Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Promoção da alimentação adequada e saudável
na escola: limites e possibilidades de uma
proposta educacional**

Jéssica Rodrigues de Oliveira

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Nutrição em
Saúde Pública para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria
Dianezi Gambardella

São Paulo

2015

Promoção da alimentação adequada e saudável na escola: limites e possibilidades de uma proposta educacional

Jéssica Rodrigues de Oliveira

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Nutrição em
Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria
Dianezi Gambardella

São Paulo

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Dedico esse trabalho à minha mãe Rosemari e à minha avó Inês (in memoriam), com todo meu amor e gratidão, por tudo que fizeram por mim ao longo da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Uma tese de doutorado, apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne a contribuição de várias pessoas. Desde o início do doutorado, tive o privilégio de contar com a confiança e o apoio de inúmeras pessoas – profissionais e emocionais. Essas poucas linhas não comportam o tamanho da minha gratidão, pois sem eles, esta investigação não teria sido possível.

Agradeço à professora, orientadora e amiga Ana Maria Dianezi Gambardella, pelo carinho, apoio, compartilhamento dos saberes e pelas valiosas contribuições ao trabalho.

Às amigas e parceiras nesta longa jornada, Andrea Toledo e Fernanda Nascimento por acreditarem no projeto e contribuírem para que ele se tornasse realidade.

À professora Maria de Fátima Marucci pelo auxílio na concepção do projeto e à Elizabeth Maria Bismarck Nasr pela amizade e por viabilizar o projeto.

À Marcia Cristina Faria Rodrigues Faria, coordenadora pedagógica, e aos professores da escola EMEF Profa. Vera Babo de Oliveira por abrirem as portas da escola para a realização deste trabalho e por colaborarem em todas as fases do projeto. Aos alunos que participaram do projeto pela colaboração e troca de experiências e ensinamentos mútuos.

À amiga e eterna professora Maria Fernanda Frutuoso pela amizade e por me mostrar o caminho do ensino e pesquisa, ainda durante a graduação.

À secretária Alessandra Blaya, pelo auxílio e carinho em todos os momentos de necessidade.

Ao CNPQ por financiar e viabilizar a realização deste projeto.

Aos amigos Gabriel, Rafael e Ricardo, pelos momentos alegres, pelo apoio e por entenderem meus momentos de ausência.

À Aira, Camilla, Eliza, Gabriela, Gustavo, Maria Vitória, Mariana, Paula e Wesley pela amizade, apoio e alegrias tantas.

À Camila, Juliana e Hiago pelo carinho, amizade, parceria e por acreditarem e me apoiarem incondicionalmente durante esta jornada.

À cantora Maria Rita por ser trilha sonora e inspiração nos momentos de concentração e solidão durante a elaboração da tese.

Agradeço em especial à minha mãe, meu irmão, minha avó, meus padrinhos e primos por acreditarem e contribuírem para a realização deste sonho.

Aos meus sobrinhos Rafael, Luiz e Thiago pelos momentos de descontração e alegria.

Minha eterna gratidão à vocês!

Oliveira JR. Promoção da alimentação adequada e saudável na escola: limites e possibilidades de uma proposta educacional. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2014.

RESUMO

Introdução: As práticas alimentares são resultantes de decisões, conscientes ou não, relacionadas à cultura alimentar de sua região, à tradição alimentar de seu convívio social e às transformações decorridas do acesso à informação científica e popular. Neste sentido, torna-se fundamental estimular a autonomia dos indivíduos para que realizem escolhas alimentares adequadas e saudáveis, o que demanda um consciente processo educativo. Nesse propósito, a educação alimentar e nutricional desempenha função estratégica na promoção de hábitos saudáveis. **Objetivo:** Propor e avaliar o efeito de uma intervenção nutricional educativa, com base na metodologia da problematização, para a promoção de alimentação saudável em estudantes dos 6^{os} anos de uma escola municipal de São José dos Campos (SP).

Métodos: Realizou-se um estudo de intervenção com duração de 6 meses. O estudo desenvolveu-se em três etapas distintas: diagnóstico, intervenção e avaliação. Na fase de intervenção foi proposto um programa educativo com 8 atividades práticas com a finalidade de ampliar o conhecimento, habilidades e atitudes positivas entre os adolescentes em relação a alimentação saudável por meio da pedagogia da problematização. Para avaliar os efeitos da intervenção, foram coletados dados antropométricos, de práticas alimentares e qualitativos por meio de avaliação antropométrica, questionário semi-estruturado e grupos focais, nas etapas de diagnóstico e avaliação. A interpretação e análise dos dados qualitativos baseou-se no método da análise de conteúdo. **Resultados:** As atividades de intervenção foram construídas com base nas questões identificadas nos grupos focais pré-intervenção, referentes às crenças e conhecimentos, comportamentos, percepções e barreiras para uma alimentação saudável. Ao final da intervenção, os alunos elaboraram um jornal educativo sobre alimentação e nutrição que foi distribuído em toda a comunidade escolar. As modificações identificadas foram a ampliação do conhecimento nutricional e a intenção de mudanças positivas na alimentação como o aumento do consumo de frutas, verduras e legumes e redução do consumo de doces e demais industrializados. **Conclusões:** A intervenção mostrou-se eficaz na ampliação do conhecimento sobre alimentação e nutrição e os alunos demonstraram a intenção de realizar mudanças em relação às práticas alimentares inadequadas.

Descritores: Educação Alimentar e Nutricional, Adolescente, Saúde Escolar, Promoção da Saúde, Educação em Saúde

Oliveira JR. Healthy eating promotion at school: limits and possibilities of an educational proposal. [thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: Eating habits are the result of decisions, conscious or not, linked to regional food culture, to the food traditions and the changes resulting from the access to scientific and popular information. For this reason, it is fundamental to foster autonomy of individuals to make *healthier food choices*, which demands an educational process. In this way, food and nutritional education plays a strategic role *on promoting healthy eating habits*. **Objective:** To suggest and evaluate the effectiveness of a nutrition education intervention, to promote healthy eating among 6th grade students from a public school in São José dos Campos (SP-Brazil). **Methods:** An intervention study with 6 months' duration conducted in three stages: diagnosis, intervention and evaluation. In the intervention stage, an educational program was proposed with 8 practical activities in order to increase knowledge, abilities and positive attitudes among teenagers towards healthy eating through Freire's problematization pedagogy. Anthropometric, eating behavior and qualitative data were collected in order to assess the effectiveness of the intervention, through anthropometric measurements, semi-structured questionnaire and focus group, at the stage of diagnosis and evaluation. The interpretation and analysis of qualitative data was done based on the method of content analysis. **Results:** The intervention activities based on issues identified in the pre-intervention focus groups, about beliefs and knowledge, behaviors, perceptions and barriers to healthy eating. At the end of the intervention, an educational journal developed by students about food and nutrition was distributed throughout the school community. The identified changes are the expansion of nutritional knowledge and intent of positive changes in diet with increased consumption of fruits and vegetables, and reduced consumption of junk food. **Conclusions:** The intervention was effective in improving knowledge about food and nutrition and the students have an intention to make changes in relation to inappropriate eating behaviors.

Keywords: Food and Nutrition Education, Teenager, School Health, Health Promotion, Health Education

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	PROMOÇÃO DE SAÚDE	10
1.2	NUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	13
1.3	INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO NA INTERFACE DA SAÚDE E NUTRIÇÃO	15
1.3.1	A Tríade: Informação, Comunicação e Educação no Contexto da Saúde.....	15
1.3.2	Educação em Saúde.....	20
1.3.3	Educação Alimentar e Nutricional	28
1.4	ESCOLA COMO AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE	40
1.5	EPIDEMIOLOGIA NUTRICIONAL NA ADOLESCÊNCIA E IMPACTO PARA A SAÚDE PÚBLICA.....	44
2	JUSTIFICATIVA	49
3	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	52
3.1	DIMENSÕES DA ALIMENTAÇÃO	52
3.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE	53
3.3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	54
4	OBJETIVOS	56
4.1	OBJETIVO GERAL.....	56
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
5	MATERIAL E MÉTODOS.....	57
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	57
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO, DA INSTITUIÇÃO E DA POPULAÇÃO-ALVO	57
5.3	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	60
5.4	ETAPAS DO ESTUDO	60
5.4.1	Estudo Piloto.....	61
5.4.2	Primeira Etapa: Diagnóstico Nutricional e Educativo	62
5.4.3	Segunda Etapa: Intervenção.....	63
5.4.4	Terceira Etapa: Avaliações	66
5.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	68
5.5.1	Variáveis Demográficas	68

5.5.2	Status Socioeconômico.....	68
5.5.3	Índice de Massa Corporal dos Adolescentes	68
5.5.4	Estado Nutricional	69
5.5.5	Perímetro da Cintura.....	70
5.5.6	Dobra Cutânea Tricipital	70
5.5.7	Práticas Alimentares	72
5.6	GRUPO FOCAL	72
5.7	ANÁLISE DE DADOS.....	74
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	77
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	78
6.1	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	78
6.1.1	Estado Nutricional	78
6.1.2	Práticas Alimentares	80
6.2	DIAGNÓSTICO EDUCATIVO.....	82
6.2.1	Atitudes e Comportamentos Alimentares.....	84
6.2.2	Crenças e Conhecimentos	95
6.2.3	Barreiras para Alimentação Saudável.....	101
6.3	INTERVENÇÃO.....	103
6.3.1	Justificativa	103
6.3.2	Objetivos	103
6.3.3	Conteúdo Programático	104
6.4	AVALIAÇÃO SOMATIVA.....	125
6.4.1	Estado Nutricional	125
6.4.2	Práticas Alimentares	127
6.4.3	Atitudes e Comportamentos Alimentares.....	130
6.4.4	Crenças e Conhecimentos	156
6.4.5	Barreiras para Alimentação Saudável.....	177
6.4.6	Avaliação do Programa pelos Estudantes	181
6.5	AVALIAÇÃO FORMATIVA	185
6.5.1	Implementação do Programa.....	186
6.5.2	Resposta do Ambiente.....	187

6.5.3 Resposta do Receptor	188
6.5.4 Resposta do Executor.....	191
6.5.5 Competência do Pessoal de Campo.....	192
6.6 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	193
CONCLUSÃO	200
REFERÊNCIAS	201
ANEXOS	215
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO	216
ANEXO 2 - ROTEIRO DAS ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO.....	221
ANEXO 3 - AVALIAÇÃO FINAL	245
ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	247
ANEXO 5 - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL PRÉ INTREVENÇÃO.....	249
ANEXO 6 - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL PÓS-INTREVENÇÃO	255
ANEXO 7 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	261
ANEXO 8 - GIBI – HISTÓRIA EM QUADRINHOS	263
ANEXO 9 - AVALIAÇÃO DOS GRUPOS DE ALIMENTOS.....	268
ANEXO 10 - CARTÕES DE PERGUNTAS – JOGO DA ALIMENTAÇÃO..	270
ANEXO 11 - CARTILHA – RÓTULO DE ALIMENTOS	273
ANEXO 12 - APRESENTAÇÃO SOBRE RÓTULO DE ALIMENTOS	276
ANEXO 13 - QUESTIONÁRIO SOBRE RÓTULO DE ALIMENTOS	278
ANEXO 14 - LISTA DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS.....	280
ANEXO 15 - JORNAL.....	282
ANEXO 16 - CURRÍCULO LATTES.....	297

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE

O primeiro uso do termo "promoção da saúde" ocorreu em 1946, quando Henry E. Sigerist, médico e historiador, definiu as quatro tarefas primordiais da medicina: (1) promoção da saúde; (2) prevenção de doença; (3) recuperação dos enfermos e (4) reabilitação. Naquela oportunidade, afirmou que a "saúde é promovida pela prestação de um padrão decente de vida com boas condições de trabalho, educação para todos, cultura, lazer e descanso", e apelou para esforços coordenados de governantes, empresas, indústrias, educadores e médicos para esse fim (SIGERIST, 1946).

Sigerist também observou que "a promoção da saúde, obviamente, tende a prevenir a doença, todavia uma prevenção eficaz foca medidas especiais de proteção", tais como saneamento básico, controle de doenças transmissíveis, saúde materno-infantil e ocupacional (SIGERIST, 1946).

É evidente que, embora a promoção da saúde seja definida por Sigerist (1946) em termos de fatores de ordem geral na causalidade de doenças, ele considera que tanto causas gerais como específicas são significativas em sua prevenção. É de interesse particular que em 1941, na lista dos principais pontos que devem ser incluídos em um programa nacional de saúde, o autor listou, em primeiro lugar, a educação gratuita e universal, incluindo a educação em saúde. Em segundo lugar, as melhores condições possíveis de trabalho e de vida; em terceiro, as oportunidades de descanso e

recreação. Assistência médica está em quarto, e pesquisa e treinamento, em quinto.

LALONDE (1974) afirmava que, até a década de 1970, a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maior parte dos gastos na área se concentraram na organização do cuidado médico. Apesar disso, quando se identificavam as causas principais de adoecimento e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nos três outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida. Era evidente, portanto, que as vastas somas gastas com o tratamento das doenças poderiam ter sido evitadas.

Em 1986, a primeira Conferência Internacional em Promoção de Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, reconheceu como "requisitos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, poder aquisitivo, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade". A Carta de Ottawa, resultante desta primeira conferência, amplia a concepção de saúde e incorpora o impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde (NOBRE et al., 2007). A promoção de saúde definida na Carta de Ottawa consiste no “processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, dando oportunidade para as pessoas fazerem escolhas saudáveis em relação a fatores específicos, fornecendo informação e educação em saúde (WHO, 1986; BOOG, 2010).

O conceito de promoção de saúde não é recente, embora tenha sofrido alterações ao longo dos anos. No entanto, somente nas últimas três décadas, a promoção de saúde reaparece enquanto estratégia promissora para o campo da Saúde Pública. A valorização do conceito da promoção de saúde na atualidade surge como resposta à crescente medicalização, à baixa eficácia dos serviços de saúde e aos altos custos do setor (BUSS, 2000; NOBRE et al., 2007).

BUSS (2000) sintetizou a proposta de promoção da saúde ao afirmar:

“A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século (...) propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e solução” (BUSS, 2000, p. 165).

A promoção da saúde é considerada uma estratégia importante no processo saúde-doença-cuidado, sendo direcionada para o fortalecimento do caráter promocional e preventivo (SANTOS, 2005; YOKOTA et al., 2010).

Uma das estratégias mais efetivas que contribuem para a promoção da saúde é a combinação de apoio educacional e ambiental, envolvendo dimensões não só individuais, mas também organizacionais e coletivas, visando desta forma, atingir ações e condições de vida condizentes à saúde (GABRIEL et al., 2008; YOKOTA et al., 2010).

1.2 NUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A alimentação e nutrição constituem direitos humanos fundamentais consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania (ONU, 1948 e 1989; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O termo "promoção de práticas alimentares saudáveis" começa a ser apresentado nos documentos oficiais brasileiros somente no final da década de 1990. Aliada à promoção de estilos de vida saudáveis, a promoção de práticas alimentares saudáveis se constitui em estratégia de vital importância para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais do cenário de saúde atual. Para tanto, a Organização das Nações Unidas argumenta que o Estado deve implantar políticas, programas e ações que possibilitem a progressiva realização do direito à alimentação; definindo, com isso, metas, recursos e indicadores para esse fim (SANTOS, 2005).

A Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, lançada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde, previa o estímulo a práticas alimentares saudáveis aliadas à prática de atividade física, juntamente ao controle do tabaco, como estratégias efetivas para a promoção da saúde e redução substancial das doenças e mortes no mundo (WHO, 2004).

O objetivo da Estratégia era assegurar o fornecimento de informações corretas para facilitar escolhas saudáveis e assegurar programas adequados

de educação e promoção de saúde. Essa adequação referia-se a informações apropriadas em termos de escolaridade e cultura local, como também implicava considerar as possibilidades de comunicação disponíveis nas comunidades (WHO, 2004).

Nesse contexto, a proposta de promoção da saúde sugere um caminho promissor para o campo da alimentação e nutrição. Fundamentalmente por se tratar de uma estratégia que articula diferentes setores e atores sociais, que perpassam questões como: modelo de saúde sob o enfoque da integralidade; articulação de saberes técnicos e populares; capacitação dos indivíduos; parcerias nas ações; intersetorialidade de órgãos públicos e privados; reforço à ação comunitária; educação popular; cidadania; ética pública; entre outros (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007).

No cenário da educação, cabe lembrar que a escola tem sido um dos espaços mais focados pelas políticas públicas de alimentação e nutrição com a promoção da alimentação saudável, reconhecida como *locus* prioritário da formação de hábitos e escolhas. Um exemplo disso é a publicação da Portaria Interministerial nº. 1.010, de 8 de maio de 2006 (BRASIL, 2006), destinada para tal fim e que institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e de nível médio das redes pública e privada, em âmbito nacional, em que ações de educação alimentar e nutricional constituem um dos eixos prioritários (SANTOS, 2012).

As ações de promoção da saúde devem gerar a criação de espaços democráticos e participativos, a fim de estabelecer uma aproximação com a

realidade dos indivíduos e das populações atendendo melhor às demandas de saúde e nutrição.

No âmbito das ações direcionadas à capacitação dos indivíduos, o propósito seria garantir condições para que a população ou grupo possa exercer sua autonomia decisória, optando por escolhas alimentares mais saudáveis. Nesse aspecto, a educação nutricional assume um papel fundamental para o exercício e fortalecimento da cidadania alimentar (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007).

1.3 INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO NA INTERFACE DA SAÚDE E NUTRIÇÃO

1.3.1 A Tríade: Informação, Comunicação e Educação no Contexto da Saúde

A informação em saúde é habitualmente entendida como o conjunto das informações sociais, demográficas e epidemiológicas, produzidas por instituições públicas e privadas, utilizadas como apoio ao planejamento e à tomada de decisão, tratando-se de um instrumento de gerência (LIMA, 2004).

No século XX, a informação no contexto da saúde privilegiou a produção de dados estatísticos que subsidiavam o planejamento, intervenção e avaliação. No entanto, somente no final do século a informação em saúde passou a ser associada positivamente ao direito à cidadania e consolidação

do processos democráticos. Para BUSS (2000), a democratização das informações sobre saúde e dos sistema de saúde, pode contribuir para aumentar o entendimento sobre os determinantes de saúde por parte da sociedade. Assim, a informação, além de ser fundamental para o planejamento e gestão das ações no setor de saúde, apresenta importante contribuição para o desenvolvimento de uma cultura de saúde e prevenção de doenças.

Compreende-se que disseminar ou garantir o acesso à informação consiste não só em divulgar dados, mas também em capacitar para o seu uso:

“Na definição dos processos de disseminação de informações é fundamental a participação dos profissionais das áreas de comunicação e educação, apontando e implementando alternativas de meios e linguagens mais adequados aos diferentes públicos, previamente definidos no planejamento das ações dessas áreas” (ABRASCO/ABEP, 1993).

Para tanto, demanda-se às práticas de comunicação a “construção de um ‘diálogo’ no qual se estabeleça uma decodificação da retórica técnica para uma retórica popular, em seu caminho de avanço da Consciência Sanitária” para uma democratização das informações em saúde (ABRASCO/ABEP, 1993).

O termo ‘comunicação’ tem muitas acepções. Para FISKE (1990), comunicação é “a interação social através da mensagem”. De acordo com este autor, pode-se identificar dois eixos principais no processo comunicacional: o primeiro considera a comunicação como uma linha de transmissão da mensagem entre o emissor e o receptor, onde A informa B;

para o segundo a comunicação é uma interação, uma troca de signos, significados e significantes, onde A e B se relacionam (FISKE, 1990).

A comunicação prevê a transmissão da informação e compreensão de uma pessoa para outra. Se não houver esta compreensão, não ocorre a comunicação. Se uma pessoa transmitir uma mensagem e esta não for compreendida pela outra pessoa, a comunicação não se efetivou. A comunicação é “colocar em comum algo com o outro”, algo que se compartilha. No ato de comunicar, a pessoa ou o grupo que inicia o processo o faz com uma intenção ou objetivo. Apela ao mesmo tempo para seu repertório de idéias, conhecimentos, experiências e emoções que deseja tornar “em comum”. Escolhe então uma forma que julga efetiva para elaborar uma mensagem que tenha significado para quem recebe. A comunicação é um processo dinâmico, o que significa que, embora seus elementos sejam colocados em diferentes “modelos” como partes separadas, na realidade todos eles agem de maneira simultânea e interativa, em constante fluxo, movimento e dinamismo em um determinado contexto social (CVE, 2001).

A comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos in

divíduos e das comunidades no sentido da promoção de saúde. Na comunicação para promoção da saúde se enfatiza o repasse de informação e a promoção de conhecimentos como valiosos instrumentos para participação e as mudanças dos estilos de vida dos sujeitos e comunidades (TEIXEIRA, 2004).

Nesse sentido, a comunicação é um importante componente do processo educativo. É necessário o diálogo entre o educador e o educando, a fim de identificar e respeitar as experiências e diferenças culturais e linguísticas dos sujeitos dos sujeitos, devendo o educador agir em conjunto com os alunos no ensino-aprendizagem (FREIRE, 2005).

Para MOURA (1978), por meio do diálogo ocorre a superação de que resulta um novo termo: não mais educador do educando, não mais educando do educador, mas educador-educando com educando-educador. Desta maneira, o educador não é quem apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Desta forma, ambos, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos.

Nessa perspectiva, Paulo Freire destaca a importância da comunicação nas inter-relações humanas frente à construção dos saberes.:

“A comunicação (...) implica numa reciprocidade que não pode ser rompida. Comunicar é comunicar-se em torno do significado significativo. Desta forma, na comunicação, não há sujeitos passivos. Os sujeitos co-intencionados ao objeto de seu pensar se comunicam seu conteúdo. O que caracteriza a comunicação enquanto este comunicar comunicando-se, é que ela é diálogo, assim como o diálogo é comunicativo (...) para este seja eficiente, reciprocamente comunicantes. Isto é, a expressão verbal de um dos sujeitos tem que ser percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito” (FREIRE, 2005, p. 67).

A educação fundamentada por Paulo Freire reforça constantemente a “problematização das relações homem-mundo”, com a finalidade de procurar respostas adequadas, tipicamente humanas e críticas (MOURA, 1978).

