressão, [Publicação Online] - Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2013. [Acesso em 05 abr 2020]. Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel_1edicao.pdf

19-BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica– 2. ed., 1. reimpr. [Publicação Online] – Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2014. [Acesso em 02 abr 2020]. Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

20-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Incorporação das Curvas de Crescimento da Organização Mundial de Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN. [Publicação Online] Brasil: Ministério da Saúde; 2006. [Acesso em 02 mai 2020]. Disponível em https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131209104419oms2006_2007.pdf

21-Conde WL, Mazzeti CMS, Silva JC, Santos IKS, Santos AMR. Estado nutricional de escolares adolescentes no Brasil: a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares 2015. Ver Bras Epidemiol, 2018; 21(SUPPL 1): E180008.supl.1

22-BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. [Publicação Online] – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019. [Acesso em 10 nov 2020]. Disponível em <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf?x53725>

23-Araújo GS. Práticas Parentais Alimentares e sua Relação com o Consumo de Alimentos na Infância. Brasília-DF. Dissertação [Mestrado em Nutrição Humana] - Universidade de Brasília / Faculdade de Ciências da Saúde; 2015

24-Costa MGFA, Nunes MMJC, Duarte JC, Pereira MAS. Conhecimento dos pais sobre alimentação: Construção e validação de um questionário de alimentação infantil. Ver. Enf. Ref., 2012; 03(06):55-68

25-Ferreira JS, Aydos RD. Prevalência de Hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. Ciênc. Saúde Colet, 2010; 15(1):97-104

26-BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. [Publicação Online] – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019. [Acesso em 06 abr 2020]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

27-Moreira RB da R, Freitas HN de. O princípio da fraternidade como norteador de ações da sociedade em prol do direito à alimentação infantil omitido pelo estado brasileiro na pandemia da covid-19. Editora Asces, 2020

28-Rodrigues VM, Fiates GMR. Hábitos alimentares e comportamento de consumo infantil: influência da renda familiar e do hábito de assistir televisão. Rev. Nutr., 2012; 25(3):353-362