Paulo Freire ressaltava que o homem, ao despertar para a consciência crítica, rompe com as correntes que o mantinham prisioneiro do seu estado e o impediam de se humanizar. Assim, a educação deve ser iniciada pelo despertar da consciência crítica do indivíduo. É também importante para o educador perceber que o educando não é um vazio a ser preenchido por uma diversidade de conteúdos despejados a fim de que ele os compreenda e os absorva. É preciso entender que cada indivíduo traz na sua história valores e conhecimentos que são importantes e únicos (MOURA, 1978).

É importante salientar que a educação freireana não parte de categorias abstratas, especializações, conhecimentos técnicos ou científicos, mas das necessidades sentidas, relativas às condições de vida, como trabalho, emprego, fome, moradia e analfabetismo (FREIRE, 1994).

1.3.2 Educação em Saúde

A educação em saúde é um instrumento imprescindível para a implementação de ações preventivas, assim como um importante apoio para a realização de ações de caráter coletivo. Dentro desse referencial, a educação em saúde consiste em prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica do indivíduo sobre problemas de saúde, a partir da realidade, estimulando-o a buscar soluções e organizar-se para a ação individual e coletiva, por meio de processos significativos de aprendizagem (FREIRE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Para VASCONCELOS (2001):

“A educação em saúde deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas ali realizadas. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade” (VASCONCELOS, 2001, p.28).

Originalmente marcada por discursos e práticas normatizadoras, a educação em saúde sugeria uma conduta racional frente à doença. No Brasil, no início da década de 1920, a imposição de uma política sanitária, por meio de medidas autoritárias de controle de enfermidades como a febre amarela, peste, varíola, tuberculose e sífilis foi liderada por Oswaldo Cruz (SMEKE e OLIVEIRA, 2001; VASCONCELOS, 2001).

A população, descontente com o autoritarismo, e com a participação de imigrantes europeus, avessos às práticas dominadoras e exploradoras, se organiza em ações de resistência que culminam na Revolta da Vacina e na greve geral (COSTA, 1987). Todavia, o movimento higienista, como ficou conhecido, tem seu poder de atuação ampliado com o Novo Regulamento Sanitário, criado em 1923, e com a regulamentação da assistência médica das Caixas de Pensão e Aposentadoria (COSTA, 1987; LEVY et al., 1998; LIMA, 2004). Nessa época, iniciou-se a inspeção médica dos imigrantes, o confinamento dos leprosos e tuberculosos, assim como a prioridade nos cuidados com a saúde de crianças e gestantes (COSTA, 1987).

Nesse período, são evidentes os fundamentos da formação biologicista, pressupondo a ignorância da população sobre as normas de higiene como fator responsável pelos problemas de saúde e que com as mudanças deste comportamento, tais problemas seriam solucionados (PEREIRA, 1993). Nessa lógica, a educação sanitária, através de regras de higiene, poderia corrigir os desvios provocados por “erros” e “ignorância” dos indivíduos, que deveriam se adequar às prescrições da educação em saúde, seguindo o eugenismo imposto por essa doutrina (MOHR e SCHALL, 1992).

Na década de 1930, é fundado o Ministério da Saúde e Educação, responsável por concentrar todas atividades sanitárias nas capitais brasileiras. Até meados dos anos 1940, o higienismo e o eugenismo mantêm suas influências. Época em que a população brasileira carregava a culpa pelo seu estado de saúde/doença (COSTA, 1987; LEVY et al., 1998; LIMA, 2004). Contudo, movimentos de organização da comunidade começam a se

fortalecer. O movimento sanitarista propunha a universalização dos centros de saúde como serviços preventivos e assumidos pelo Estado, e a educação sanitária nas escolas estaduais primárias, nos próprios centros de saúde e nas campanhas sanitárias (SMEKE e OLIVEIRA, 2001; LIMA, 2004).

No final da década de 1950 e meados de 1960, na recém criada Universidade de Recife, destacou-se o trabalho do Serviço de Extensão Cultural, no qual professores como Paulo Freire sistematizaram a Educação Popular e impulsionaram a promoção de diversas experiências no campo da alfabetização e da cultura popular. A partir da observação e da análise construíram um processo pedagógico junto às populações do campo em uma perspectiva emancipatória, culminando com a publicação do livro “Pedagogia do Oprimido”, de Paulo Freire, no final da década de 1960, embasada nessas experiências. As ações de promoção da educação em saúde, orientadas por esta nova perspectiva, objetivavam “transformar a cultura brasileira e, por meio dela, transformar a ordem das relações de poder e a própria vida do país” (MELO, 1987; SMEKE e OLIVEIRA, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

A medicina comunitária ganha destaque na década de 60, proporcionando a formação de pequenos grupos na comunidade que apresentavam interesses em comum e procuravam resolver seus problemas com autonomia (SMEKE e OLIVEIRA, 2001). Todavia, nesse período a população ainda é culpabilizada por seus problemas de saúde e é considerada a principal responsável pela solução dos mesmos (PEREIRA, 1993).

VASCONCELOS e OLIVEIRA (2009) destacam que, com o Golpe Militar de 1964, os movimentos sociais, em especial o da educação popular, sofreram grande impacto e muitos dos intelectuais e políticos que compactuavam com sua ideologia foram perseguidos, presos ou exilados. Apesar disso, a partir deste período, a Educação Popular em Saúde foi adquirindo sentido enquanto forma de resistência ao regime ditatorial e às ações verticais, rotineiras e descontextualizadas da realidade social e do saber popular, inspirando o surgimento e o desenvolvimento de inúmeras experiências educativas, não apenas no Brasil, como também em toda a América Latina. Todavia, com o regime militar instaurado no Brasil entre as décadas de 1960 a 1980, a educação em saúde foi limitada a determinados espaços e gastos com políticas sociais foram diminuídos, ocorrendo também a expansão de serviços médicos privados e da assistência hospitalar individualizada (LIMA, 2004). Nesse período, o método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire, se constituiu como norteador da relação entre intelectuais e classes populares (VASCONCELOS, 2007).

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por precários serviços públicos para a população, bem como por péssimas condições de renda, moradia e alimentação, com elevados índices de mortalidade infantil, acidentes de trabalho e epidemias. A crescente insatisfação da população dá origem à organização de diversos movimentos sociais, como os sindicatos (MELO, 1987; SMEKE e OLIVEIRA, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Nesse período, são criados os Departamentos de Medicina Preventiva e Social e os projetos de Medicina de Família e Comunidade nas universidades

brasileiras. A educação sanitária passa, então, a ser denominada educação em saúde. Entretanto, os programas de saúde continuam realizando apenas atividades assistenciais (LEVY et al., 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Uma reavaliação e reorientação no campo da saúde, garantidas pelos avanços na participação social e política, são observadas no período posterior ao regime militar. O movimento sanitário se institui com teorias e práticas de educação popular e pesquisa participante. Em 1988, “a saúde como direito de todos e dever do Estado” passa a integrar a Constituição Brasileira e o conceito de saúde é ampliado para além da esfera estritamente biológica, sendo inserida em um campo político e histórico (SMEKE e OLIVEIRA, 2001). Contudo, ampliar esse conceito não significou colocá-lo em prática (BOSI, 1994; GIOVANELLA, 1996). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as experiências localizadas de trabalho comunitário em saúde ficaram relegadas ao segundo plano (VASCONCELOS, 2007).

Neste momento pré-reforma sanitária brasileira, destaca-se a criação do Movimento Popular de Saúde (MOPS), que agregava militantes de várias concepções ideológicas de esquerda, assim como lideranças populares que se constituíram na luta por moradia, transporte, custo de vida e outras questões. A partir de muitas práticas comunitárias e reflexões de cunho teórico e acadêmico, foram surgindo as bases do que hoje se constitui como Educação Popular em Saúde, isto é, uma conjunção de saberes, vivências e práticas que se opõem à situação de opressão e exclusão social existente, apostando na construção do inédito viável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Tal processo direciona a política às práticas de educação popular em saúde para um projeto de sociedade e a educação popular em saúde vai se constituindo no cenário político por meio de movimentos populares (MOPS, Movimento da Zona Leste de São Paulo, Movimento Contra a Carestia) que se integram como atores políticos ativos no Movimento da Reforma Sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

A Educação Popular em Saúde ganha dinâmica própria a partir da organização de espaços agregadores, sistematizadores e produtores de conhecimentos e conceitos, atuando como dispositivos fundamentais para as lutas populares. Tais espaços se localizam nas universidades, nos serviços de saúde e nos movimentos sociais populares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Os anos 1990 contaram com a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Saúde da Família (PSF), considerado ‘um ambiente propício para o desenvolvimento da educação popular em saúde’, ao representar uma tentativa de reorganizar o modelo de atenção à saúde e promover maior aproximação dos serviços de saúde com a população. Passa-se então a ter uma proposta de ação contra o modelo preventivista dominante que responsabilizava o indivíduo por seu comportamento e incentivava os sujeitos a adotarem comportamentos mais saudáveis, como alimentação adequada, abstinência do fumo, adoção de boas práticas de higiene, entre outras (STOTZ, 1993; SCHALL e STRUCHINER, 1995; COSTA, 1996).

Em 1998, profissionais de saúde em conjunto com lideranças populares criaram a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, contando com

apoio institucional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ), com o objetivo de ampliar a formação de trabalhadores da saúde na perspectiva da Educação Popular; apurar a metodologia adequada cada situação; integrar os diversos profissionais e lideranças populares envolvidos em práticas educativas espalhadas na América Latina e reorientar as políticas sociais a fim de torná-las mais participativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Atualmente, a educação em saúde tem novamente se destacado, sendo constantemente debatida em congressos, discutidas em políticas públicas e implantada por muitos profissionais em seu cotidiano profissional. A abordagem atual prioriza os fatores sociais que afetam a saúde, sendo denominada pela Organização Mundial da Saúde como 'promoção de saúde'. Desta forma, o conceito de educação em saúde está sobreposto ao de promoção da saúde, noção que se encontra baseada no entendimento da saúde de uma forma mais ampla.

Para SCHALL e STRUCHINER (1999), a educação em saúde ampliada ,como vem sendo entendida, compreende:

“(...)políticas públicas, ambientes apropriados e reordenação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem” (SCHALL e STRUCHINER, 1999, p. S4).

Atualmente, a educação em saúde entende que o saber técnico, ao se confrontar com o popular, não pode dominá-lo, impor-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional, democrática. Diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada (CVE, 2001).

“O fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico” (BRASIL, 1981, p. 23).

A ação educativa não implica somente na transformação do saber, mas também na transformação dos sujeitos do processo, tanto dos técnicos, quanto da população. O saber de transformação só pode produzir-se quando ambos os pólos da relação dialógica também se transformam no processo (CVE, 2001).

Assim, a educação deve ser ativa, exigindo a participação do educando a partir de métodos problematizadores e buscando práticas inovadoras a partir da sua realidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A problematização não acontece por meio do “depósito” de conhecimentos do educador para o “educando”, pois assim, implicaria em memorização, adestramento e seres passivos. Ela é práxis, realiza-se por meio da ação, reflexão, e construção conjunta do saber, utilizando a realidade, a vivência e experiências

significativas de cada indivíduo como potências de transformação do contexto vivido, produzindo conhecimento, cultura, atitudes e habilidades relacionadas a comportamentos saudáveis, incluindo mudanças de estilos de vida e bem-estar, dentre estas, mudanças nos hábitos alimentares (FREIRE, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Com isso, o educando torna-se consciente e apto para atuar na resolução de problemas, como os relacionados à saúde e nutrição (BOOG, 2011).

1.3.3 Educação Alimentar e Nutricional

A educação nutricional está inserida no campo da educação em saúde e é a especialidade da área da alimentação e nutrição capaz de propor mudanças de hábitos e atitudes alimentares, visando uma melhoria da saúde por meio de práticas dietéticas e higiênico-sanitárias satisfatórias e aproveitamento mais eficiente dos recursos alimentares (MOTTA e BOOG, 1991). O processo educativo deve contemplar momentos de reflexão, conscientização e construção de conhecimento, formais ou não, que ocorrem no cotidiano das pessoas. Estratégias pedagógicas que valorizem a subjetividade e singularidade dos indivíduos, suas necessidades, desejos, crenças e valores, visando proporcionar uma aproximação e interação entre os conhecimentos científico e popular e o senso comum, devem ser valorizadas. A partir do uso dessas estratégias, pode-se criar um espaço para a construção da visão crítica do indivíduo sobre o mundo, permitindo-lhe

transformar a realidade a partir do exercício de sua autonomia (CASTRO e SOUZA, 2011).

A educação alimentar e nutricional no Brasil, em seu contexto histórico, apresenta estreito vínculo com as políticas de alimentação e nutrição em vigência. Entre as décadas de 1940 e 1960, esteve vinculada às campanhas de estímulo ao consumo de alimentos não identificados no consumo usual no país, como a soja, e às práticas educativas que se tornaram um dos pilares das políticas de alimentação e nutrição do período. Na década de 1970, o então binômio alimentação-educação começou a ceder espaço para o binômio alimentação-renda, resultado dos redirecionamentos das políticas de alimentação e nutrição traçadas no país, que reconheciam renda como principal obstáculo para se obter uma alimentação saudável. Assim, as estratégias de suplementação alimentar passaram a ser o eixo norteador das políticas (BOOG, 1997).

Historicamente, as primeiras ações educativas na área de alimentação e nutrição nasceram em cenário nacional hegemônico, com regras impostas e declaradas salvadoras da ignorância alimentar da população pobre e portadoras das deficiências nutricionais (LIMA, 2000).

No Brasil, na década de 1930, observava-se a formação de grupos especializados em estudos relacionados à Nutrologia, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro. Neste período, destaca-se o inquérito alimentar realizado no país por Josué de Castro, um estudioso de destaque na vertente social da nutrição no Brasil. Tais inquéritos visavam “medir, avaliar e quantificar as carências alimentares a partir de uma comparação com as

despesas familiares com alimentação, incluindo as despesas familiares com outros gastos”. Por meio destes inquéritos foi possível explicar cientificamente a relação, já conhecida, entre condições de vida e alimentação precárias e aumento de doenças e agravos nutricionais (L’ABBATE, 1988).

Em 1940, durante o governo de Getúlio Vargas, foram criados, no Brasil, o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) e o Serviço Central de Alimentação com a finalidade de “melhorar a alimentação do trabalhador nacional e, conseqüentemente, sua resistência orgânica e capacidade de trabalho, mediante a progressiva racionalização de seus hábitos alimentares (...)” (BRASIL, 1940). Além de fornecer alimentos para a população mais pobre, o SAPS cumpria, ainda, a tarefa de educador nutricional criando novos cursos de Nutrição (dietistas) no país e os cursos de Visitadoras de Alimentação. As ações de intervenção eram realizadas pelas visitadoras de alimentação, uma profissional de saúde que ia nos restaurantes populares e nos postos de subsistência do SAPS, além de desenvolver atividades que ensinavam o “corretismo alimentar” junto às famílias de operários e trabalhadores do meio urbano e rural. Iniciativa que foi considerada invasiva pela população, que não queria profissionais da saúde no âmbito doméstico. A autarquia também cuidava da organização de palestras e de publicações variadas, visando a implementar uma política de esclarecimento às camadas mais diversas da população, quanto aos valores nutricionais dos alimentos e as regras para uma alimentação adequada (L’ABBATE, 1988; ASBRAN, 1991; BOOG, 1997).

O fechamento do SAPS no Brasil, em 1967, se fez de forma abrupta e deixou lacunas nos programas destinados às camadas populares. Durante alguns anos, os programas de combate à fome se desenharam de forma tímida, podendo-se afirmar que só voltaram com força ao cenário nacional a partir da Campanha de Combate à Fome iniciada pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho (L'ABBATE, 1988).

Em 1951, o primeiro livro sobre educação nutricional foi publicado por Ritchie e traz uma concepção mais abrangente da educação nutricional, não se restringindo aos aspectos biológicos da alimentação e enfatizando o ato social da alimentação, considerando a cultura, etnia, religião e outros fatores inerentes aos seres humanos (BOOG, 1996; 1997). No Brasil, a educação nutricional não evoluiu nessa década, mantendo-se apenas como paliativo no enfrentamento de problemas como a fome, além de minimizar as tensões entre a classe trabalhadora e o governo (BOOG, 1997).

Em 1963, Burgess e Dean propuseram a incorporação de técnicas de ensino *behaviorista* à educação nutricional, tornando necessário um diagnóstico do processo educativo e a formulação de objetivos educativos (BOOG, 1996; 1997). Nesse período, os cursos de nutrição são reestruturados e o termo 'nutricionista' foi oficializado, embora já fosse usado anteriormente (VASCONCELOS, 2002).

Na década de 1970, Jelliffe ressaltava que a educação nutricional era necessária para todos, periodizando a saúde infantil, considerado o grupo mais vulnerável da população nos países subdesenvolvidos devido à mortalidade infantil. Nesse momento, evidencia-se o enfoque social da

educação nutricional e, pela primeira vez, o nutricionista é visto como responsável técnico da educação nutricional e não apenas como seu executor, como era tratado até então (BOOG, 1996; 1997).

No Brasil, a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), vinculado ao Ministério da Saúde, centraliza os programas de alimentação e nutrição (L'ABBATE, 1989). Ainda nos anos 70, foi criado o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), com objetivo de melhorar as condições de saúde dos trabalhadores visando aumento dos lucros, a partir da diminuição de faltas no trabalho e do aumento da produtividade (L'ABBATE, 1989).

A partir da década de 1980, observa-se um retrocesso da educação nutricional, deixando de lado os aspectos sociais da alimentação, preocupando-se apenas com as questões pedagógicas e ignorando as questões étnicas, culturais e religiosas (BOOG, 1996; 1997). Nesse período coexistiam as ações normativas e tecnicistas, com enfoque nos programas de suplementação vitamínica-mineral e alimentação subsidiada aos trabalhadores (L'ABBATE, 1989; BOOG, 1997).

Em 1991, a OMS ressalta que um dos papéis da educação é fomentar hábitos saudáveis e a escola seria o local propício para isso. Neste sentido, editou-se um guia para professores do ensino fundamental (BOOG, 1996; 1997). Todavia, o guia não referia-se às questões sociais. A década de 1990, no Brasil, é marcada pelo fim de muitos programas federais existentes, e pela criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

(CONSEA) e, pela primeira vez, houve a preocupação em gerar empregos e renda em combate à fome (BOOG, 1996).

O interesse pela educação nutricional no Brasil surgiu na década de 1940, com a primeira publicação da OMS a respeito, datada do início dos anos 1950. Infelizmente, a educação nutricional não evoluiu como outras especialidades do campo da nutrição. A falta de métodos de ensino de educação nutricional no âmbito acadêmico e a inexistência de espaço institucional para ações sociais da educação nutricional nas organizações de saúde são alguns dos obstáculos citados por BOOG (1999).

As práticas presentes em educação nutricional estiveram associadas às orientações oferecidas pelos serviços e profissionais de saúde que transmitiam as informações de forma verticalizada, por meio de recomendações e palestras. De acordo com a ONU, essa abordagem falha no cumprimento do caráter educativo, dificultando a apropriação de informações daqueles a que se destinam:

“Atualmente, considera-se que este enfoque não é efetivo, porque leva o educando a assumir uma atitude passiva no processo ensino-aprendizagem, ignorando o sentido ativo que deve caracterizar o processo, por parte tanto dos educadores como dos educandos” (FAO, 1999).

Sabe-se que uma das principais causas para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis está relacionada ao estilo de vida, importante determinante da saúde de indivíduos, grupos e comunidades que, segundo NAHAS (2001), pode ser definido como: "o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas".

Dessa forma, percebe-se que o estilo de vida saudável é fundamental para a promoção de saúde e para a redução da morbimortalidade. No entanto, tem-se observado grande dificuldade por parte das pessoas em mudar o comportamento e assumir hábitos saudáveis. Para NOBRE et al. (2007), essa mudança depende da vontade e determinação do indivíduo, das informações necessárias e da educação. Os autores acrescentam que, quando se trata da promoção da saúde e prevenção de doenças, esta depende de ações educativas amplas e adaptadas à realidade social local. Sendo que apenas a informação não basta, é preciso adquirir o conhecimento por meio da vivência.

No que tange à abordagem teórico-metodológica pensada para ações, marca-se um discurso em torno da educação alimentar e nutricional “transformadora” e dialógica, assumindo uma perspectiva problematizadora, com vistas a ultrapassar uma visão puramente instrumental e instrucional da educação e passar a considerá-la como uma forma de realização da pessoa. Destaca-se, ainda, a importância de que as ações educativas sejam desenvolvidas no sentido de promover a autonomia dos indivíduos, baseada na interdisciplinaridade e na transdisciplinaridade, respeitando as culturas, valorizando a história e a diversidade regional, ao mesmo tempo em que reconhece os saberes populares e fomentam a biodiversidade local (SANTOS, 2012).

Segundo a Resolução 380, de 2005, do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), educação alimentar e nutricional consiste em um “procedimento realizado pelo nutricionista junto a indivíduos ou grupos populacionais, considerando as interações e significados que compõem o

fenômeno do comportamento alimentar para aconselhar mudanças necessárias a uma readequação dos hábitos alimentares” (BRASIL, 2005). Nesse sentido, o nutricionista, enquanto profissional competente para realizar projetos de educação nutricional, deve considerar a percepção, o conhecimento, as necessidades e as habilidades que justificam o comportamento alimentar das pessoas, visando à compreensão dos processos de construção de seus significados e representações, em uma relação de parceria para o sucesso na promoção de práticas de alimentação saudáveis (IULIANO, 2008).

O Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas define a educação alimentar e nutricional como “um conjunto de ações multidimensionais capaz de gerar autonomia sob a ótica da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, que contempla a formação integral do indivíduo e da comunidade com vistas às práticas alimentares saudáveis e adequadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). Esse documento tem como objetivo “promover um campo comum de reflexão e orientação da prática no conjunto de iniciativas de educação alimentar e nutricional que tenham origem, principalmente, na ação pública”. É importante que diferentes setores sejam apoiados em suas ações de educação alimentar e nutricional para que pessoas e comunidades possam ampliar seu empoderamento no que se refere à realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), por meio da adoção de práticas alimentares saudáveis na perspectiva da promoção da saúde,

corresponsabilização, autonomia, auto-cuidado e reconhecimento da alimentação como direito social e exercício da cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Como princípios a serem respeitados para o desenvolvimento de estratégias de educação alimentar e nutricional, consideram-se o Direito Humano à Alimentação Adequada e a soberania e segurança alimentar e nutricional, além de outros, como a participação ativa e informada dos sujeitos visando a promoção da autonomia e autodeterminação; educação enquanto processo permanente e gerador de autonomia; planejamento, avaliação e monitoramento das ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição apresenta, em seu atual documento, a educação alimentar e nutricional por meio da diretriz “promoção da alimentação adequada e saudável”, inserida no campo do desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes, cujos objetivos previstos se relacionam diretamente com a educação alimentar e nutricional (BRASIL, 2011):

- (1) assegurar processos permanentes de educação alimentar e nutricional e de promoção da alimentação adequada e saudável, valorizando e respeitando as especificidades culturais e regionais dos diferentes grupos e etnias, na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA);
- (2) estruturar e integrar ações de Educação Alimentar e Nutricional nas redes institucionais de serviços públicos, de modo a estimular a autonomia do sujeito para produção e práticas alimentares adequadas e saudáveis;

- (3) promover ações de Educação Alimentar e Nutricional no ambiente escolar e fortalecer a gestão, execução e o controle social do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), com vistas à promoção da segurança alimentar e nutricional;
- (4) estimular a sociedade civil organizada a atuar com os componentes alimentação, nutrição e consumo saudável;
- (5) promoção da ciência, tecnologia e inovação para a Segurança Alimentar e Nutricional e da cultura e educação em direitos humanos, em especial o Direito Humano à Alimentação Adequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Segundo a diretriz, é importante que a educação alimentar e nutricional se baseie em estratégias de regulação de alimentos e incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada, cujas práticas problematizadoras, construtivistas e que respeitem a realidade local, possam ser exercidas considerando os contrastes sociais que possam intervir no direito universal à alimentação adequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b; SANTOS, 2012). A PNAN preconiza também que "deverão ser buscados consensos sobre conteúdos, métodos e técnicas do processo educativo, considerando os diferentes espaços geográficos, econômicos e culturais" (SANTOS, 2005).

Em sua versão mais recente, publicada em 2014, o Guia Alimentar para a População Brasileira ressalta que a ampliação da autonomia nas escolhas dos alimentos implica o fortalecimento das pessoas, famílias e comunidades para se tornarem agentes produtores de sua saúde, desenvolvendo a capacidade de autocuidado. Todavia, a constituição da autonomia para escolhas mais saudáveis no campo da alimentação

dependem não somente do próprio sujeito, mas também de condições externas, incluindo leis, valores culturais e o acesso à educação e serviços de saúde. Assim, a adoção de uma alimentação saudável não é apenas uma questão de escolha individual, sendo influenciada positiva ou negativamente, por fatores físicos, econômicos, políticos, culturais e sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Neste sentido, o guia enfatiza:

“Instrumentos e estratégias de educação alimentar e nutricional devem apoiar pessoas, famílias e comunidades para que adotem práticas alimentares promotoras de saúde e para que compreendam os fatores determinantes dessas práticas, contribuindo para o fortalecimento dos sujeitos na busca de habilidades para tomar decisões e transformar a realidade, assim como para exigir o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável. É fundamental que ações de educação alimentar e nutricional sejam desenvolvidas em diversos setores, incluindo saúde, educação, desenvolvimento social, desenvolvimento agrário e habitação.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Pensar educação sob a perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional significa compreender a educação alimentar e nutricional não apenas na dimensão do consumo individual e suas implicações no estado nutricional, mas de modo integrado em relação à produção, comercialização, acesso, cultura, valores sociais, entre outros; considerando os determinantes mais amplos desse cenário, promovendo uma reestruturação das práticas profissionais dessa área. É importante ressaltar que, nesse processo, faz-se

necessário compreender a sociedade em sua totalidade, segundo seus comportamentos (BURLANDY, 2004).

O envolvimento dos diferentes espaços públicos, como redes de ensino, de saúde, mídia, indústria, comércio de alimentos, organizações sociais e governamentais, deve ocorrer visando a adequação de práticas de promoção de alimentação saudável às diferentes faixas etárias. No contexto da Segurança Alimentar e Nutricional, essas práticas devem ser analisadas sob todos os aspectos (produção, comercialização, acesso e utilização do alimento pela população), pois estes se relacionam diretamente à configuração da realidade dos indivíduos (BURLANDY, 2004).

Estudos que utilizaram a educação nutricional como estratégia para auxiliar as modificações dos hábitos alimentares e promoção de estilo de vida saudáveis relataram melhora nos conhecimentos nutricionais, atitudes e comportamento alimentar dos indivíduos, além de influências nos hábitos alimentares de seus familiares (PÉREZ-RODRIGO e ARANCETA, 2001; DEMINICE et al., 2007; GABRIEL et al., 2008; CARVALHO et al., 2010).

1.4 ESCOLA COMO AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE

A educação em saúde atualmente tem sido reconhecida como prática regular em vários espaços sociais, sendo cada vez mais incentivada dentro

do cenário atual das políticas públicas. Setores da sociedade como saúde e educação (principalmente as escolas de ensino fundamental e médio) são espaços privilegiados para o desenvolvimento da educação em saúde (CASTRO e SOUZA, 2011). As escolas são, portanto, um ambiente formal propício para o desenvolvimento da autonomia, participação crítica e criatividade para a promoção da saúde, a qual deve partir de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, considerando os contextos familiar, comunitário e social (IERVOLINO, 2000).

Na infância e pré-adolescência, além do indivíduo exercer pouco controle sobre a disponibilidade domiciliar de alimentos, ele pode sofrer influências do hábito alimentar e de atividade física dos pais e familiares. Além disso, ele está propenso a alterações de comportamento devido a sua inserção no ambiente escolar (CARVALHO et al., 2010). A promoção da alimentação saudável no ambiente escolar procura também desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o auto-cuidado da saúde e a prevenção de condutas de risco em todas as oportunidades educativas. Além disso, fomenta uma análise crítica e reflexiva sobre valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo aquilo que contribui para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano (SCHMITZ et al., 2008). Neste contexto estão inseridas todas as dimensões do aprendizado: ensino, relação lar-escola-comunidade e ambientes físico e emocional, podendo assim beneficiar os estudantes em fases fundamentais de suas vidas: infância e adolescência (SCHMITZ et al., 2008).

A estratégia de promoção de saúde na escola envolve vários atores sociais, como alunos, professores, coordenadores, proprietários de cantinas e pais ou responsáveis, permitindo uma abordagem dialógica da produção de conhecimento no ambiente escolar. Adicionalmente, órgãos internacionais recomendam práticas de promoção de saúde e desenvolvimento de estratégias de intervenção para a formação de hábitos de vida saudáveis no ambiente escolar, uma vez que tais hábitos consolidados desde a infância poderão permear toda a vida do indivíduo (OPAS, 1999; ADA, 2003).

Diversos países têm realizado estudos sobre a implementação de programas de educação nutricional e alimentar nas escolas destinados a aumentar o conhecimento sobre nutrição entre as crianças e seus pais, melhorando assim o seu comportamento alimentar e, portanto, sua saúde (GAGLIONE et al., 2006; JANSEN et al., 2008; BAYER et al., 2009; LAKSHMAN et al., 2010; GIRALT et al., 2011).

Em estudo realizado com estudantes, de 7 a 10 anos, de escolas públicas do município de São Paulo, com o objetivo de analisar o desenvolvimento, implementação e impacto de um programa de educação nutricional sobre os conhecimentos e as atitudes relativas à hábitos alimentares saudáveis, observou-se uma melhora na escolha alimentar dos estudantes e redução no consumo de alimentos com alta densidade energética. Todavia, os autores enfatizam que mesmo com uma atitude positiva em relação ao desenvolvimento da proposta, houve falta de apoio por parte das escolas (GAGLIONE et al., 2006).

BOOG (2010) ressalta que, para a efetividade de programas de alimentação saudável voltados ao âmbito escolar, estes devem ser construídos a partir de diagnósticos e devem ser consideradas as necessidades e valores da comunidade em seu planejamento e construção, além de considerar a cultura e condições do grupo a que se destina.

É também uma meta desejada, a incorporação do tema alimentação saudável no projeto político pedagógico da escola, perpassando por todas as áreas de estudo e propiciando experiências no cotidiano das atividades escolares (SANTOS, 2012). A participação de outros profissionais da comunidade escolar podem e devem ser estimuladas a fim de envolvê-los nos processos e ações que remetam à formação e educação continuada relacionados ao tema (SANTOS, 2012).

RODRIGUES e BOOG (2006) trabalharam com a metodologia da problematização em adolescentes obesos, técnica que permite a construção autônoma de estratégias e ações considerando a realidade e história de vida do sujeito, e observaram melhor compreensão dos adolescentes aos determinantes do comportamento alimentar, destacando cinco principais: prática alimentar pensada de forma dicotomizada (comer certo ou errado); a família como apoio ou desamparo; a relação com os profissionais de saúde; o estigma da obesidade; e a religiosidade.

A investigação multidisciplinar sobre possíveis fatores que possam interferir no desenvolvimento do comportamento alimentar de crianças e adolescentes são necessários para auxiliar na compreensão do fenômeno, possibilitando que ações e programas sejam desenvolvidos visando a

prevenção baseada na realidade psicossocial e cultural do indivíduo, promovendo uma efetiva mudança dos padrões alimentares (LAUS et al., 2011).

As atitudes alimentares dos pais podem ter influência direta nas preferências e aversões alimentares, assim como a complexidade da dieta, em crianças de idade escolar (RAMOS e STEIN, 2000). Outros fatores podem influenciar a dieta de crianças e adolescentes, como o nível de formação e informação dos pais, o trabalho dos pais fora de casa, a informação da criança pela mídia e a influência de outras crianças e do ambiente escolar (MARTINS FILHO, 2001). A mídia, através dos padrões de consumo de alimentos e dos ideais de beleza pré-estabelecidos, pode influenciar nos hábitos alimentares de crianças e adolescentes, assim como a não identificação com esses ideais pode alterar a percepção da imagem corporal (LAUS et al., 2011).

A escola é um espaço privilegiado para a construção e a consolidação de práticas alimentares saudáveis em crianças e adolescentes, pois é um ambiente onde as atividades voltadas à educação em saúde podem representar grande repercussão (PÉREZ-RODRIGO e ARANCETA, 2001; YOKOTA, 2010), além de representar o agrupamento social mais importante depois da família (GAGLIONE et al., 2006).

Durante a infância e adolescência os indivíduos desenvolvem consciência crítica, de forma a propiciar a aplicação de práticas para a promoção, manutenção e até recuperação da própria saúde e da comunidade em que ela faz parte, bem como capacitá-la a reivindicar meios para sua melhoria (BIZZO e LEDDER, 2005).

BIZZO e LEDDER (2005), ao discutirem a inserção da educação alimentar e nutricional nos parâmetros curriculares de ensino fundamental brasileiro, ressaltam a necessidade de esta ser fundamentada em metodologia pedagógica que se configure dialogal, significativa, problematizadora, lúdica, construtiva, transversal às disciplinas e faixas etárias, e que se cultive a cidadania. Assim, a educação alimentar e nutricional baseada na promoção de saúde propõe a construção coletiva do conhecimento, mediante planejamento didático adequado.

Pesquisas sobre os possíveis fatores que interferem no comportamento alimentar são escassos na literatura nacional, assim como o desenvolvimento de recursos pedagógicos voltados à promoção de práticas alimentares saudáveis na escola, especialmente aqueles direcionados à adolescentes (BOOG et al., 2003).

1.5 EPIDEMIOLOGIA NUTRICIONAL NA ADOLESCÊNCIA E IMPACTO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Os padrões alimentares estão mudando rapidamente na grande maioria dos países e, em particular, naqueles economicamente emergentes, como o Brasil. As principais mudanças envolvem a substituição de alimentos *in natura* ou minimamente processados de origem vegetal (arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verduras) e preparações culinárias à base desses alimentos por produtos industrializados prontos para consumo. Tais transformações determinam, entre outras consequências, o desequilíbrio na

oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Comparando os dados de consumo alimentar dos adolescentes dos dois inquéritos da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE 2009 e 2012, houve redução do consumo de feijão, de 62,5% em 2009 para 60,0%, e de frutas, de 31,5% para 29,8% em 2012. Reduziu também o percentual de estudantes que relataram o consumo de refrigerantes, de 37,2% para 35,4%, e de guloseimas, de 50,9% para 42,6%. Todavia, observou-se que houve uma manutenção da prevalência de consumo de refrigerantes em escolas públicas e a manutenção da frequência de consumo de frutas nas escolas privadas (MALTA et al., 2014). Assim, os estudantes de escolas públicas foram os que apresentaram maior aumento nos fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis.

Neste contexto de transição alimentar, o excesso de peso tem sido o aspecto nutricional mais investigado na adolescência. O aumento na prevalência de excesso de peso, particularmente nas duas últimas décadas, foi relatado em diversos países (WHO, 2009). No Brasil, o aumento de peso corporal em adolescentes de 10 a 19 anos foi contínuo nos últimos 34 anos, sendo mais perceptível no sexo masculino, em que o excesso de peso representou um acréscimo aproximado de seis vezes (de 3,7 para 21,5%) em sua prevalência. Entre as meninas, a prevalência praticamente triplicou (de 7,6 para 19,4%) comparando os dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) e da Pesquisa sobre Orçamentos Familiares (POF) conduzidas nos anos de 1974/74 e 2008/09, respectivamente. As maiores

prevalências foram observadas na região sul do País, no sexo masculino e em adolescentes de áreas urbanas (IBGE, 2010).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2009, mostraram valores superiores em estudantes dos 9^{os} anos (dos municípios das capitais e no Distrito Federal), onde o excesso de peso atingia 24% dos alunos, sendo esta prevalência um pouco superior no sexo masculino. Todavia a prevalência de baixo peso entre os adolescentes foi de 2,7%, sendo ligeiramente inferior entre as meninas (CASTRO et al., 2010).

O aumento do excesso de peso em adolescentes no Brasil tem sido associado ao aparecimento precoce de alterações metabólicas de risco para doenças cardiovasculares tais como resistência à insulina, diabetes mellitus tipo 2 e a síndrome metabólica (TAVARES et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2010).

Analisando as consequências psicossociais, a obesidade acarreta baixa autoestima, reduzida aceitação, isolamento social e depressão (ALBUQUERQUE et al., 2014). Sabe-se que adolescentes obesos entre 11 e 16 anos apresentam maiores chances de serem vítimas de *bullying*, quando comparados aos adolescentes com o peso normal. (JANSSEN et al., 2004)

Atualmente, sabe-se que a obesidade infanto-juvenil é um importante fator prognóstico para a obesidade na vida adulta. Estudos longitudinais mostram que até 80% dos adolescentes obesos se converterão em adultos obesos e que um terço dos pré-escolares e metade dos escolares obesos serão adultos obesos e estarão expostos a um alto risco para enfermidades crônicas, além de consequências socioeconômicas e psicológicas deletérias

para o indivíduo (WHO, 2002; GUO et al., 2002; STETTLER, 2004; SILVEIRA et al., 2006).

No decorrer das últimas décadas verificou-se que as causas de morte também passaram por alterações, observando-se o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis. Estas doenças têm se tornado cada vez mais as principais causas de incapacidade e morte prematura dos indivíduos, aumentando assim o orçamento público destinado à saúde da população (WHO, 2002).

Este quadro epidemiológico revela uma fase de transição com predominância das doenças crônicas não degenerativas cuja morbimortalidade associa-se com a alimentação, a nutrição e o estilo de vida. Neste sentido, apresenta-se um quadro de insegurança alimentar e nutricional com novas características em que além de problemas relacionados à carência dos alimentos temos os relacionados ao excesso e às escolhas alimentares dos indivíduos, muitas vezes inadequadas.

Segundo FORTES (1998), para a promoção de saúde deve-se dialogar, informar e refletir com o indivíduo, para que ele próprio tome a decisão e seja agente do seu processo na comunidade em que vive. Entre os aspectos fundamentais do estilo de vida saudável, estão a atividade física e a alimentação saudável.

2 JUSTIFICATIVA

A promoção da segurança alimentar e nutricional não pode se limitar a proporcionar à população o acesso à alimentação, mas deve vincular esta condição à necessidade de que estes alimentos sejam também de qualidade e estejam disponíveis em condição permanente.

As práticas alimentares do indivíduo são resultantes de decisões, conscientes ou não, estreitamente relacionadas à cultura alimentar de sua região, à tradição alimentar de seu convívio social e às transformações decorrentes do acesso à informação científica e popular. No entanto, no campo do conhecimento da alimentação e nutrição, mais do que proporcionar o acesso a essas informações, torna-se fundamental estimular a autonomia dos indivíduos, a fim de possibilitar que os mesmos atuem intencionalmente e com independência de influências, o que demanda um consciente processo educativo (OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2008).

É nesse propósito que a educação alimentar e nutricional, na perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional, desempenha uma função estratégica para a promoção de hábitos saudáveis.

O atual cenário com crescentes taxas de excesso de peso em crianças e adolescentes, somado aos padrões inadequados de consumo alimentar nessa faixa etária, apontados nos últimos inquéritos populacionais brasileiros, repercutem negativamente na saúde da população. A alimentação inadequada e a obesidade geram morbidades que, não necessariamente,

conduzirão à mortalidade. Ainda assim, os efeitos sobre a morbidade são de grande magnitude e de altos custos para o sistema de saúde. Neste sentido, o fortalecimento do campo da informação e da comunicação em alimentação e nutrição se faz necessário.

Estudos de intervenção na escola justificam-se, pois este é um espaço privilegiado de vivência e formação de hábitos, onde os indivíduos passam parte importante de suas vidas, tornando-se espaços propícios para a promoção de comportamentos saudáveis entre crianças e adolescentes. O ambiente escolar é considerado como irradiador dos canais de informação, pois permite a estreita relação entre família, escola e comunidade, sendo campo ideal para prática de atividades para a promoção da saúde de toda comunidade escolar.

Projetos relacionados à temática que envolvam a elaboração de materiais educativos, programação de atividades educativas junto aos alunos, pais e gestores podem ser considerados como uma estratégia viável de replicação e expansão, isto é, tornam-se atividades permanentes na escola, buscando como parceiros as secretarias de educação e saúde do município.

Projetos como este tornam-se de suma importância para a promoção de práticas alimentares saudáveis no momento de transição epidemiológica que o Brasil se encontra, além de permitir o desenvolvimento de ações e programas de prevenção com base na realidade psicossocial e cultural brasileira. Estudos de intervenção permitem a observação dos resultados de uma ação sobre um fator susceptível à modificação. Acredita-se que os programas de prevenção e ações de saúde serão mais eficazes quando

realizados nas escolas de ensino fundamental, envolvendo adolescentes e professores em seu contexto social, sendo eles atores e multiplicadores do conhecimento e práticas adquiridos, promovendo formas e estratégias em educação popular mais democráticas, participativas e igualitárias.

Desta forma, torna-se fundamental a elaboração de estratégias de intervenção que visem conscientizar e educar escolares sobre alimentação e nutrição, contribuindo para a promoção de saúde e de hábitos alimentares saudáveis nesta fase da vida, visto que o indivíduo pode adquirir hábitos que deverão ser mantidos por toda sua vida.

3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Neste capítulo são explicitados os pressupostos teóricos nos quais se fundamentam a pesquisa. O objetivo é delimitar um quadro teórico sob cuja perspectiva os resultados dos experimentos realizados possam ser analisados e discutidos. Do ponto de vista teórico, esse estudo se apoiou em pressupostos teóricos da nutrição e da educação em saúde: dimensões da alimentação, vertentes de ação da promoção da saúde, concepção crítica do campo da educação em saúde.

3.1 DIMENSÕES DA ALIMENTAÇÃO

A alimentação é entendida como um processo complexo, que abrange sujeitos, coletividades, alimentos e todos os processos. Nesse sentido, para uma resposta efetiva às questões alimentares da atualidade, as políticas públicas devem integrar à promoção de saúde, as dimensões do direito humano à alimentação, dimensões biológicas, psicossociais e culturais, ambientais e econômicas. Ressalta-se que tais dimensões estão interligadas nas diversas esferas da vida em sociedade. CASTRO e SOUZA (2011) sistematizaram a alimentação em 5 dimensões:

Dimensão do direito humano: a alimentação e a nutrição constituem direitos humanos fundamentais consignados pela Organização das Nações Unidas na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Segundo a ONU (1989), esse direito se realiza quando cada indivíduo tem acesso físico e

econômico, ininterruptamente à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção.

Dimensão biológica: esta dimensão contempla os aspectos fisiológicos da alimentação, metabolismo de nutrientes, aspectos sanitários dos alimentos, desenvolvimento e funcionamento pleno do corpo humano e prevenção de doenças.

Dimensão psicossocial e cultural: compreende os aspectos simbólicos da relação dos sujeitos e sociedades com os alimentos e o ato de se alimentar, abrangendo valores e escolhas alimentares estabelecidos em cada sociedade.

Dimensão ambiental: engloba aspectos referentes à sustentabilidade ambiental dos sistemas alimentares abrangendo os impactos ambientais na produção, comercialização e consumo dos alimentos.

Dimensão econômica: está relacionada com o sistema agroalimentar, que, como todo sistema econômico, está sujeito a instabilidades periódicas, e compreende também as relações de trabalho estabelecidas em todo sistema alimentar.

3.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de promoção de saúde, apresentado na Carta de Ottawa, engloba um “processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde” (WHO, 1986). Assim, ações de incentivo de promoção de saúde devem contemplar a difusão de informações, motivar

os indivíduos para a adoção de práticas alimentares saudáveis e de empodera-los para lidar com os determinantes de sua saúde.

A educação alimentar e nutricional inserida no âmbito da promoção da saúde, sob a ótica da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, objetiva desenvolver a autonomia contemplando a formação integral do indivíduo e da comunidade com vistas às práticas alimentares saudáveis e adequadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde visa fortalecer o poder dos indivíduos e comunidades para saber, refletir e agir pessoal e socialmente na busca por estados saudáveis, desenvolvidas por meio de processos significativos de aprendizagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

A educação enquanto processo permanente e gerador de autonomia deve privilegiar os processos ativos, problematizadores, contextualizados nas realidades dos indivíduos e grupos e que possibilitem a integração entre teoria e prática (CASTRO e SOUZA, 2011).

A educação alimentar e nutricional é dirigida a indivíduos, grupos e comunidades e tem por objetivo a promoção da alimentação adequada e saudável. Ela é um campo de conhecimento e prática contínua e permanente, que utiliza diferentes abordagens problematizadoras e ativas que visam o

diálogo e a reflexão junto a indivíduos, grupos populacionais e comunidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

O fortalecimento e ampliação dos graus de autonomia para as escolhas e práticas alimentares implicam, por um lado, no aumento da capacidade de interpretação e análise do sujeito sobre si e sobre o mundo e, por outro, na capacidade de fazer escolhas. Ter mais autonomia significa conhecer as várias perspectivas, experimentando, decidindo, reorientando e ampliando os graus de liberdade em relação a todos os aspectos do comportamento alimentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Propor e avaliar o efeito de uma intervenção nutricional educativa com base na metodologia da problematização para a promoção de alimentação saudável em estudantes de 6^{os} anos de uma escola municipal de São José dos Campos, em São Paulo.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as percepções de nutrição e de uma alimentação saudável na ótica dos adolescentes.
- Identificar barreiras para adoção da alimentação saudável por adolescentes.
- Verificar a motivação para a mudança de comportamento alimentar após intervenção.
- Avaliar o impacto da intervenção nas atitudes e práticas alimentares dos estudantes.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo experimental, em que foi conduzida uma intervenção nutricional educativa com duração 6 meses, distribuída durante o primeiro semestre letivo de 2014.

Os alunos foram avaliados no período pré e pós intervenção para identificar efeitos da intervenção baseada em atividades práticas e construção de materiais educativos pelos próprios alunos, voltados à promoção de práticas alimentares saudáveis na comunidade escolar. A intervenção foi desenvolvida com alunos dos 6^{os} anos do ensino fundamental de uma escola municipal da cidade de São José dos Campos.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO, DA INSTITUIÇÃO E DA POPULAÇÃO-ALVO

O município de São José dos Campos está localizado no interior de São Paulo, a 91km de distância da capital do Estado e, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), possuía 629.921 habitantes (dados referentes ao ano de 2011) e alto IDH no ano de 2010 (0,807), sendo, tanto em termos populacionais quanto ao desenvolvimento

humano, o município mais importante da Região do Vale do Paraíba, além de ser um importante pólo industrial (Fundação SEADE, 2012).

De acordo com a Secretaria Municipal de Educação da cidade de São José dos Campos, no ano de 2012 estavam matriculados regularmente 36.957 alunos na rede municipal de ensino fundamental, distribuídos em 43 escolas. Destes, aproximadamente 12% estavam matriculados nos 6^{os} anos do Ensino Fundamental.

Foi sorteada uma escola da rede municipal de ensino, situada na zona urbana do município, considerando-se os seguintes critérios: 1) participar de menor número de projetos sociais e; 2) pertencer à região de maior vulnerabilidade social do município.

Figura 1. Mapa de vulnerabilidade social do município de São José dos Campos¹

¹ Fonte: SEADE, 2012

Conforme observa-se na Figura 1, a região Norte do município é a que apresenta maior vulnerabilidade social. Atualmente, o município de São José dos Campos possui 6 escolas municipais de ensino fundamental na região norte. A escola selecionada está localizada no extremo da zona urbana da região norte do município de São José dos Campos, possui ampla estrutura composta por 12 salas de aulas, 5 salas-ateliê, sala da diretoria, de secretaria e dos professores, laboratório de informática e de ciências, sala de leitura, sala de recursos multimídia, auditório, cozinha e refeitório, pátio coberto e quadra de esportes descoberta.

A escola atende aos alunos do 1º ao 5º ano do ensino fundamental, no período da tarde e aos alunos do 6º ao 9º ano no período da manhã, além de atender em período integral aos alunos do 4º ao 7º ano, com diversas atividades nas diversas áreas do conhecimento: artes plásticas, teatro, dança, turismo, educação ambiental, ginástica artística, recursos midiáticos, tecnologia, etc, trabalhando a mente e o corpo dos alunos. No ano de 2013, 105 alunos estavam regularmente matriculados nas 3 turmas de 6º ano desta escola. Destes, 57 meninos e 48 meninas. Todos os escolares, matriculados nos 6^{os} anos da escola, foram convidados a participar do estudo.

O 6º ano compreende a faixa etária de 10 a 12 anos, idade caracterizada pelo início da adolescência. Devido às grandes alterações antropológicas e na composição corporal de adolescentes, decorrentes do processo puberal, optou-se pela realização do estudo com adolescentes mais jovens, a fim de evitar que tais alterações pudessem interferir na análise dos resultados. Contudo, a proximidade da adolescência com a maturidade

biológica, pode oferecer oportunidades para a prevenção de problemas de saúde na idade adulta.

5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Estudantes que não apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado por um dos responsáveis, além dos que não se encontravam dentro da faixa de etária analisada (de 10 a 16 anos de idade), e aqueles que apresentavam dados incompletos em alguma das variáveis coletadas foram excluídos da análise de dados.

Optou-se por delimitar a faixa etária a fim de garantir a homogeneidade dos dados, uma vez que adolescentes mais velhos tendem a apresentar padrões semelhantes a adultos jovens.

5.4 ETAPAS DO ESTUDO

O presente trabalho de intervenção utilizou como estratégia metodológica a pesquisa-ação definida por Thiollent (2000) como:

"(...)um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo." (THIOLLENT, 2000, p.16).

De acordo com Thiollent (2000), tanto no Brasil quanto em outros países essa metodologia tende a ser utilizada em diferentes campos de atuação, sendo a educação e a saúde alguns destes campos. Pode-se dizer que a pesquisa-ação permite tanto aos pesquisadores quanto aos participantes diagnosticarem juntos a situação-problema e buscarem a resolução mais adequada à população envolvida. Cabe ressaltar que essa dinâmica gera conhecimentos e possibilita a criação de novas estratégias para ações públicas.

O estudo foi realizado em 3 etapas: (1) diagnóstico nutricional e educativo, (2) intervenção e (3) avaliação.

5.4.1 Estudo Piloto

Previamente ao estudo, foi realizado, no final do ano de 2013, um estudo piloto em uma escola, pertencente à mesma região de estudo e com características semelhantes. Foi realizado o sorteio de uma escola municipal e todos alunos pertencentes ao 5º. ano do Ensino Fundamental (aproximadamente 80) foram convidados a participar. Os procedimentos e instrumentos a serem utilizados foram os mesmos utilizados na primeira etapa do estudo. Nesta ocasião também foi avaliada a compreensão dos adolescentes quanto às perguntas presentes no questionário.

O estudo piloto tem por objetivo proporcionar aproximação com o tema da pesquisa, bem como testar os instrumentos de coleta de dados, mostrando ao pesquisador possíveis reações do entrevistado, sua dificuldade de

entendimento, sua tendência de esquivar-se de questões polêmicas e pessoais. Evidencia a existência de perguntas supérfluas e adequação ou não da ordem de apresentação das questões (LAKATOS e MARCONI, 1991).

O estudo piloto permitiu a obtenção de uma estimativa sobre os futuros resultados, podendo alterar hipóteses, modificar variáveis e a relação entre elas, havendo maior segurança e precisão para a execução da pesquisa.

5.4.2 Primeira Etapa: Diagnóstico Nutricional e Educativo

Após o término da primeira etapa e possíveis ajustes dos procedimentos e/ou instrumentos necessários, deu-se início à segunda etapa do estudo em que foi realizada coleta de dados por meio questionário auto-respondido (ANEXO 1) pelos adolescentes contendo perguntas abertas e fechadas, e mensuração antropométrica realizada pelas próprias pesquisadoras do projeto.

A coleta de dados foi realizada na sala dos professores, com pequenos grupos de alunos, 5 a 6 alunos por vez, e pertencentes ao mesmo sexo para evitar constrangimentos.

Nesta etapa também foram realizados grupos focais com os estudantes, com o objetivo de levantar informações sobre atitudes, conhecimentos, práticas alimentares e barreiras para a alimentação saudável, que auxiliassem no diagnóstico educativo.

Os procedimentos adotados para a coleta das variáveis do estudo e realização dos grupos focais estão descritos nos capítulos 5.6 e 5.7, respectivamente.

5.4.3 Segunda Etapa: Intervenção

Após a realização do diagnóstico educativo, estruturou-se intervenção nutricional com 8 atividades educativas e duração de 6 meses, realizadas no segundo semestre do ano de 2013, com intervalos de, aproximadamente, 15 dias entre uma atividade e outra. A maior parte das atividades foram realizadas com duração de 1 hora-aula (50 minutos) e foram realizadas nos diferentes ambientes da própria escola.

O objetivo dessas atividades propostas era ampliar o conhecimento, habilidades e atitudes positivas entre os adolescentes. A lógica dessa abordagem educacional foi compreender amplamente as questões de alimentação e nutrição como um meio para estimular escolhas alimentares saudáveis. Foram desenvolvidas atividades que visassem não só estimular escolhas alimentares adequadas, mas também que reforçassem outros aspectos importantes de hábitos alimentares saudáveis e conceitos sobre alimentação e nutrição.

Os conteúdos abordados nas atividades de educação nutricional foram os provenientes das temáticas mais frequentemente referidos pelos adolescentes sobre saúde e alimentação, com base nas discussões dos grupos focais realizados na etapa pré-intervenção.

O Quadro 1 apresenta resumo das atividades que foram desenvolvidas ao longo do programa de intervenção.

Para a padronização e possível replicação posterior das atividades de intervenção, optou-se por elaborar um roteiro das atividades contendo objetivos, população alvo, participantes, tempo, espaço físico, materiais necessários, instruções, pontos pra reflexão e discussão. Este material encontra-se no ANEXO 2.

Quadro 1. Programa de intervenção nutricional educativo desenvolvido com alunos dos 6^{os} anos de uma escola municipal de São José dos Campos².

Atividades	Objetivos
Conhecendo a alimentação	<i>Identificar conceitos, percepções e opiniões dos alunos sobre alimentação e estimular a reflexão e discussão sobre o tema.</i>
Função dos alimentos - Os Construtores	<i>Introduzir noções sobre a classificação dos alimentos construtores e suas funções no organismo e promover a reflexão sobre o tema para que os alunos possam identificar estes alimentos na própria alimentação.</i>
Função dos alimentos - Reguladores e Energéticos	<i>Introduzir noções sobre a classificação dos alimentos reguladores e energéticos e suas funções no organismo e promover a reflexão sobre o tema para que os alunos possam identificar estes alimentos na própria alimentação.</i>
Jogo da alimentação saudável	<i>Estimular a reflexão do aluno a respeito do conceito de alimentação saudável e ampliar e reforçar os conhecimentos dos alunos sobre o tema.</i>
Vamos ler os rótulos?	<i>Explicar a importância e Incentivar a leitura do rótulo dos alimentos e apresentar o conceito dos termos light, diet e zero.</i>
Você sabe o que está comendo?	<i>Introduzir o conhecimento básico sobre fast-foods e estimular a reflexão e discussão sobre as quantidades de sódio, açúcares e gorduras nos alimentos fast-food e</i>

² Fonte: Da autora (2015).

	<i>industrializados.</i>
Alimentação de 1 dia	<i>Identificar mudanças nos conceitos, precepções e opiniões dos alunos sobre alimentação após a realização das atividades de intervenção.</i>
Estratégia em defesa da alimentação adequada e saudável - Jornal	<i>Identificar a percepção e conhecimentos adquiridos dentre as temáticas abordadas, discutir a importância da construção coletiva do conhecimento e compartilhar com a comunidade escolar os conhecimentos sobre alimentação e nutrição adquiridos ao longo do processo, por meio de um jornal</i>

O método empregado no programa educativo, bem como as estratégias selecionadas e as tecnologias desenvolvidas a partir do diagnóstico nutricional e educativo, foram pautados sobre os conceitos de promoção de saúde, nutrição comunitária e educação nutricional problematizadora.

5.4.4 Terceira Etapa: Avaliações

5.4.4.1 Avaliação Diagnóstica

A avaliação diagnóstica (primeira etapa) foi realizada antes do início das intervenções por meio da coleta de dados e grupo focal em que foram avaliados os conhecimentos, crenças, atitudes e práticas, dos alunos. Foram realizadas avaliações nutricionais por meio de antropometria e consumo e hábito alimentar dos alunos.

5.4.4.2 Avaliação Somativa

Todas as avaliações realizadas durante o diagnóstico nutricional e educativo do estudo (segunda etapa) foram repetidas após o término da intervenção. Os instrumentos e os procedimentos foram os mesmos e realizados de forma idêntica às avaliações iniciais. Nos grupos focais foram acrescentadas algumas questões relativas a temas abordados durante a intervenção.

A comparação e análise dos dados no período pré e pós intervenção possibilitaram verificar as mudanças de comportamento ocorridas durante a intervenção e a eficácia do programa, bem como suas vantagens e limitações.

Ao final do período de intervenção foi avaliado o interesse dos alunos para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, dificuldades e barreiras para a adoção desses hábitos. Os alunos foram incentivados a opinar sobre a importância e conhecimento adquirido ao longo do projeto. Esta avaliação foi realizada por meio de questionário auto-respondido contendo questões fechadas e abertas (ANEXO 3).

Solicitou-se aos participantes atribuir nota de 0 a 5 para cada atividade realizada que participaram, durante a intervenção. Procurou-se conhecer as atividades que mais gostaram e as que menos gostaram, a fim de realizar associações entre a satisfação dos adolescentes com as atividades desenvolvidas e a conquista de efeitos pelo programa (ANEXO 3).

5.4.4.3 Avaliação Formativa

Durante as atividades educativas de intervenção em alimentação e nutrição nas duas escolas, todo o processo foi avaliado diante de 5 esferas; a saber: implementação do programa, resposta do ambiente, resposta do receptor, resposta do executor e competência do pessoal de campo. A realização de uma análise crítica, objetiva e sistemática das realizações e resultados durante o projeto proporcionou a identificação de pontos críticos e reorientação das atividades quando se observou necessário.

A aceitação do projeto educativo foi avaliada de forma qualitativa, verificando-se a participação e empenho dos alunos durante as atividades. A consecução dos objetivos específicos no decorrer do projeto foi avaliado por meio de testes escritos e orais, demonstrações, apresentações e observações.

5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.5.1 Variáveis Demográficas

Foram coletadas informações dos participantes relativas ao nome completo, sexo e data de nascimento para o cálculo da idade em anos.

5.5.2 Status Socioeconômico

Foi solicitado ao responsável do adolescente, no momento do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4), informações referentes à renda familiar em reais e número de moradores no domicílio para o cálculo da renda *per capita* e a escolaridade materna, obtida em anos completos de estudo que foi utilizada também como medida indireta do *status* socioeconômico dos adolescentes.

5.5.3 Índice de Massa Corporal dos Adolescentes

A mensuração do peso corporal foi realizada com os adolescentes vestindo roupas leves e descalços, posicionados sobre uma balança eletrônica do tipo plataforma (Tanita®), com capacidade para 150 kg e precisão de 100g, e para a estatura utilizou-se antropômetro (Seca®), com escala em milímetro, fixado em parede sem rodapé, conforme metodologia proposta por GORDON et al. (1988).

As medidas de peso e estatura foram realizadas em duplicata, utilizando-se a média das duas aferições. Posteriormente, o índice de massa corporal de cada indivíduo foi calculado, dividindo-se o peso pelo quadrado da estatura ($IMC = \text{peso}/\text{estatura}^2$).

5.5.4 Estado Nutricional

A presença de excesso de peso e obesidade foi verificada com referência na proposta da Organização Mundial da Saúde para crianças e

adolescentes de 5 a 19 anos (ONIS et al., 2007). Para a avaliação do IMC para idade, consideraram-se as seguintes categorias:

- Baixo peso: $< \text{escore-z } -2$:
- Adequado: $> \text{escore-z } -2$ e $< \text{escore-z } +1$
- Excesso de peso: $> \text{escore-z } +1$
- Obesidade: $> \text{escore-z } +2$:

5.5.5 Perímetro da Cintura

O perímetro da cintura foi aferido ao final da expiração, com fita métrica inelástica e escala em milímetro (mm), no ponto médio entre a crista ilíaca e a face externa da última costela. Foram realizadas duas medidas de perímetro da cintura considerada a média dos valores obtidos. Caso houvesse discrepância entre as medidas superiores a 0,5cm, as medidas eram repetidas por até três vezes, conforme proposto por LOHMAN et al. (1988).

5.5.6 Dobra Cutânea Tricipital

A mensuração das dobra cutânea tricipital foi realizada seguindo critérios padronizados e utilizando-se plicômetro Lange, com aproximação de 0,1 mm. As medidas das dobras foram realizadas em duplicata e repetidas por até três vezes, caso houvesse discrepância superior a 1mm. Para o estudo, considerou-se a média dos valores obtidos.

5.5.7 Práticas Alimentares

Dados relativos às práticas alimentares dos adolescentes foram coletados por meio de questionário auto-respondido, contendo questões fechadas e abertas (ANEXO 1). As práticas alimentares foram medidas seguindo modelo proposto por LEVY et al. (2010) na avaliação dos dados da PeNSE, realizada em 2009. O consumo alimentar foi aferido utilizando-se a frequência de consumo, nos sete dias que antecederam a pesquisa, de oito alimentos, grupos de alimentos ou preparações: feijão; hortaliças; frutas in natura; leite; refrigerantes; guloseimas; biscoitos doces e embutidos. Os quatro primeiros foram considerados alimentos marcadores de alimentação saudável e os quatro últimos, marcados de alimentação não saudável. Essa classificação baseou-se nas recomendações nutricionais para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e em evidências que sugerem a associação destas variáveis com o excesso de peso e outros fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (LEVY et al. 2010)

Além destes, três comportamentos alimentares foram investigados: a presença de familiares durante o jantar (uma vez que o almoço é realizado na

própria escola), a realização do desjejum e a prática de comer enquanto estuda ou assiste à televisão (marcadores de comportamentos não saudáveis). Esses comportamentos foram escolhidas por se associarem positivamente (no caso da não realização do desjejum e da prática de comer enquanto estuda ou assiste à TV) ou negativamente (no caso de realização de refeição com familiares) associadas ao excesso de peso e à obesidade.

5.6 GRUPO FOCAL

O grupo focal é um grupo de discussão informal, de tamanho reduzido, que tem como propósito obter informações de caráter qualitativo em profundidade. É uma técnica rápida e de baixo custo para avaliação e obtenção de dados qualitativos, fornecendo grande riqueza de informações sobre o diagnóstico e o desempenho de atividades desenvolvidas.

Utilizou-se esta técnica devido as vantagens oferecidas quanto à formação de um ambiente propício para um debate informal entre os participantes, uma vez que compartilham-se sentimentos, entendimentos, experiências e conceitos. Trata-se de uma forma ideal para a exploração das atitudes e percepções dos adolescentes no ambiente social em que foram construídas.

Foram realizados 8 grupos focais com 6 alunos, sendo 4 no período pré-intervenção e outros 4, no período pós-intervenção. Para compor cada grupo, sorteou-se 2 alunos por turma. Os grupos foram organizados por sexo, para verificar possíveis divergências de atitudes, opiniões e percepções entre os sexos.

A realização do grupo focal visou levantar informações sobre o conhecimento prévio da prática cotidiana destes estudantes, no que se refere à saúde e nutrição, além de informações sobre atitudes, conhecimentos e barreiras para a alimentação saudável, bem como verificar os efeitos da intervenção nutricional educativa nas percepções, conhecimentos, atitudes e práticas alimentares dos adolescentes. O local escolhido foi uma sala

destinada ao Horário de Trabalho Coletivo (HTC), um espaço utilizado para grupos e reuniões na escola.

As discussões dos grupos focais foram conduzidas por um facilitador/moderador que utilizou técnicas de investigação para buscar opiniões, experiências, idéias, observações, preferências e necessidades, seguindo um roteiro semi-estruturado (ANEXOS 5 e 6). Neste, constavam temáticas com os seguintes objetivos: 1) caracterizar a percepção dos adolescentes sobre sua alimentação, sua motivação para modificá-la, se considerado necessário e as principais barreiras identificadas para sua adoção, a fim de estimular a discussão sobre as próprias práticas alimentares. Neste bloco, foi discutido com os participantes a adoção de uma alimentação saudável, por exemplo; 2) investigar atitudes e comportamentos alimentares dos adolescentes. Para tanto, discutiu-se com os participantes as preferências alimentares e a alimentação praticada no ambiente escolar e doméstico; 3) identificar alguns conceitos e conhecimentos dos adolescentes sobre alimentação e nutrição. Neste bloco discutiu-se sobre alimentação saudável e alguns termos frequentemente utilizados pela mídia e indústria de alimentos, como *diet*, *light* e *fast-food*, por exemplo.

Dois relatores foram responsáveis por descrever o ambiente em que era conduzido o grupo focal e analisar as falas, gestos e clima do grupo, além de produzirem um relatório.

Os encontros tiveram duração média de 40 minutos e foram registrados em um microgravador digital e posteriormente transcritos para a análise.

A análise do material empírico advindo do grupo focal foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática. Em termos de tratamento dos depoimentos colhidos no grupo focal, utilizou-se o ‘método de interpretação de sentidos’, que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos (GOMES et al., 2005).

Destaca-se que, no tocante ao grupo focal, por sua especificidade de buscar o caráter coletivo da produção de sentido, a análise privilegiou, também, os consensos e discordâncias processadas pelo grupo.

5.7 ANÁLISE DE DADOS

A digitação dos dados foi realizada em duplicata, com mecanismos de restrição de entrada de dados inconsistentes e de controle de erros de digitação, utilizando-se o programa estatístico Epi-info 6.0.

Foi realizada a análise descritiva dos dados e a comparação das variáveis entre as turmas para avaliar a homogeneidade dos grupos quanto às variáveis demográficas, antropométricas, do estado nutricional, percepção corporal e práticas alimentares. As diferenças entre as médias foi avaliada por meio do teste T de Student para amostras independentes para variáveis contínuas e teste Qui-Quadrado para comparação entre variáveis categorizadas e testes de associação.

As prevalências referentes ao consumo e ao comportamento alimentar foram apresentados segundo sexo. As comparações das frequências

intragrupos entre as fases pré e pós-intervenção foram feitas com base no teste McNemar.

Para avaliação do efeito da intervenção, foram considerados resultados favoráveis ao comportamento alimentar mudança de altas para baixas freqüências, ou sua manutenção (uma a duas vezes por semana ou nunca), da ingestão de lanches e substituição de almoço ou jantar por lanche; ingestão diária ou frequente de frutas e vegetais; baixa frequência na ingestão de refrigerantes, doces e frituras.

Considerou-se nível de significância de 95% para as análises estatísticas. Os cálculos foram realizados com auxílio do pacote estatístico Stata/SE® 13.

Os discursos obtidos por meio do grupo focal foram analisados por meio do método da ‘análise de conteúdo’ proposto por BARDIN (1977), que define como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p.44).

Esse método consiste em três etapas cronológicas: (a) pré-análise, em que são realizadas as etapas de leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentarão a interpretação; (b) exploração do material, codificação dos dados a partir das unidades de registro e aplicação sistemática das decisões tomadas na etapa anterior; (c) categorização, que consiste na classificação

dos elementos segundo suas semelhanças, com reagrupamento em função de características comuns e tratamento dos resultados convertendo dados brutos em informações significativas e válidas, na inferência e interpretação (BARDIN, 1977).

Neste trabalho, optou-se pela modalidade da análise de conteúdo temática, que trata-se de “operações de desmembramento do texto em unidades e categorias segundo reagrupamentos analógicos”. A investigação por temas é eficaz para obter as significações manifestadas nos discursos de forma simples (BARDIN, 1977).

A análise de conteúdo foi realizada com apoio do software Qualitative Solutions Research NVivo® (QSR N-Vivo 10). O software utilizado consiste em um programa voltado para auxiliar na análise qualitativa e quantitativa dos dados. O NVivo tem como função principal a codificação de texto e o armazenamento em categorias específicas, gerenciados por três instâncias, tais como documentos (local onde ficam armazenadas as entrevistas); nós (espaço onde é guardada a codificação - categorização) e atributos (local onde ficam guardadas as características dos sujeitos, por exemplo, sexo, idade, profissão). O programa permite ainda identificar a frequência das citações presentes em cada categoria (GUIZZO et al., 2003).

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo aos critérios estabelecidos pela resolução no. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, este projeto de pesquisa

considerou os princípios éticos de respeito pela autonomia dos indivíduos. Tendo sido analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (ANEXO 7).

Foi solicitado prévia autorização à direção das escolas participantes, bem como a solicitação aos pais e responsáveis dos adolescentes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4) para autorizar a participação no estudo.

Na escola onde foi desenvolvido o estudo piloto, foi entregue material educativo sobre alimentação saudável aos alunos participantes.

Cabe ressaltar que, para manter o anonimato dos sujeitos na apresentação dos resultados qualitativos, optou-se por uma identificação alfanumérica, na qual a letra M indica os grupos focais do sexo masculino e a letra F, os grupos do sexo feminino, com numeração 1 e 2.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

O diagnóstico ou avaliação inicial foi o ponto de partida para a realização da intervenção nutricional educativa. O diagnóstico nutricional e educativo norteou a definição dos objetivos, as prioridades da intervenção e subsidiou a avaliação dos efeitos da intervenção. A realização do diagnóstico possibilitou a identificação do problema, a formulação de hipóteses e o levantamento de recursos institucionais, financeiros, humanos e materiais para a realização da intervenção nutricional.

A população foi caracterizada por: sexo, idade, status socioeconômico, estado nutricional e práticas alimentares, além dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas à alimentação e ao comer das populações.

6.1.1 Estado Nutricional

Analisando o estado nutricional dos estudantes com base no índice de massa corporal dos adolescentes no início do estudo, observou-se maior prevalência de excesso de peso no sexo feminino (25,0% vs. 18,4%, no sexo masculino). Em contrapartida, meninos apresentaram maior prevalência de obesidade (14,3% vs. 12,5% em meninas).

Foram coletadas informações sobre o estado nutricional de 89 adolescentes, destes 55,0% (n=49) meninos e 45,0% (n=40) meninas. As características da população estudada estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 Amostra e características antropométricas da população do estudo segundo sexo, pré-intervenção. Estudantes do 6º ano de uma escola municipal de São José dos Campos, 2014.

	Meninos		Meninas		Total		P
Amostra	n	%	n	%	N	%	
Adolescentes	49	55,0	40	45,0	89	100	
	média	DP	média	DP	média	DP	
Idade (9 -13anos)	10,8	0,62	10,8	0,58	10,8	0,64	0,451
Status socioeconômico	média	DP	média	DP	média	DP	
Escolaridade materna*	9,4	3,61	10,8	2,72	10,1	3,23	0,044
Renda per capita (R\$)	436,1	203,94	463,3	272,37	449,3	236,42	0,102
Características	média	DP	média	DP	média	DP	
Estatura (cm)	143,8	6,78	146,7	7,64	145,1	7,28	0,022
Peso (Kg)	39,6	11,33	40,9	9,11	40,2	10,37	0,198
IMC (Kg/m ²)	18,9	4,35	20,7	5,25	19,6	8,68	0,450
PC (cm)	67,7	11,07	66,2	7,84	66,7	9,71	0,492
DCT (mm)	14,5	7,59	16,1	5,09	15,2	6,60	0,231
Prevalência (%)	n	%	n	%	N	%	
Baixo peso	3	6,1	5	12,5	8	9,0	
Adequado	30	61,2	20	50,0	50	56,2	0,216
Excesso de peso	9	18,4	10	25,0	19	21,3	
Obesidade	7	14,3	5	12,5	12	13,5	

PC = perímetro da cintura

DCT = dobra cutânea tricipital

*anos completos de estudo da mãe

Os dados apontam valores superiores (34,8%) à média nacional verificada na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2009, em que o excesso de peso e obesidade somavam 24% entre os adolescentes do 9º ano do ensino fundamental (LEVY et al. 2010).

6.1.2 Práticas Alimentares

Conforme proposto por LEVY et al. (2010), o consumo de alimentos foi apresentado pelo indicador que expressa a proporção de adolescentes que consumiam regularmente, em pelo menos cinco dos sete dias que antecederam o estudo cada um dos alimentos selecionados

Na análise dos indicadores de proteção à saúde, observou-se que a proporção de alunos que os consumiam regularmente variou de 34,1% a 82,0%, sendo os alimentos consumidos com maior frequência o feijão (82,0%) e leite (63,3%) e menor frequência de consumo as hortaliças (34,1%) e frutas (37,1%). Ressalta-se ainda que cerca de 15% dos estudantes relataram não ter consumido hortaliças nos 7 dias antecedentes à pesquisa.

A maioria dos estudantes realizaram jejum em todos dos últimos 7 dias anteriores (77,%) e apresentavam o hábito de jantar com um ou mais membros da família (72,7%). Analisando o hábito de realizar refeições em frente à televisão, observou-se que 1/3 dos adolescentes apresentavam esta prática diariamente.

Comparando os indicadores segundo sexo, assim como observado por LEVY et al. (2010), há maior proporção de consumo regular de leite entre os

meninos. Em contrapartida, meninas apresentaram maior frequência de consumo de hortaliças, frutas e feijão (Tabela 2).

Tabela 2 Consumo de alimentos selecionados e comportamento alimentar por sexo, pré-intervenção. Estudantes do 6º ano de uma escola municipal de São José dos Campos, 2014.

Variáveis	Meninos		Meninas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de alimentos						
saudáveis						
Feijão	40	81,6	33	82,5	73	82,0
Hortaliças	18	36,7	16	40,9	30	34,1
Frutas	18	36,7	15	37,5	33	37,1
Leite	32	65,3	25	59,5	57	63,3
Consumo de alimentos não						
saudáveis						
Refrigerante	17	34,7	10	25,0	29	32,6
Guloseimas	21	42,9	13	33,3	34	38,6
Bolacha doce	16	32,7	14	35,0	30	34,1
Embutidos	11	22,4	6	15,0	16	19,1
Comportamento alimentar						
Refeição com familiar	37	75,5	27	69,2	64	72,7
Realizar desjejum	41	83,7	27	67,5	68	77,2
Comer assistindo TV	23	46,9	22	55,0	45	50,6

Ao comparar os dados dos estudantes de São José dos Campos com os dados da segunda Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, realizada em 2012, descritos por MALTA et al. (2014), os adolescentes do estudo

apresentam maior consumo de feijão e frutas, em contrapartida, apresentam menor frequência de consumo dos indicadores de alimentação não saudável, como guloseimas e refrigerantes. Assim como apontado nos dados nacionais, o maior consumo de feijão e refrigerantes é observado no sexo masculino.

6.2 DIAGNÓSTICO EDUCATIVO

O grupo focal iniciou-se com uma pergunta generalizada oriunda do roteiro, e a partir das respostas, foi sendo conduzido pela moderadora. Durante a condução do grupo, solicitou-se esclarecimento ou aprofundamento de pontos específicos, conduzindo, assim, o grupo para o próximo tópico quando um ponto já tinha sido suficientemente explorado. Estimulou-se os indivíduos mais tímidos a se expressarem, ao passo que os tipos dominadores tendiam a ser ajustados à convivência em grupo. Na condução dos grupos focais, os adolescentes foram debatendo os temas entre si, sempre estimulados pela moderadora a falar sobre suas práticas alimentares. Por serem influenciados pelo meio sociocultural discutiu-se também as escolhas do que, com quem, onde e quando comer e as dificuldades nesse processo.

Tabela 3 Categorias e subcategorias de análise dos grupos focais realizados com estudantes do 6º ano de uma escola municipal de São José dos Campos, 2014.

Categorias	Subcategorias	Descrição
<i>Atitudes e comportamentos alimentares</i>	Alimentação em casa	Versa acerca da relação dos estudantes com o preparo da comida, horários e com quem costumam comer em casa.

	Alimentação fora de casa	Reúne informações como onde e que tipo de alimentos costumam comer fora de casa.
	Alimentação no ambiente escolar	Versa sobre a alimentação dos estudantes no período em que estão na escola.
	Compras	Refere-se ao hábito de ir ao supermercado com os pais e que tipo de alimentos costumam comprar por escolha própria.
	Preferências alimentares	Reúne informações sobre as preferências alimentares dos estudantes, percepções de semelhanças e diferenças entre os alimentos que gostam e não gostam, e hábito de experimentar novos alimentos.
	Propaganda de alimentos	Trata da influência da propaganda de alimentos no desejo e aquisição de produtos pelos estudantes.
<i>Crenças e conhecimentos</i>	Alimentação saudável	Reúne as percepções dos adolescentes sobre a própria alimentação e os conhecimentos sobre alimentação saudável.
	Alimentação e saúde	Aborda os nexos entre alimentação e saúde na visão dos estudantes.
	<i>Fast-food</i>	Refere-se ao conhecimento dos estudantes sobre alimentos <i>fast-food</i> .
	Rótulo de alimentos	Aborda o conhecimento dos estudantes sobre a rotulagem de alimentos.
<i>Barreiras para a alimentação saudável</i>	Determinantes da alimentação	Versa sobre as dificuldades para modificar a alimentação e possíveis soluções

Após transcrição dos grupos e as etapas de organização, codificação e categorização, estabelecidas por BARDIN (1977), emergiram-se as seguintes categorias centrais e subcategorias descritas na Tabela 3.

6.2.1 Atitudes e Comportamentos Alimentares

Nesta categoria, buscou-se conhecer as atitudes e comportamentos dos adolescentes, a família e o ambiente, componentes da dimensão psicossocial, cultural e ambiental influenciam o comportamento alimentar do adolescente.

6.2.1.1 Alimentação em Casa

Dada a complexidade do ato alimentar, é necessário atentar para alguns aspectos que, relacionados, constituem as as práticas alimentares de determinados grupos humanos. O preparo da comida é um deles.

Cabe a quem prepara a comida, em geral a mãe, o conhecimento sobre as preferências alimentares dos adolescentes. Ainda que alguns homens cozinhem, seu trabalho é visto pelos adolescentes como secundário, uma “ajuda”:

Normalmente é minha mãe que faz. Mas eu às vezes eu ajudo a minha mãe. Minha mãe começa e eu termino. (F2)

A minha mãe, a minha vó. Às vezes quando a minha mãe tá trabalhando, é meu pai. (M1)

Meu pai sabe fazer carne. Ele faz churrasco lá em casa. (M1)

Minha vó e meu pai. Quando eu tô na casa do meu pai é meu pai que faz. Quando eu tô na casa da minha mãe e minha vó. (M2)

Aprender a cozinhar está relacionado à trajetória individual. Com frequência, a mãe divide a cozinha com demais membros da família que ajudam a preparar a refeição. O preparo da comida é também o momento em que se dá boa parte da transmissão do saber culinário – entre mães e filhas(os):

Eu faço tudo porque eu tenho panela eletrônica... Eu faço arroz, faço feijão, porque eu tenho panela que faz tudo. (F1)

Eu faço arroz, eu faço hambúrguer, feijão. Eu faço quando tô sozinha, porque quando meus pais estão, eles fazem. (F1)

Eu cozinho... eu frito ovo, frito hambúrguer, faço arroz, às vezes e faço salada. Gosto de cozinhar. (F2)

Eu faço se minha mãe me ajudar. Em casa quando tem bife, sou só eu que faço. Bife e fígado, só eu que faço. (M1)

Eu sei fazer Miojo®. É o máximo que eu faço. Mas só faço quando estou sozinho. (M1)

Eu ajudo a separar o feijão, fazer filé de frango, temperar e fazer o bife. Sei fazer ovo, também. Eu ajudo a salada... suco, também. E minha mãe tá me ensinando a fazer arroz. (M2)

6.2.1.2 Alimentação Fora de Casa

Nos últimos anos houve um aumento no número de refeições fora do lar, sendo que, atualmente, existem várias opções, envolvendo desde a alimentação realizada em restaurantes mais tradicionais, *self service* e *fast foods*, e também a aquisição e consumo de lanches comercializados por

vendedores ambulantes, como por exemplo, “carrinhos de cachorro-quente” (CAROBA, 2002).

Nas discussões sobre o consumo de alimentos fora do domicílio, a maior parte dos estudantes registrou que costumavam comer fora de casa ao menos uma vez na semana, sendo que os locais preferidos dos adolescentes para o consumo de alimentos fora do domicílio, eram: lanchonetes, *fast food*, restaurantes *à la carte* e *self service* e pizzarias.

Ah, às vezes, eu como em restaurante... Às vezes, com a minha mãe. Aí, quando não é, como milk shake, pastel. (F1)

Como em restaurante. Coloco só um pouquinho de arroz e feijão e coloco um monte de mistura. Eu ponho o que eu gostar, né? (F1)

Eu também. Como pastel ou se não compro um hambúrguer pra mim. (F1)

Eu também gosto de comer no restaurante lá longe. Um pouquinho longe. É, lá tem uma comida boa, aí lá é cheio... você escolhe. Eu gosto de comer arroz, feijão, batata frita, salada, ovo. É muito bom. (F2)

Lá em Santana, no shopping, lanchonete e pizzeria. (F2)

Restaurante por quilo, no shopping. Aí eu como porção de batata frita. (M1)

O que não pode faltar no meu prato é batata frita. Coloco só um pouquinho de arroz e feijão e coloco um monte de mistura. Eu ponho o que eu gostar, né? (M2)

Parece prevalecer no hábito das famílias que a principal refeição feita fora do domicílio é o almoço aos finais de semana e os serviços mais procurados são os rápidos e práticos.

6.2.1.3 Alimentação no Ambiente Escolar

Nas discussões sobre a alimentação realizada nos intervalos da escola (recreio), uma parte dos alunos relatou que, nos dias que tomavam café da manhã em casa, não comiam no intervalo das aulas. Isso se deve ao fato de que uma ou duas vezes por semana o horário de entrada dos alunos na escola é no intervalo entre a segunda e terceira aula, horário que se aproxima do intervalo de lanche dos estudantes (após o término da terceira aula). Nessas ocasiões, o período de jejum dos estudantes até o horário do almoço é maior:

Ah, eu, eu às vezes eu tomo café em casa, aí eu não como nada aqui na escola. Só quando dá Sucrilhos®. Aí eu como. (F1)

Quando eu não tomo café em casa, aí minha mãe dá dinheiro pra mim trazer pra escola (F1)

Eu acordo, eu como, eu tomo café em casa. Aí eu venho pra escola. Tem vez que eu trago um lanche pra comer que eu tenho fome demais. (F2)

Quando eu não tomo café em casa eu trago dinheiro. (M1)

A maioria dos adolescentes relataram preferir levar alimentos de casa ou levar dinheiro para comprar lanches na cantina, ao invés de comerem a merenda fornecida pela escola. Não se observou diferenças na qualidade dos alimentos trazidos de casa e comprados na cantina, sendo os salgadinhos de pacote, refrigerantes, salgados fritos, bolachas recheadas e doces, os alimentos mais consumidos pelos adolescentes no recreio. Ressalta-se ainda

que alguns adolescentes citaram complementar o lanche trazido de casa com doces comprados na cantina, elevando o valor calórico da refeição:

Só trago dinheiro pra comprar na cantina. Tem salgado, pastel de frango, tem refrigerante, tem picolé, tem paçoquinha, tem dadinho®, tem salgadinho. Como de tudo. (F2)

Quando eu compro é Ruffles® e hamburgão. Só. (M2)

Eu compro. Eu compro paçoca e refrigerante. (M1)

Alguns compra coisa da cantina. Eu trago lanche de casa, tipo salgadinho. (F1)

Eu trago salgadinho, bolacha, refrigerante... Tem vez que eu trago pãozinho com presunto e queijo. (F2)

Às vezes eu trago bolacha, salgadinho. (M1)

Trago lanche. Aí, eu depois eu compro paçoquinha, essas coisas. (F2)

Eu trago pão de casa, aí eu como. (F1)

Gosto de trazer manga. Manga picada que eu trouxe. Maior bom. Comi de colherzinha. (F2)

Apenas uma das adolescentes referiu o consumo de frutas nesta refeição e um pequeno grupo de estudantes afirmou consumir frequentemente a merenda escolar fornecida pela escola:

Eu como na escola, só quando dão vitamina, eu não como. (M2)

Eu como a maioria das vezes a merenda da escola. Ou às vezes nem como. (M1)

Como mais da escola. O que tiver eu como. (F2)

6.2.1.4 Compras (Aquisição de Alimentos)

Quando questionados se costumam ir ao mercado com os pais, a maior parte dos alunos afirmou que tem o hábito de ir aos mercados e que gostam de realizar as compras com os pais, observando-se um interesse em adquirir aqueles alimentos que mais o agradam. No entanto, enfatizam que preferem ir às compras com aqueles que são mais liberais com as aquisições dos jovens como os pais, tios e avós:

Às vezes minha mãe não deixa porque eu também fico pedindo muita coisa pra ela e ela fica brava comigo. (F1)

Eu vou porque senão o meu pai não compra bolacha pra mim. Eu encho o carrinho. (M1)

Eu gosto de ir com a minha tia, porque daí a minha tia deixa pegar tudo que eu quero. Eu gosto com a minha tia, e com meu pai. Agora com a minha mãe, não. (F2)

Quando eu vou no mercado com a minha vó, eu pego duas cestas e encho de tudo o que eu quero. (F2)

Quando meu pai ele vai lá no Extra®, ele pega aquele carrão enorme, aí eu falo “Ah, eu quero aquilo, aquilo, aquilo”. Mas tem umas vezes que o meu pai falou assim que ‘estourou a minha conta’, aí eu não pego, não compro, não pego mais nada do que eu quero. (F2)

Ah, eu gosto de ir com meu avô. Porque meu avô deixa eu comprar tudo o que eu quero. Eu já vim pra casa com três ovos, antes de chegar a Páscoa. (M2)

Minha mãe fala que vai comprar dois e só compra um. Falou que ia comprar refrigerante, mas não comprou. (M1)

Quando questionados sobre que tipo de alimentos costumam comprar quando vão ao mercado com seus familiares, os entrevistados relataram optar por doces e alimentos industrializados ricos em gorduras, açúcares e sódio, como macarrão instantâneo, bolachas, salgadinho, bolinhos, chocolate. Alguns ainda citaram gostar de comprar frutas:

Às vezes fruta e às vezes e chocolate. Eu gosto de comprar morango, uva, pêra, maracujá e lichia... uma das coisas que eu mais gosto de comer. (F2)

Salgadinho, bolacha, doces, chiclete, bala, suspiro, paçoca, Toddynho®... Gosto de comprar aqueles bolinhos, bebezinho, suco de uva e pão de queijo, também. (F1)

Gosto de comprar frutas e alface que eu gosto de comer... mas às vezes compro, também, Sucrilhos® com meu irmão... aquele lá do tigrinho. (M1)

Doce, suco de uva, miojo, morango, uva, bolacha, pão, salgadinho, macarrão... aquele de yakissoba, lasanha, também. (M2)

6.2.1.5 Preferências Alimentares

Sabe-se que as práticas alimentares inadequadas são cada vez mais frequentes em adolescentes, sendo o seu padrão alimentar caracterizado pelo consumo excessivo de refrigerantes, açúcares e comidas de preparação rápida e reduzida ingestão de hortaliças e frutas. Também se torna preocupante a adoção de dietas monótonas (SILVA et al., 2012). Com intuito

de conhecer as preferências alimentares dos estudantes, discutiu-se acerca dos alimentos que mais gostam:

Pêra, lasanha, doce, estrogonofe, nhoque, nuggets. Minha mãe me chama de Garfield®. (F1)

Eu gosto de comer lanche: cheeseburger, misto quente, hot-dog. Lasanha, besteiras também... chocolate, doces, balas... Tudo que é bom. (M1)

Gosto de lasanha, estrogonofe, feijoada, yakissoba... aquele macarrão com carne, legumes... Arroz e feijão, também. Ah, batata frita e frutas... morango, banana. (M2)

Eu gosto de comer macarrão na casa da minha vó, e comer bastante maçã, laranja. Gosto de comer batata frita, beber refrigerante, comer doce. Gosto também de comer salada, estrogonofe, lasanha... ah, e hambúrguer. (F2)

Os adolescentes preferem as massas, como macarronada, lasanha e nhoque, e os lanches, principalmente o *cheeseburger* e o *hot-dog*, fazendo parte das preferências, ainda, doces, refrigerantes e frituras como *nuggets* e batata frita. Embora esses alimentos não sejam consumidos com muita frequência na prática diária, são consumidos nos finais de semana, quando a alimentação, para a maioria dos adolescentes, é diferente, pois almoçam ou jantam fora, comem mais do que gostam.

Na discussão sobre quais alimentos os adolescentes não gostam de comer, as frutas, verduras e legumes, prevaleceram:

Não gosto de maçã, beterraba, repolho. Não gosto de comer salada... qualquer tipo. (F1)

Cebola, beterraba, brócolis... esses eu não consigo comer. (M2)

Eu não gosto de berinjela, só frita. E também não gosto de verdura, brócolis, vagem, peixe. (F2)

De ervilha, pimentão, milho verde. Até que o da espiga é bom, mas o da latinha é muito ruim. Cebola e berinjela.... Ah, fígado... esse eu odeio... Bleh!!! (M1)

6.2.1.6 Propaganda de Alimentos

Os hábitos alimentares são formados gradualmente desde a infância. Nesse processo estão envolvidos valores culturais, sociais, afetivos e comportamentais com participação ativa e majoritária da mídia televisiva nas atividades infanto-juvenis. Assim, os meios de comunicação acabam por desempenhar papel estruturador na construção e desconstrução de hábitos e práticas alimentares. Logo, a propaganda agrada às emoções, não ao intelecto, afetando mais profundamente crianças que adultos ao apresentar o falso conceito de alimento saudável e explorar a vulnerabilidade de crianças e adolescentes (PONTES et al., 2009).

Os estudos de ALMEIDA et al. (2002) realizaram uma análise qualitativa do marketing alimentício: reconstruindo a pirâmide alimentar a partir das propagandas, observara-se que, diferentemente da pirâmide considerada ideal, 60% concentraram-se no grupo de gorduras, óleos e doces, com consequente redução do grupo de pães, cereais e massas, e ausência de carboidratos complexos, como frutas e vegetais *in natura*. Em geral, tal padrão nutricional é mantido, de modo que a maioria dos alimentos

veiculados em propagandas televisivas é de alta densidade energética, ricos em sódio, gorduras e açúcares, e pobres em fibras alimentares e carboidratos complexos (HALPERN, 2003).

Estudos focando o efeito dos comerciais televisivos no comportamento alimentar de crianças e adolescentes demonstraram que o hábito de assistir televisão está diretamente relacionado aos pedidos, às compras e ao consumo de produtos alimentícios de alta densidade energética anunciados na televisão (LAUS et al., 2011). Os discursos dos adolescentes corroboram com estes estudos, uma vez que as propagandas estão relacionadas com os pedidos de compras dos adolescentes:

Ah, quando eu vou no shopping, eu peço pra ir na lanchonete que passou no comercial porque tem um lanche grandão. Aí chego lá e é pequenininho. (F1)

Eu sempre peço pra ir nas lanchonetes quando vejo na TV: Bob's®, Subway®... adoro Subway®, McDonald's®. (M1)

Do Habib's®. Passa aquele mini churros. Eu tava com vontade. Daí a minha tia foi e comprou. Daí a gente... Nossa! Eu comi mais de dez. (F2)

Ah, e peço aquela lasanha do comercial, chocolate... Ou pra ir no Subway®, McDonald's®. (M2)

Eu já peço pra ir no mercado, comprar o pão de queijo, ou aquela bolacha do comercial. Ou ir lá na Padaria Ipanema, que faz propaganda dos salgados. (M1)

Analisando os discursos dos estudantes, observa-se que as propagandas de redes *fast food* (principalmente as lanchonetes) são as que exercem maior influência nos desejos de consumo dos adolescentes. Atualmente, sabe-se que o expressivo consumo de alimentos e refrigerantes

nestes ambientes está relacionado com o crescimento no consumo de gorduras, açúcar e sódio e todas as suas consequências nocivas, como o sobrepeso, a obesidade e doenças crônicas não degenerativas que são as principais causas de morte em muitos países.

No entanto, no presente estudo, a maior parte dos pais não tem o hábito de comprar tais alimentos pedidos por seus filhos, realizando-o somente algumas vezes, segundo os próprios adolescentes. Alguns adolescentes relataram pedir os alimentos para os tios e avós, uma vez que os pais costumam limitar a compra e consumo destes alimentos. Alguns estudantes ainda relacionaram a compra ao poder aquisitivo:

Peço pra minha tia. Agora, se eu pedir pra minha mãe, ela não compra, porque ela fala que é muita bobeira. (F2)

É, eu peço se a minha mãe tiver dinheiro, se for bom. (F1)

Eles compram quando eles têm dinheiro, quando eles não têm, eles não compram. (F1)

Um grupo apresentou uma visão crítica sobre a propaganda de alimentos:

Eu não gosto dos comerciais da televisão porque são tudo chantagista. Eles fazem um monte de coisas só pra nós comprarmos. (M1)

6.2.2 Crenças e Conhecimentos

6.2.2.1 Alimentação Saudável

Alimentação saudável na ótica dos adolescentes

Assim, como observado por LEMOS e DALLACOSTA (2005) em seu estudo sobre os hábitos alimentares de adolescentes, os estudantes são conscientes de como deve ser uma alimentação para promover a saúde e prevenir doenças. Desta forma, o que precisa ocorrer é a disponibilidade de alimentos saudáveis e que levem ao desejo dos jovens em consumi-los.

Comer salada, comer frutas... Porque salada faz bem pra saúde. Ah, comer bem, se alimentar bastante. Comer de três em três horas. (F1)

Ah, eu acho que tem que comer...é... pode comer assim, não só salada, mas pode comer as outras coisas... Variado, mas não muito exagerado. Ter uma alimentação balanceada, assim... Equilibrada. Alimentação equilibrada. (F1)

Comer as coisas que a gente não gosta. Comer bastante fruta. Ah, por mim, assim, a gente não pode comer muita bobeira. A gente não pode abusar. (F2)

Ah, a gente tem que comer salada, legumes, frutas. Se alimentar bem, fazer exercício. Não tomar muito refrigerante. Não comer muita bobeira. (M1)

Comer bastante salada, legumes, frutas, proteína... Coisas saudáveis como laranja, banana, ovo, cereal... Só que não exageradamente. Não comer açúcar em exagero, tipo bolacha. (M2)

Na análise dos depoimentos, observa-se que há certo padrão de informação sobre o que seja uma alimentação dita saudável na ótica dos adolescentes, que engloba sempre a citação de muita salada, verduras,

legumes e frutas. A variedade e o equilíbrio, em termos de quantidade, surgem nos depoimentos; no entanto, a análise dos dados numéricos sobre a frequência de consumo dos alimentos pelos estudantes informa que eles não seguem o padrão que consideram ser saudável.

Autoavaliação das práticas alimentares pelos adolescentes

Os adolescentes, ao serem solicitados a fazer auto avaliação sobre a qualidade de sua alimentação, não foram unânimes em considerar que praticam uma alimentação saudável, mostrando uma condição de crítica e autocrítica sobre seus próprios hábitos. Em geral, os entrevistados não consideraram sua alimentação saudável, apesar de terem conhecimento do que é uma alimentação saudável. Os adolescentes manifestaram-se assumindo que a alimentação praticada não se alinha com tudo o que se preconiza como saudável, não observando-se diferença nas opiniões dos indivíduos segundo sexo:

Mais ou menos. Ah, eu acho, porque toda vez que eu almoço em casa sempre tem que ter uma salada, um legume... e como bastante arroz e feijão. Eu como fruta, também. (F1)

Sim. Acho que sim. É que final de semana nós tomamos guaraná e durante a semana, suco. E, como ele falou, tem alface... essas coisas. (F1)

Mais ou menos, às vezes eu como coisa saudável, às vezes não. Às vezes eu troco as coisas saudáveis pela bobeira, como lanche, açaí... E segunda, sexta, tem algumas vezes que não dá tempo pra minha mãe fazer uma mistura, aí, ela faz uma batata frita pra mim. (M1)

Mais ou menos. Ah, porque eu como gordura e ao mesmo tempo eu como doce. (F2)

Porque a gente come verdura, legumes, essas coisas, mas a gente também come besteira. Tem vezes que eu como bobeira e no sábado eu fico sem almoçar, sem jantar. (M2)

Observa-se que mesmo os adolescentes sabendo quais elementos compõem uma alimentação saudável, eles não deixam de comer o que gostam. E, mesmo aqueles que consideraram a sua alimentação saudável, afirmam comer um pouco de tudo, inclusive algumas “besteiras”, às vezes.

6.2.2.2 Alimentação e Saúde

Alimentação e saúde: os nexos atribuídos pelos adolescentes

Nos discursos sobre a questão do que é necessário para ter saúde, é perceptível a associação entre atividade física e alimentação. MENDES e MEDEIROS (2008) ressaltam o papel dos discursos e propagandas midiáticos na construção desta associação, e que é assimilada ao conhecimento coletivo como uma construção cultural significativa, produzindo uma visão de que se obtém uma vida saudável a partir da constante vivência das práticas corporais, reforçando essa relação linear entre ambas. Essa representação sobre a prática de atividades físicas com o ser saudável, na percepção dos estudantes, além de estimular a adesão aos exercícios melhora o desempenho motor dos adolescentes, trazendo benefícios biológicos, sociais e emocionais para esses indivíduos (SILVA et al., 2014).

Além da atividade física, outras ações de promoção de saúde também foram ressaltadas pelos adolescentes nos discursos:

Fazer exercício, comer bem. A gente tem que se cuidar. A gente tem que ir no medico, mesmo se tá tudo bem. A gente tem que ir no médico, pra ver se tá tudo certo. (F1)

Bastante exercício e não comer muita bobeira. É, cuidar dela, fazer educação física, ter um alimento bem saudável, tipo da pirâmide que ajuda a gente a se alimentar melhor. (F2)

Esporte, bastante exercício, ter uma alimentação boa, alimentação. É o básico. Ah, comer comida saudável, também. (M1)

Fazer bastante exercício, jogar bola, se alimentar bem, fazer esportes. Também, dormir bem, beber água, fazer a higiene, ir ao médico. Essas coisas... (M2)

6.2.2.3 Fast-Food

Os estabelecimentos de *fast food* flutuam entre os diferentes restaurantes de comida rápida, oferecendo, por exemplo, comida a quilo ou lanches. Grande parte destes estabelecimentos possuem a produção em uma cozinha centralizada e, posteriormente, os alimentos são distribuídos entre as filiais, garantindo rapidez, uniformidade e qualidade.

Quando questionados sobre o que seriam lanchonetes ou alimentos *fast-food*, a maior parte dos estudantes não soube definir ou dizer se seriam bons ou ruins, citando apenas algumas características desse tipo de estabelecimento, como:

Eu acho que é assim: você não tem tempo pra comer aí você vai num lugar assim e ele já prepara a comida rápido. (F2)

É lá dos Estados Unidos... (F1)

É sobre comida... bobeira. (M1)

Aqueles lugares que você passa aí tem uma janelinha pra pedir. Não é assim? (M2)

Algo rápido: pedir, comer e pagar. (F1)

É um lanche que você monta, não? Tipo Subway[®]. Lembro que já passou na televisão... ah, tem McDonald's[®], Bob's[®]... (M2)

6.2.2.4 Rótulo de Alimentos

Os estudantes, quando questionados sobre o que costumavam olhar nas embalagens dos alimentos foram enfáticos ao ressaltar a importância da observação da validade do produto. Dois grupos citaram observar algumas informações da tabela nutricional. Percebeu-se que o hábito de leitura dos rótulos não é muito frequente entre os adolescentes.

Nossa, eu presto atenção na embalagem. Eu olho a validade. Meu pai às vezes ele pega um leite, eu falo, “pai, como é que você já vai pegando o leite, vai que ele já passou da data de validade”. Aí eu vejo, quando passou, eu pego outro leite e começo e procurar outro leite que vence depois. (F1)

Ah, às vezes eu vejo da gordura, lá.... gordura trans. E vejo o desenho também, né? E da maionese eu fico lendo a receita. Aí peço pra minha mãe fazer pra mim. (F1)

Sim. Vai que você vai comprar uma coisa cara e já passou da validade. Ah, e aquele bagulho lá de como faz, tipo Toddy[®], tem a quantidade certa pra fazer. (M1)

Eu vejo a data de validade, a cor, às vezes eu olho aquela tabela... nutricional, né? Olho caloria, gordura trans, carboidrato, as quantidades... essas coisas. (M2)

Olhos os desenhos e figuras que tem nas embalagens. Eles chamam a atenção e deixam a gente com fome. (M2)

Algumas pesquisas apontam que cerca de 70% das pessoas consultam rótulos dos alimentos no momento da compra; no entanto, a maior parte delas não compreende adequadamente o significado das informações. Metade dos consumidores consulta apenas os rótulos de alimentos específicos, com o objetivo de conhecer seu valor calórico. Os resultados dessas pesquisas indicaram que, apesar da população considerar importante que o rótulo de alimentos contenha as informações nutricionais, a maioria não sabe utilizá-lo (MONTEIRO et al., 2005; PONTES et al., 2008).

6.2.3 Barreiras para Alimentação Saudável

6.2.3.1 Determinantes da Alimentação na Adolescência

Na discussão sobre o que seria difícil mudar na própria alimentação, caso houvesse a necessidade, os adolescentes citaram que diminuir as quantidades ou retirar os alimentos de alta densidade energética presentes na alimentação seria o mais difícil:

Tirar a batata frita, a lasanha, o estrogonofe. (F1)

Tirar os alimentos gordurosos. Nossos vícios de comida. (F1)

Não comer doces, macarrão... o macarrão da minha vó. (F2)

Pra mim é chocolate. Uma barra de chocolate por semana. Não! Mentira! É três barras de chocolate, que... (F2)

Pra mim é fritura e os doces, as bobeiras. Eu gosto de salgadinho, bolinho de queijo, hum! Ah, e bolinho caipira que é uma delícia! (F2)

Diminuir os lanches, as besteiras, a batata frita, tirar os doces. A gente teria que parar de comer tudo. Picanha, não dá pra ficar sem. (M1)

Não tomar refrigerante, tirar a mistura, o bife, a bobeira. (M2)

Comer verduras e tirar as besteiras. Não comer as besteiras é até mais fácil do que comer a verdura. (M2)

Os adolescentes enfatizaram que essa dificuldade seria devido ao “costume” de consumir esses alimentos:

Pra começar porque a gente já é acostumada a comer aquela comida, aí... Não tiraria tudo. De vez em quando, um dia na semana assim... Lá em casa, minha mãe só deixa eu beber refrigerante de final de semana. (F1)

Ah, porque assim eu já to acostumada. Porque quando a gente fica sem, o organismo vai começar a sentir falta. (F2)

Tirar essas coisas que a gente gosta seria difícil, porque a gente já está acostumado. (M1)

Nesse sentido, a solução proposta pelos adolescentes seria reduzir o consumo destes alimentos. Alguns adolescentes também ressaltaram que a ampliação do conhecimento sobre alimentação e nutrição também auxiliaria na redução do consumo destes alimentos.

Ah, comer pouquinho, diminuir as quantidades. É... se você gosta muito de lasanha... Come um pouquinho só. (F1)

Primeiro, ah, eu vou falar, tipo assim, eu vou falar o que a minha mãe faz. Ela corta em pedacinhos as coisas que meu irmão não gosta, e mistura no arroz ou no feijão. (F1)

Às vezes, às vezes o tempero, assim, o modo de preparar também muda. (F1)

Diminuir o doce e a fritura. (F2)

Levaria muito tempo, mas é possível. Acho que a influência de alguém... alguém fazer junto, ajudaria. Acho que dava pra comer menos e quando eu pedisse pra minha mãe comprar essas coisas, ela não dar mais. Ou ao invés de comprar 5, comprar 2, só. (M1)

A gente saber mais sobre os alimentos que a gente não gosta, ajudaria. A gente não iria parar de comer, mas iríamos comer menos. Acho que se a gente soubesse, ia ser mais fácil. (M2)

Se você não quer ou não pode comer alguma coisa, você bota na cabeça, aí você faz o máximo pra não comer. (M2)

Saber também para que serve o alimento, no que ele ajuda, para tentar comer mais verdura... e com o tempo você acostuma, mesmo. (M2)

6.3 INTERVENÇÃO

6.3.1 Justificativa

A concepção inicial do projeto "Promoção da alimentação saudável na adolescência: proposta educacional" teve como pressuposto o fato da educação alimentar e nutricional ser uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com vistas à promoção da alimentação saudável e concretização de um estado de segurança alimentar e nutricional para a população. Além disso, os Parâmetros Curriculares Nacionais preconizam

que temas de relevância social, entre eles a saúde e, dentro dela, a alimentação, sejam tratados transversalmente no ensino fundamental

A implementação de programas de educação nutricional nas escolas e a criação de um ambiente favorável à promoção de práticas alimentares saudáveis constituem-se como importantes estratégias para a promoção da alimentação saudável para crianças e adolescentes.

Face ao diagnóstico em que foram encontradas elevadas prevalências de excesso de peso e obesidade (34,8%) e práticas alimentares inadequadas, como o consumo frequente de refrigerantes, guloseimas e bolachas, fazem parte da vida de cerca de 1/3 dos adolescentes, além de conceitos e conhecimentos insuficientes e/ou inadequados sobre alguns temas relevantes em alimentação e nutrição, justifica-se o desenvolvimento e implementação de um programa de educação alimentar e nutricional que promova mudanças no conhecimento dos jovens, com vistas à promoção da alimentação adequada e saudável e consequentes mudanças no perfil do comportamento alimentar.

6.3.2 Objetivos

6.3.2.1 Objetivo Geral

Os adolescentes deverão compreender conceitos relevantes sobre alimentação e nutrição e a importância da alimentação saudável.

6.3.2.2 Objetivos Específicos

Os adolescentes deverão ser capazes de:

- classificar corretamente ao menos 80% dos alimentos, entre os grupos alimentares: construtores, reguladores, energéticos e extraenergéticos;
- citar ao menos 3 importantes componentes para uma alimentação saudável;
- enumerar ao menos 3 informações presentes nos rótulos de alimentos;
- descrever as características dos alimentos *fast-food*;
- relacionar os alimentos industrializados ao sódio, gorduras e açúcar;
- na elaboração de material educativo para a comunidade escolar, resgatar informações sobre os temas trabalhados.

6.3.3 Conteúdo Programático

O conteúdo programático da intervenção foi elaborado baseando-se em conhecimentos julgados necessários pelas pesquisadoras e nas necessidades do grupo envolvido. O conteúdo foi dividido em tópicos, de acordo com grau de dificuldade, duração dos encontros e relação entre os temas. Os conteúdos propiciaram a reflexão dos educandos sobre o assunto, permitindo discussões e avaliações das possibilidades e limitações da aplicação daqueles conhecimentos. Nessa perspectiva, utilizou-se as teorias da problematização com o objetivo de possibilitar questionamentos e reflexões para que o educando criasse suas próprias soluções adaptadas à

própria realidade. Desta forma, o conteúdo trazido pelo educando foi explorado com a intervenção das nutricionistas envolvidas no projeto.

Os métodos foram escolhidos com base em uma seleção criteriosa a fim alcançar os objetivos da ação educativa com maior eficiência, além de facilitar a aprendizagem, aumentando a possibilidade de sucesso no processo de mudança de comportamento, ainda que isso não fosse o principal objetivo da intervenção.

Nesta intervenção optou-se por utilizar métodos que estimulassem a participação ativa dos alunos nas atividades. Na maior parte das atividades, os adolescentes trabalharam em grupos, favorecendo a discussão sobre os temas propostos.

Os recursos educativos utilizados auxiliaram os educadores a estabelecer analogias, aproximando o educando de sua realidade e facilitando a aprendizagem. Estimulou-se a pergunta e a reflexão crítica sobre os temas, em lugar da passividade em face das explicações discursivas das educadoras. Nesse sentido, a participação ativa do educando foi incentivada por meio da seleção de modelos adequados para conduzir uma prática desafiadora, que propiciasse a fala do indivíduo, respondendo aos problemas identificados e propondo soluções.

O conteúdo informativo das estratégias educativas foi embasado nos conhecimentos técnico-científicos, respeitando-se e utilizando o saber popular nas discussões, para que o educando reconstruísse o conhecimento, entendendo a razão desses saberes e refletisse sobre seus prós e contras.

As educadoras não apenas transmitiram as informações corretas sobre alimentação e nutrição de forma didática, como também buscaram compreender como os adolescentes vivenciam o problema alimentar, não apenas no que se refere ao consumo alimentar propriamente dito, mas também a todas as questões de natureza subjetiva e interpessoal agregadas no comportamento alimentar.

Com base nas discussões do grupo focal, foram selecionados os seguintes temas a serem trabalhados nas atividades de intervenção: grupos alimentares e suas funções no organismo, alimentação saudável, rótulos de alimentos e alimentos industrializados e *fast-food*. Os temas foram distribuídos ao longo de 8 atividades realizadas quinzenalmente.

6.3.3.1 Alimentação do Juquinha

A atividade constituiu-se na elaboração do cardápio de um dia de um personagem fictício, com idade e atividades semelhante à dos estudantes. A finalidade da atividade era identificar alguns conceitos sobre alimentação dos adolescentes na ótica da nutrição.

A atividade foi realizada em grupo e a didática utilizada em classe compreendeu uma dinâmica de troca de ideias e experiências onde os alunos interagiam entre si e com as nutricionistas/educadoras. Para facilitar a didática, fez-se uso de recortes de alimentos para que fossem colados em um cartaz.

Na primeira parte da atividade, observaram-se alguns aspectos considerados pelos estudantes na elaboração dos cartazes:

- Oferecer alimentos mais leves no café da manhã. Segundo a fala de um dos integrantes do grupo: “Dar coisas mais *light* no café da manhã pra não ficar muito pesado”;
- colocaram salada e carne no almoço porque o Juca havia comido pouco no café da manhã;
- alguns grupos se preocuparam em oferecer uma alimentação saudável;

- se preocuparam em adicionar água;
- alguns preferiram alimentos “para não engordar”;
- alguns se preocuparam em elaborar as refeições mais próximas

da alimentação dos componentes do próprio grupo;

- o equilíbrio entre as refeições: “o café da tarde tem que ser mais saudável porque o almoço não foi muito”;
- mencionaram que o café da tarde tem mais alimentos porque chegam com fome da escola;
- um grupo se preocupou em elaborar um resumo do que cada um do grupo comia no dia, antes de iniciar a atividade e perceberam que nem todos comiam apenas alimentos saudáveis;
- um dos grupos disse colocar alimentos que, segundo eles, “sustentam”, porque se colocassem os que “não sustentam”, o Juquinha comeria mais;
- um grupo ressaltou que, para ser saudável, é necessário comer arroz, feijão, frutas, sucos, alimentos integrais e peixe;
- o café da manhã deve ser uma refeição completa por ser a refeição mais importante do dia.

Durante a discussão dos cartazes entre os grupos, na segunda parte da atividade destacaram-se comentários que traziam alguns conceitos sobre alimentação e nutrição:

“O nosso cartaz tem menos alimentos que os demais cartazes, mas tem mais coisas saudáveis que os outros”.

“O nosso grupo colocou mais coisas que gostamos, mas colocamos mais verduras”.

“Com o aumento dos preços, não é todo mundo que come fruta todo dia”

“Não é preciso comer tudo light, e sim, moderadamente.”

“Colocamos os horários nas refeições porque o Juca come de 3 em 3 horas”

6.3.3.2 Função dos Alimentos: Construtores

A temática sobre os grupos alimentares e suas funções no organismo foram divididas em duas atividades. A primeira atividade desenvolvida tratou do o grupo dos alimentos construtores e a importância da água.

Optou-se pela realização da atividade em grupo, propiciando maior discussão sobre a temática.

Para a abordagem do tema, elaborou-se um gibi (ANEXO 8) contendo os principais conceitos sobre alimentos construtores, que foi distribuído aos alunos. No gibi, continha, também, informações sobre a importância da água e um caça-palavras com alimentos construtores.

Na segunda parte da atividade, os alunos foram incentivados a listar alimentos pertencentes ao grupo dos construtores. Nesta etapa, os grupos acertaram, em média, 70% dos alimentos citados, sendo 85% o percentual máximo de acerto entre os 12 grupos formados (4 grupos por turma).

Para avaliar os conhecimentos aprendidos durante a atividade, os grupos responderam a um questionário, presente no gibi, contendo 5 questões, distribuídas entre “verdadeiro ou falso”, questões alternativas e questão aberta.

Apenas um grupo acertou todas as questões. A questão aberta foi a que apresentou o maior número de erros entre os grupos, respondida corretamente por apenas 2, dos 12 grupos. A maioria dos grupos, ao ser

questionado sobre qual nutriente era importante para formação de osso e dentes e está presente em alimentos como queijo e iogurte, responderam o leite, ao invés de cálcio. Tal confusão sobre nutriente e alimento foi esclarecida e debatida com os alunos ao final da intervenção.

6.3.3.3 Função dos Alimentos: Reguladores e Energéticos

Na segunda atividade sobre os grupos alimentares foram explorados os conceitos sobre os alimentos reguladores e energéticos e suas funções no organismo.

Ao final da atividade anterior, foram distribuídos aos alunos cartilhas educativas produzidas pela Secretaria da Agricultura denominadas “Brinque e Aprenda”, que apresenta conceitos sobre os grupos de alimentos e alimentação saudável. Os alunos foram orientados a lerem a cartilha em casa, para que auxiliassem na atividade seguinte.

Assim como nas atividades anteriores, optou-se pela formação de grupos por conta da didática utilizada.

A maior parte dos alunos afirmou ter lido a cartilha em casa. Foi entregue aos alunos uma folha contendo textos sobre os grupos alimentares, contendo lacunas para serem completadas com as palavras fornecidas (ANEXO 9).

Dos 12 grupos formados durante a atividade, 8 completaram corretamente as 20 lacunas. Apenas um dos grupos acertou menos de 80% das lacunas.

Na segunda parte da atividade, distribuiu-se 1 flanelógrafo por grupo e cerca de 45 cartões com velcro no verso, com figuras de alimentos diversos para que fossem classificados entre os grupos:

construtores, reguladores, energéticos e extra-energéticos.

Os flanelógrafos foram dispostos na lousa para a correção e discussão com a turma. Em média, os grupos classificaram corretamente 91% dos alimentos.

6.3.3.4 Jogo da Alimentação Saudável

Com o intuito de conscientizar as crianças sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, desenvolveu-se o jogo educativo de tabuleiro abordando questões teóricas e motivando os alunos para a atividade e aprendizagem.

O jogo foi elaborado com o objetivo de divertir os alunos e potencializar a aprendizagem de conceitos, conteúdos e habilidades que estavam embutidas no jogo. O jogo propiciou aos alunos um ambiente de aprendizagem rico e complexo, estimulando-os a pensar e encontrarem oportunidades de desenvolvimento, pois nele continham questões acerca de

práticas alimentares presentes no cotidiano dos jovens e conceitos sobre alimentação e nutrição.

Para a atividade, os alunos foram divididos em grupos de 6 a 8 alunos.

A atividade foi dividida em duas partes. Na primeira, os alunos preencheram as casas faltantes do jogo com 8 situações cotidianas a respeito das práticas alimentares que consideravam saudáveis ou não. Para as práticas alimentares que considerassem saudáveis, os jogadores que parassem naquela casa tinham vantagens, como o direito de avançar algumas casas. O inverso ocorria com as práticas alimentares que os alunos considerassem não saudáveis.

Após o preenchimento das casas faltantes, as situações foram corrigidas e discutidas em cada grupo e os tabuleiros foram trocados aleatoriamente, de modo que o grupo não jogasse com o tabuleiro que elaborou.

Um conjunto de cartas-pergunta (ANEXO 10) foi elaborado pelas pesquisadoras, com o intuito de ampliar o conhecimento dos estudantes sobre alimentação e nutrição, aproveitando o ambiente lúdico criado pelo jogo. Toda vez que o jogador parasse numa casa contendo uma “?” (interrogação), um outro jogador retirava uma carta de cima do monte e lia a pergunta. Se o jogador que parou na casa errasse a questão, ficava uma rodada sem jogar.

Os alunos se mostraram bastante interessados e o jogo foi capaz de atrair a atenção de todos para a atividade. Todavia, uma das turmas de 6º ano teve menos tempo para jogar devido a troca de salas, o que ocasionou um atraso no início da atividade.

O jogo possuía componentes do cotidiano e o envolvimento despertou o interesse dos alunos, ao se torna sujeitos ativos do processo. A confecção dos jogos, no início da atividade, tornou ainda mais

emocionante e interessante para os alunos, do que apenas jogar.

O jogo educativo proporcionou um ambiente crítico, fazendo com que o aluno se sensibilize para a construção de seu conhecimento com oportunidades prazerosas para o desenvolvimento de suas cognições.

6.3.3.5 Vamos Ler os Rótulos?

Com o objetivo de estimular a atenção e a aprendizagem dos alunos, foram utilizados recursos audiovisuais para introduzir o tema rótulo de alimentos e apresentar o conceito dos alimentos *diet*, *light* e zero.

Para ressaltar a importância da leitura e compreensão dos rótulos de alimentos, utilizou-se uma animação sobre o tema, produzida por alunos de

graduação em Nutrição da Universidade de São Paulo sob supervisão dos professores, durante a disciplina de Educação Nutricional.

Após a exibição da animação, por meio de data show, houve uma apresentação dinâmica sobre os rótulos de alimentos (ANEXO 12), com os seguintes conteúdos:

- informações presentes nos rótulos de alimentos;
- descrição dos componentes presentes na tabela nutricional, relacionando-os com os conhecimentos já adquiridos durante as atividades anteriores;
- conceitos de *diet*, *light* e zero e um exercício para fixação do conteúdo;
- pontos importantes a serem observados nos rótulos para a escolha de alimentos mais saudáveis.

Ao final da apresentação, os alunos se reuniram em duplas e foram distribuídas, aleatoriamente, duas embalagens de alimentos por dupla. Cada dupla escolheu uma das embalagens para responderem sobre as informações contidas no rótulo em um questionário (ANEXO 13).

Na avaliação dos questionários, a média das notas foi 7,8, sendo a menor e maior nota 4,5 e 10, respectivamente. Menores acertos foram observados na questão sobre os alimentos *diet*, *light* e zero, onde apenas 1/3 das duplas respondeu corretamente toda a questão. Ressalta que outro 1/3 das duplas não respondeu completamente esta questão, não relacionando as tabelas nutricionais aos termos *diet*, *light* e zero. Dentre as possíveis causas

podemos relacionar a falta de tempo para a conclusão da atividade, o esquecimento/distração, a falta de clareza na questão ou a própria dúvida dos adolescentes em relacionar corretamente as colunas.

6.3.3.6 Você Sabe o Que Está Comendo?

Para esta atividade, os alunos foram deslocados para a sala de vídeo da escola. Neste ambiente foi exibido um vídeo com duração de 15 minutos. Este vídeo possuía um compilado de outros vídeos e filmes sobre alimentação e algumas informações importantes sobre alimentos *fast-food* e industrializados.

Os principais temas abordados no vídeo foram:

- percentual de excesso de peso e obesidade entre crianças e adolescentes no mundo;
- utilização de personagens infantis em propagandas, embalagens e brinquedos como brindes de alimentos;
- alimentos industrializados e *fast-food* e as consequências do consumo elevado destes alimentos;
- quantidades de açúcares e gorduras em alimentos industrializados e *fast-food*;
- processo de produção de alguns alimentos frequentemente consumidos por adolescentes como *nuggets* e salsicha.

Ao final do vídeo, foi exibido um comparativo das quantidades de gorduras, açúcar e sódio presente nos alimentos mais consumidos nas principais redes de *fast-food* presentes no país.

Para a segunda parte da atividade, houve a elaboração prévia de materiais para exibição das quantidade de gorduras, açúcar e sódio, presentes em alimentos industrializados e *fast-food*.

Para esta exposição, a partir dos alimentos mais consumidos por adolescentes, percebidos durante o diagnóstico, foram selecionados alimentos em 10 categorias: bebidas achocolatadas, refrigerantes, sucos industrializados, embutidos, alimentos de consumo rápido, salgadinhos, bolacha salgada, bolacha recheada, bolacha doce sem recheio e bolo. A lista com as categorias e os alimentos utilizados estão no ANEXO

14. Foram utilizados tubos de ensaio para dispor a quantidade de gorduras

presentes no pacote ou unidade destes alimentos e sacos plásticos para a exibição das quantidades de sal e açúcar.

Todas as quantidades foram pesadas em balança com precisão de 0,5g, e os tubos de ensaio e sacos plásticos foram preenchidos com óleo de cozinha, sal e açúcar e etiquetados com as quantidades em grama de cada produto. No caso do sódio, verificou-se a quantidade correspondente no sal.

Cada produto foi apresentado rapidamente para toda a sala e as embalagens dos produtos circularam entre a turma, junto com as respectivas quantidades dos nutrientes.

Ao final da atividade, solicitou aos alunos que elaborassem, individualmente, um desenho, frase ou texto sobre o que consideraram mais importante naquela atividade.

A observação dos alunos e das falas ouvidas durante a atividade mostra que a exposição foi uma forma simples e eficaz de sensibilizar os alunos sobre a grande quantidade de gordura, açúcar e/ou sal em alguns alimentos. A conscientização e reflexão dos alunos perante ao tema foi observada a partir de desenhos que enfatizavam os riscos do consumo de alimentos *fast-food*.

Muitos alunos referiram estar “surpresos”, “assustados” ou “chocados” em relação às quantidades de gorduras, açúcar e sal nos alimentos. Isso também ficou evidente nos textos elaborados pelos alunos.

Outros refletiram sobre o próprio consumo destes alimentos e a importância de escolher alimentos mais saudáveis para manutenção da

saúde. Alguns revelaram, ainda, a intenção de realizarem mudanças na própria alimentação, reduzindo o consumo destes alimentos.

6.3.3.7 Alimentação de 1 dia

Com o intuito de observar mudanças nos conhecimentos em relação à alimentação, solicitou-se nesta atividade que, em grupo, os alunos elaborassem um dia de alimentação de um adolescente com idade semelhante aos alunos. Para tanto, podiam desenhar ou escrever em uma folha a alimentação de 1 dia completo. Para avaliação desta atividade, os cardápios elaborados pelos alunos (Tabela 4) foram comparados com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para o café da manhã, o Guia Alimentar considera a composição de fruta ou suco natural, leite ou substitutos lácteos e alguma preparação a base de cereais ou tubérculos como pães e bolos. Observa-se que a fruta não fazia parte de 1/3 dos cafés da manhã elaborados pelos grupos. Três grupos incluíram 2 alimentos pertencentes ao grupo dos cereais, podendo gerar um aporte de calorias excessivas advinda dos carboidratos, dependendo da quantidade consumida de cada alimento.

Analisando os cardápios do almoço e jantar, em geral os grupos incluíram alimentos dos principais grupos recomendados no Guia Alimentar, cereais, leguminosas, hortaliças e vegetais e carnes e ovos.

Tabela 4 Alimentação de 1 dia elaborada pelos grupos. Estudantes do 6º ano de uma escola municipal de São José dos Campos, 2014.

Grupos	Café da manhã	Almoço	Café da tarde	Jantar
1	Pão Queijo Leite Café	Arroz e feijão Carne Salada Macarrão Suco Natural	Biscoito Bolo Café	Arroz e feijão Hambúrguer Refrigerante
2	Pão na chapa Manteiga Leite Café	Arroz e feijão Frango Salada de Alface e tomate Azeite e vinagre	Pão com creme de avelã Leite com achocolatado	Sopa de macarrão com vegetais Suco de maracujá natural
3	Pão com manteiga Cereal Fruta Leite com achocolatado ou café ou suco natural	Arroz e feijão Carne de panela Salada Macarrão Suco natural	Cereal/sucrilhos Leite com achocolatado ou café Fruta	Arroz e feijão Frango Batata cozida Salada Refrigerante
4	Bolacha de água e sal Pão integral Leite Café Suco	Arroz e feijão Frango Salada Suco Salada de fruta	Pão Café Morango	Arroz e feijão Peito de frango Macarrão Pudim
5	Iogurte Pão Torrada Geléia	Arroz e feijão Peixe Salada de alface e tomate Sorvete	Cereais com leite	Macarrão Salada Bife Maçã Ceia: Barra de cereal
6	Leite com achocolatado Fruta (maçã)	Arroz Peixe Salada de alface, tomate e cenoura Suco de laranja	Café com leite Lanche presunto, queijo, alface e tomate Pera	Arroz e feijão Salada Suco natural
7	Café com leite Bolacha	Arroz Feijão Filé de frango Salada de alface e tomate Refrigerante de cola Pudim de chocolate	Leite com achocolatado Pão com creme de avelã	Macarrão com carne Ceia: Chocolate quente Bolacha água e sal
8	Leite Pão integral Queijo mineiro Pêra	Arroz e feijão Frango assado Alface	Iogurte Bolacha água e sal Uva	Arroz e feijão Carne Ovo mexido Salada
9	Pão Cereal matinal Leite com café Maçã	Arroz e feijão Frango Salada de alface, repolho, cenoura e sardinha Gelatina	Leite com achocolatado Pão com presunto e queijo	Macarrão Purê de batata Bife Suco natural
10	Pão integral Requeijão Leite desnatado Fruta	Arroz integral e feijão Salada Frango Suco natural Salada de fruta	Iogurte com aveia Leite desnatado Fruta	Arroz e feijão Legumes e verduras Salada de tomate
11	Pão com manteiga Leite com achocolatado Suco natural de laranja Uva	Arroz e feijão Salmão Salada Suco natural	Bolacha maizena Leite com achocolatado Café	Macarrão Almôndega Salada Suco natural
12	Vitamina de leite com morango Bolacha de água e sal com manteiga Maçã	Arroz e feijão Carne Salada Suco natural Salada de fruta	Bolo Suco Uva	Arroz e feijão Bife a rolê Suco de maracujá Gelatina Ceia: Leite Banana

Na avaliação da inclusão de alimentos ultraprocessados na dieta, nota-se que 3 grupos incluíram o refrigerante ao menos uma vez ao dia. Os biscoitos foram os alimentos ultraprocessados mais incluídos pelos adolescentes, seja no café da manhã, lanche da tarde ou ceia. O creme de avelã foi o segundo alimento mais frequente no cardápio dos estudantes, sendo incluído no lanche da tarde.

Convém ressaltar que os alunos não incluíram na atividade o lanche da manhã, realizado no período do intervalo de aulas (recreio). Neste sentido, levanta-se a hipótese dos adolescentes não o considerarem uma refeição, ou ainda o fato de alguns adolescentes terem informado durante os grupos focais que não costumam comer neste período.

6.3.3.8 Estratégia em Defesa da Alimentação Adequada e Saudável - Jornal

Para a conclusão do programa de educação alimentar e nutricional, foi proposto aos alunos a elaboração de um jornal escolar que apresentasse informações sobre alimentação e nutrição.

Para o processo de elaboração do jornal, fez-se uso da educomunicação como método pedagógico. A educomunicação é a utilização dos meios de comunicação para gerar conteúdo de informação e educação (SOARES, 2005)

SOARES (2005) define educomunicação como:

“[...] o conjunto das ações inerentes ao planejamento, implementação e avaliação de processos, programas e produtos destinados a criar e fortalecer ecossistemas comunicativos em espaços educativos presenciais ou virtuais, tais como escolas, centros culturais, emissoras de TV e rádios educativos”.

Nesse sentido, um meio de comunicação eficiente para ser utilizado como instrumento pedagógico é o jornal impresso. Isso porque ele oferece possibilidades primordiais para o contexto escolar, como atualidade e diversificação de conteúdos, interdisciplinaridade e linguagem acessível, uma vez que os estudantes elaboram o jornal para seus pares. Além disso, com esse método, o estudante precisou refletir e fazer escolhas críticas em relação a tudo o que aprendeu, para selecionar o que gostaria de expor ou ler num jornal sobre o tema.

O processo de construção do jornal iniciou com a seleção dos temas para sugestão, realizada pelas pesquisadoras do projeto. Posteriormente, foi realizado o sorteio dos temas entre os grupos. Cada membro do grupo foi instruído a elaborar material para o jornal, individualmente ou em dupla, dentro do tema proposto ou sugerir outro tema que seria avaliado pelas pesquisadoras.

Esse método possibilitou o desenvolvimento de aprendizagem pedagógica e também foi uma forma do aluno fazer uso da liberdade de pensamento e organização de idéias voltadas para conteúdos jornalísticos,

com a estruturação de textos, além da possibilidade de produção de artigos opinativos, críticas expostas em crônicas ou charges.

Após a elaboração do material para o jornal, por todas as turmas, as pesquisadoras se encarregaram de selecionar, organizar e formatar os materiais para a elaboração do jornal.

O jornal produzido (ANEXO 14) foi impresso e distribuído aos alunos, professores e a toda comunidade escolar, além de ter sido exposto nos murais da escola.

6.4 AVALIAÇÃO SOMATIVA

Ao final do processo, realizou-se a avaliação dos alunos buscando determinar as mudanças ocorridas no processo e o grau de domínio dos alunos em relação aos objetivos previamente estabelecidos. Para tanto, os alunos foram reavaliados, seguindo as mesmas técnicas e procedimentos adotados durante o diagnóstico, para comparação dos dados nos períodos pré e pós intervenção.

6.4.1 Estado Nutricional

Analisando o estado nutricional da população após a intervenção, observou-se uma diminuição significativa da obesidade entre os adolescentes, passando de 14,3% para 5,3% no sexo masculino e, de 12,5% para 7,7% no sexo feminino. Acredita-se que essa diminuição se deva principalmente ao processo de maturação sexual dos adolescentes, em que há um incremento importante em suas estaturas. Entre os períodos pré e pós intervenção, os adolescentes cresceram cerca de 10,8 cm, representando um incremento de aproximadamente 7,4% no período. Observa-se também um importante aumento na média de peso dos adolescentes de 6,2 kg, representando 15,4% de aumento no período. Acredita-se que o aumento da estatura seja o fator mais importante na redução da obesidade no grupo, uma vez que se considera o quadrado da estatura para o cálculo do IMC. O maior

incremento de estatura em relação ao peso explicaria a maior diminuição da obesidade no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino.

Tabela 5 Amostra e características antropométricas da população do estudo após a intervenção. Estudantes do 6º ano de uma escola municipal de São José dos Campos, 2014.

	Meninos		Meninas		Total		P
Amostra	n	%	n	%	N	%	
Adolescentes	38	49,4	39	50,6	77	100	
	média	DP	média	DP	média	DP	
Idade (10 -14anos)	12,0	0,65	11,9	0,61	12,0	0,63	0,445
Status socioeconômico	média	DP	média	DP	média	DP	
Escolaridade materna*	9,4	3,61	10,8	2,72	10,1	3,23	0,044
Renda per capita (R\$)	436,1	203,94	463,3	272,37	449,3	236,42	0,102
Características	média	DP	média	DP	média	DP	
Estatura (cm)	154,4	7,73	156,4	9,63	155,9	8,52	0,014
Peso (Kg)	45,0	4,30	48,9	3,71	46,4	4,01	0,175
IMC (Kg/m²)	18,8	3,57	19,8	3,64	19,5	3,89	0,412
PC (cm)	69,1	9,05	71,8	10,49	70,4	10,39	0,467
DCT (mm)	14,6	6,05	16,5	6,73	15,8	6,91	0,201
Prevalência (%)	n	%	n	%	N	%	
Baixo Peso	2	5,3	5	12,8	7	9,1	
Adequado	27	71,0	21	53,8	48	62,3	0,216
Excesso de Peso	7	18,4	10	25,7	17	22,1	
Obesidade	2	5,3	3	7,7	5	6,5	

PC = perímetro da cintura

DCT = dobra cutânea tricipital

*anos completos de estudo da mãe

No sexo masculino, a prevalência de excesso de peso/obesidade se aproximou dos dados nacionais, cuja prevalência é de 24%, segundo os

dados da PeNSE de 2009. Entre as meninas, a prevalência observada neste estudo ainda é maior que a média da prevalência no Brasil.

6.4.2 Práticas Alimentares

Seres humanos são seres sociais e o hábito de comer em companhia está presente em nossa história, assim como a divisão da responsabilidade por adquirir, preparar e cozinhar os alimentos. Compartilhar o comer e as atividades envolvidas neste ato é um modo simples e profundo de criar e desenvolver relações entre as pessoas. Dessa forma, comer é parte natural da vida social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Refeições compartilhadas feitas no ambiente da casa são momentos preciosos para cultivar e fortalecer laços entre pessoas que se gostam. Para as crianças e adolescentes, são excelentes oportunidades para adquirirem bons hábitos e valorizarem a importância de refeições regulares e feitas em ambientes apropriados, além de propiciar a convicência e a partilha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Refeições realizadas em companhia evitam que se coma rapidamente, além de favorecerem ambientes de comer mais adequados, pois demandam mesas e utensílios apropriados. O ato de compartilhar com o outro, o prazer que sentimos quando apreciamos uma receita favorita, redobra este prazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Assim como observado no grupo estudado, felizmente, compartilhar refeições ainda é uma prática frequente no Brasil. Refeições diárias são

comumente preparadas para toda a família. Aos finais de semana e nas celebrações, as refeições compartilhadas são valorizadas pela convivência que proporcionam.

Em relação aos indicadores de proteção à saúde, os alimentos consumidos com maior e menor frequência se mantiveram os mesmos do período pré intervenção. Sendo o feijão e o leite consumidos em maior frequência pelos estudantes, e as hortaliças e frutas consumidas em menor frequência (Tabela 6).

Observa-se uma melhora das práticas alimentares consideradas saudáveis, com um aumento no consumo frequente (pelo menos 5 dos últimos 7 dias) de hortaliças (de 34,1 para 45,6%) e frutas (de 37,1 para 49,4%). Todavia, houve uma diminuição no consumo de feijão entre os adolescentes, passando de 82% para 72,7% o percentual de adolescentes que relataram ter consumido em pelo menos 5 dias na semana que antecedeu a avaliação.

Analisando a frequência do consumo de alimentos não saudáveis, houve diminuição em todos os alimentos, sendo a maior diminuição observada no consumo de guloseimas entre os meninos (redução de 16,6%) e a menor diminuição no consumo de embutidos, também no sexo masculino (redução de 1,3%).

Não houveram mudanças significativas no comportamento alimentar, com exceção de comer assistindo televisão, que apresentou uma diminuição de 5% entre os jovens que apresentavam o hábito (pelo menos 5 dias na semana anterior).

Tabela 6 Consumo de alimentos selecionados e comportamento alimentar por sexo, após a intervenção. Estudantes do 6º ano de uma escola municipal de São José dos Campos, 2014.

Variáveis	Meninos		Meninas		Total	
	n	%	n	%	N	%
Consumo de alimentos						
saudáveis						
Feijão	28	73,7	28	71,8	56	72,7
Hortaliças	17	44,7	18	46,2	32	45,6
Frutas	18	47,4	20	51,3	38	49,4
Leite	25	65,8	24	61,5	49	63,6
Consumo de alimentos não						
saudáveis						
Refrigerante	10	26,3	7	17,9	17	22,0
Guloseimas	10	26,3	8	21,1	18	23,4
Bolacha doce	10	26,3	11	28,2	21	27,3
Embutidos	8	21,1	5	12,8	13	16,8
Comportamento alimentar						
Refeição com familiar	29	76,3	26	66,6	55	71,4
Realizar desjejum	33	86,8	26	66,6	59	76,6
Comer assistindo TV	16	42,1	19	50,0	35	45,4

Tais mudanças observadas com relação às práticas alimentares podem ser resultados do efeito do programa de educação alimentar e nutricional na população. Contudo, é importante ressaltar a possibilidade dos adolescentes responderem a estas questões, aquilo que aprenderam/compreenderam e/ou que se deseja dentro de uma alimentação considerada saudável.

6.4.3 Atitudes e Comportamentos Alimentares

O hábito alimentar é cercado de símbolos, classificações e estruturas mentais e reproduz crenças que se revelam relacionais ao conhecimento prático do mundo cotidiano. Nesse sentido, compreender os significados do hábito alimentar é buscar os sentidos da experiência alimentar do sujeito em seu cotidiano (FREITAS et al., 2011).

No sentido geral, o hábito alimentar se define em uma multiplicidade de interferências que se estabelecem no mundo circundante, onde o indivíduo constrói para si uma domesticação do consumo e uma instituição do gosto. A disciplina do corpo resulta na força do hábito (FREITAS et al., 2011).

O comportamento alimentar de um indivíduo corresponde não apenas aos chamados “hábitos alimentares”, como também a todas as práticas relativas à alimentação desse indivíduo, como seleção, aquisição, conservação, preparo e consumo efetivo dos alimentos. Para MOTTA e BOOG (1984), o comportamento alimentar é determinado por três componentes:

Cognitivo: refere-se àquilo que o indivíduo sabe sobre alimentos e nutrição que pode influenciar, em maior ou menor grau, seu comportamento alimentar. Existem dois tipos de conhecimento sobre alimentação e nutrição: o científico e aquele não científico, sendo que ambos apresentam influência sobre o comportamento alimentar de um indivíduo e/ou população.

Ressalta-se no entanto, a multiplicidade que o conhecimento 'não cinteífico' compreende: senso comum, popular, religioso, dentre tantos outros, exercendo assim, grande influência no comportamento alimentar. Neste sentido, para garantir a dialogicidade dos saber, premissa pra que ocorra educação alimentar e nutricional, o conhecimento não científico não deve ser subestimado, ou inferiorizado diante do conhecimento técnico-científico.

Afetivo: refere-se às atitudes frente aos alimentos e às práticas alimentares, que muitas vezes podem não ser positivas. Diretamente correlacionadas aos significados socioculturais dos alimentos. Representa as lembranças relacionadas ao consumo de determinados alimentos, bem como às sensações provenientes dessa ingestão.

Situacional: refere-se aos fatores socioeconômicos que interferem na alimentação, as normas sociais e os padrões culturais (MOTTA; BOOG, 1984).

Nesta categoria, são apresentadas e discutidas atitudes e comportamentos alimentares dos adolescentes e da família, relativos à alimentação no ambiente doméstico e escolar, além da alimentação fora de casa, compra e preparo de alimentos e preferências aliementares. Discute-se também sobre a influência da propaganda no desejo dos adolescentes e na aquisição de alimentos, e a visão dos adolescentes sobre isto.

6.4.3.1 Alimentação em Casa

Na alimentação atual, é evidente o processo de distanciamento humano em relação aos alimentos. A história humana reflete que a constante preocupação com a busca/produção de alimentos tem sofrido alterações, tanto na forma de produção, quanto na forma de distribuição de alimentos. Os avanços tecnológicos possibilitaram a produção de alimentos em larga escala, sua conservação por um longo tempo, bem como a viabilidade global de transporte e negociação destes itens ocasionaram a ruptura espacial e temporal da produção e dos acessos. Neste sentido, hoje é possível produzir-se alimentos fora da estação do ano e dos locais tradicionais, tornando-os acessíveis em locais distantes de sua produção e gerando novos contextos de consumo (PROENÇA, 2010).

Paralelamente a este distanciamento, nunca buscou-se tanta informação sobre alimentação, fato evidenciado pela expansão dos veículos de comunicação como publicações escritas (livros, revistas e jornais), programas televisivos e sites de internet, com os profissionais da mídia realimentando o interesse pelo preparo da comida e elaboração de novas receitas. Outra vertente dessa questão é o fenômeno cultural recente do tratamento de destaque dado aos cozinheiros, atualmente denominados *chefs* seguindo a lógica francesa (PROENÇA, 2010).

A própria concepção espacial da cozinha nas casas vem se transformando, partindo de um espaço reservado para se tornar parte da área social, demonstrando como estas recentes mudanças têm sido percebidas. Todavia observa-se, muitas vezes, que essas áreas *gourmet* parecem não terem sido feitas para o preparo diário da comida, visto que os acabamentos,

equipamentos e utensílios são selecionados e adquiridos mais pela decoração do espaço do que por sua funcionalidade para o ato de preparar alimentos (PROENÇA, 2010).

Na fala dos estudantes, as responsabilidades sobre o preparo da comida, refletem as mudanças observadas nas novas concepções das famílias como a incorporação da mulher no mercado de trabalho e a separação dos pais. Mudança do perfil de comportamento dos homens diante dos trabalhos domésticos tem sido observada. Todavia, o avanço é ainda é frágil, pois, culturalmente, o preparo da comida ainda é tarefa da mulher. E, ainda que mães e pais desempenhem tarefas em comum, a centralidade do papel de cozinhar ainda é de responsabilidade materna, na ótica dos adolescentes:

Quem mais faz comida em casa é o meu pai. Meu pai faz porque minha mãe vai para escola e só volta às 23h. E aí ele faz mais ou menos umas 20:30. (M1)

Minha mãe e meu pai fazem a comida juntos. (M1)

Em casa assim só minha mãe! Porque meu pai e minha mãe são separados. (M1)

Minha mãe e minha avó. Eu tô aprendendo a fazer umas coisinhas! (F2)

Em casa, todo mundo faz. Menos o meu irmão pequeno. Quando a gente vai pra cozinha até o cachorrinho tá lá. (M2)

A maioria das vezes sou eu que faço. Normalmente sou eu que faço porque a minha mãe trabalha mais, sabe, de domingo ela também vai trabalhar, e eu tenho que fazer almoço pro meu irmão, aí eu peguei o hábito, porque a minha mãe fala assim, pra ser uma esposa responsável, tem que saber de tudo um pouco, aí eu aprendi cozinhar. (F1)

No Brasil, assim como em muitos países, o processo de transmissão de habilidades culinárias entre gerações vem perdendo a força e as pessoas mais jovens possuem cada vez menos confiança e autonomia para preparar alimentos. As razões para isso são complexas e envolvem a desvalorização do ato de preparar, combinar e cozinhar alimentos como prática cultural e social, a multiplicação das tarefas cotidianas e a incorporação da mulher no mercado formal de trabalho, além da oferta massiva e da publicidade agressiva dos alimentos industrializados. Tais propagandas, em geral, sugerem que sua fabricação reproduz exatamente os ingredientes e os passos das preparações culinárias, o que não é verdade. Segundo estas propagandas, preparar alimentos em casa seria uma perda de tempo, que poderia ser usado em outras atividades classificadas por eles em “mais produtivas”. Neste contexto, o Guia Alimentar valoriza o ato de cozinhar e a estimulação de pessoas mais jovens. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Buscando-se conhecer a relação dos adolescentes com as etapas que antecedem o consumo alimentar, questionou-se a participação dos estudantes no auxílio e preparo da comida:

Quando a minha mãe tá fazendo bolo assim, eu ajudo, porque eu gosto dos bolos que ela faz assim, daí eu sempre ajudo para marcar assim na cabeça como ela faz, porque se um dia assim ela tiver muito doente e ela tiver querendo fazer um bolo eu posso fazer, do jeito que ela me ensinou. É quando ela tá fazendo pão de queijo aí ela fala pra mim fazer bolinhas.... (M1)

Eu não ajudo muito não, só uma vez só que minha mãe pediu para eu ajudar a fazer o bife lá! Ajudar a colocar o tempero e depois mexer assim... mó ruim, a mão fica gelada! (M1)

Ajudo vo-lun-ta-ria-men-te, participo lá com eles, corto alguns legumes...não é sempre porque às vezes meu pai traz algumas coisas da rua pra gente comer e a gente come! (M1)

Eu não. Eu fui tentar fazer ovo só que o ovo espirrou e veio óleo quente em mim... aquele ovo, eu fui quebrar o ovo, assim, eu queimei minha mão. (M2)

Eu ajudo minha mãe quando ela pede. Corto tomate pra ela. Às vezes ela fala: ah, você é muito preguiçoso, você não faz nada. E eu: ah, você não pediu! Mas eu ajudo... pico as coisas, mexo o arroz, tempero a salada. (M2)

Eu ajudo bastante. Quando eu compro filé eu pego, eu passo tempero nele e boto pra fritar.

E assim, por exemplo, ela quer um tempero, eu pego o tempero pra ela. Se ela quer que eu mexo, eu mexo pra ela. (F1)

Quase sempre ajudo! Eu faço a salada e o suco! Às vezes faço o arroz. (F2)

Eu não ajudo porque sou eu quem faço a comida toda. (F2)

Semana que vem, eu vou ter que começar a fazer comida todo dia! É que meu pai tá com a mão costurada e minha mãe vai começar a trabalhar a noite! Eu vou ter que fazer comida para o meu pai. (F2)

Compartilhar parte ou todas as atividades que precedem e sucedem o consumo das refeições com a família, incluindo o planejamento do que se irá comer, a aquisição de alimentos, a preparação das refeições e as atividades de limpeza necessárias para que as próximas refeições possam ser preparadas, propicia momentos adicionais de convívio entre os entes queridos. Envolver crianças e adolescentes na compra de alimentos e no

preparo das refeições permite que eles conheçam novos alimentos e novas formas de prepará-los, além de ampliar o conhecimento de onde os alimentos vêm e como são produzidos. Estas práticas estão relacionadas com a aquisição de bons hábitos alimentares e a valorização do compartilhamento de responsabilidades entre os jovens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

6.4.3.2 Alimentação Fora de Casa

Entre as intensas mudanças ocorridas nos hábitos alimentares da população, tem se destacado o crescimento da frequência da alimentação fora do domicílio. Esse crescimento se deve a fatores sociais, demográficos e econômicos, como maior participação da mulher no mercado de trabalho, o aumento da renda familiar, a crônica escassez de tempo da sociedade moderna e a diminuição do preço de alimentos prontos para consumo. Fatores tais que tendem a continuar a impulsionar a fração das despesas com esse tipo de alimentação. Logo, BEZERRA et al., (2013) ressaltam que o aumento da popularidade da alimentação fora de casa pode influenciar de maneira importante a qualidade da dieta dos brasileiros.

Dados do Inquérito Nacional de Alimentação (INA), conduzido como parte da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2008-2009 apontam que o consumo de alimentos fora do domicílio foi relatado por 48,1% dos adolescentes brasileiros. Os grupos alimentares com maior percentual de consumo fora de casa, relatado pelos adolescentes, foram os salgadinhos fritos e assados (51,9%), sanduíches (40,5%), refrigerantes

(39,6%), pizzas (37,5%), açúcares e doces (36,2%), salgadinhos industrializados e biscoitos salgados (25,9%) e bolos e biscoitos doces (20,9%). Ou seja, do total de salgadinhos fritos e assados consumidos pelos adolescentes, 51,9% deste consumo é realizado fora de casa (BEZERRA et al., 2013).

Adolescentes apresentaram ainda a maior média de consumo para estes alimentos: bolos e biscoitos doces, salgadinhos industrializados e biscoitos salgados, leite e outros laticínios, queijos, açúcares e doces, sucos, refrigerantes, salgadinhos fritos e assados e sanduíches, quando comparados à população adulta ou idosa (BEZERRA et al., 2013).

Sobre os lugares que costumam frequentar e quais alimentos costumam consumir fora de casa, os adolescentes relataram:

Ah! Eu vou em restaurantes diferentes! A gente sai mais à noite! Quando eu vou no restaurante, o como mais é arroz, feijão é... alface e estrogonofe de frango. Ah! Mas tem uns restaurantes que, tipo, é domingo é livre e você paga um total lá... (M1)

Restaurante. Gosto de comer em lanchonete, também... Eles também vendem pastel e espetinho de chocolate. Quando eu vou no shopping, eu como aquelas batatas recheada. (F1)

Restaurante, pizzaria... Lá é onde eu como mais, restaurante japonês. A gente sempre vai em restaurante japonês, eu nunca gosto da comida de lá. Aquele temaki!! Aquele temaki cheio de yak... humm!! Eu vou de vez em quando no Ronaldo, também. É restaurante por quilo. (F2)

Churrascaria! Hum... gostoso! Ah, ou vou em restaurante normal mesmo! (F2)

Ah! Nós come mais em lugar de lanche assim, mais difícil é nós comer em lugar.... é restaurante japonesa! Japonês, chinês... Um dia lá, essa semana mesmo, acho que foi sábado à noite, eu e minha mãe fomos lá

pegar lanche, tinha um cartaz o lanche do cara o mínimo que tinha era desse tamanho assim oh! Mó grandão! (M1)

Geralmente é... a gente compra os ingredientes e faz as nossas comidas diferentes em casa, mesmo. Quando eu saio eu, geralmente com meu pai, damos uma passadinha no bar, daí eu como pastel... (M1)

É, às vezes eu como um lanche, às vezes eu vou comer pastel. Casa da vó vale? (F1)

Quando eu vou sair assim com a minha família para comer eu vou mais no Baitaburger! Lá é gostoso! É restaurante e lanchonete! O banguio é mó gigante! Tem lanchonete... acho que chega até ter pizza. Teve um dia que eu tava lá comendo, eu comi um monte de coisa, tinha um parquinho lá e eu fui lá brincar, aí eu comecei a brincar de pega-pega, aí eu comecei assim a passar mal porque comi muito. (M1)

Em geral é pizza. Quando eu... eu não sei o nome da pizzaria, mas tem um dia que eu fui numa pizza, é tipo rodízio, você paga 10 reais por pessoa, é 15 ou 20, você come a vontade, né, pizza ali... (M1)

Eu vou pro McDonald's®. Nossa! Quando eu saio... Nossa senhora! É só bobeira! É só bobeira! McDonald's®, restaurante, Habib's®, Bob's®, um pastelão. Tem o Giraffas®, também. (M2)

Subway®! McDonalds®! Mas às vezes a gente vai em restaurante vegetariano porque meu pai... só come mato. (F2)

Salgadinhos fritos e assados, como coxinha, empada, pastel, são característicos do Brasil e de fácil aquisição em termos de custo, comparados a refeições e *fast-foods*. Ressalta-se que os adolescentes são o grupo que apresentam maior consumo destes alimentos fora do domicílio (BEZERRA et al., 2013).

Como observado nos dados da POF 2002-2003 e reafirmado no presente estudo, os alimentos consumidos fora do domicílio são caracterizados por alto conteúdo energético e pobre conteúdo nutricional,

ocasionando uma importante contribuição da alimentação fora de casa para o consumo total de calorias, gorduras e açúcares, e pouca contribuição para o consumo de micronutrientes. Nesse sentido, o Guia Alimentar sugere à população brasileira optar por restaurantes e bares que oferecem uma grande variedade de preparações culinárias (muitas vezes no sistema de pagamento por quantidade consumida) em alternativa às redes de *fast-food* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

6.4.3.3 Alimentação no Ambiente Escolar

Os adolescentes brasileiros permanecem em média 5 a 6 horas por dia na escola. Nesse período, realizam entre 1 e 2 refeições junto aos amigos e colegas, fato que influencia as escolhas alimentares desse grupo populacional, estabelecendo padrões socialmente aceitos e provocando um forte impacto em sua dieta. Cerca de 1/3 das necessidades energética diária, os adolescentes obtém mediante a compra em cantinas, lanches trazidos de casa ou oferecidos gratuitamente pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (SCHMITZ et al., 2008).

Na escola, os alimentos e as bebidas consumidos são classificados em duas principais categorias: 1) alimentos oferecidos gratuitamente (almoço e lanches intermediários) aos alunos por meio do programas de alimentação escolar e; 2) alimentos e bebidas disponíveis à la carte nas cantinas escolares (refrigerantes, salgadinhos, balas e chocolates, ou seja, "guloseimas") ou

trazidos de casa. Neste sentido, alguns autores classificam os alimentos desta categoria em alimentos "competitivos", uma vez que competem com a alimentação escolar (STORY et al., 2009, LEME et al., 2013).

As primeiras iniciativas da alimentação escolar no País datam da década de 1930, quando alguns estados e municípios mais ricos passaram a responsabilizar-se pelo fornecimento da alimentação em sua rede de ensino.

Na década de 50, foi elaborado um abrangente Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, denominado Conjuntura Alimentar e o Problema da Nutrição no Brasil e, pela primeira vez, se estrutura um programa de merenda escolar em âmbito nacional, sob a responsabilidade pública.

Em 31 de março de 1955, foi assinado o Decreto nº 37.106, que instituiu a Campanha de Merenda Escolar (CME), subordinada ao Ministério da Educação. Em 1979 passou a denominar-se Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) de responsabilidade atual do setor educacional, descentralizado da instância federal para a estadual e municipal. O PNAE prevê a transferência de recursos financeiros às escolas públicas, destinados à aquisição de gêneros alimentícios para o oferecimento da alimentação escolar aos alunos matriculados na educação infantil, ensino fundamental, médio e educação de jovens e adultos das escolas da rede pública que constam no censo escolar realizado pelo Ministério da Educação (MEC) (FNDE, 2009).

O PNAE é uma política governamental que tem a finalidade de fornecer alimentação escolar para suprir no mínimo 15% das necessidades nutricionais dos alunos durante a permanência na escola. O programa objetiva ainda

contribuir para a formação de bons hábitos alimentares e para o aumento da capacidade de aprendizagem (FNDE, 2009).

Com objetivo de conhecer as preferências dos adolescentes em relação aos alimentos consumidos na escola, questionou-se o hábito dos adolescentes no horário do intervalo escolar.

Às vezes a gente traz dinheiro, às vezes nós come daqui, às vezes nós traz de casa! (M1)

Às vezes eu trago também lanche, ou se não eu pego e compro lanche, se não eu pego a merdenda. Tem algumas coisas aqui que é ruim, tipo o Sucrilhos® é muito duro... (M1)

Eu trago! Ou compro na cantina Eu não gosto da comida daqui então sempre tenho dinheiro caso eu não goste de alguma coisa ou esteja com fome. (F2)

Eu geralmente trago dinheiro, eu não sou muito chegado no café da manhã daqui não, daí eu não como... (M1)

Eu trago de casa ou se não eu compro na cantina às vezes. (M2)

Às vezes eu como ali do refeitório mesmo ou eu compro na cantina. (F1)

Os adolescentes relataram, em sua maioria, a preferência por levar alimentos e bebidas de casa, ou comprar na cantina. Quanto questionados sobre quais alimentos costumam consumir na escola, observa-se que as guloseimas foram os alimentos preferidos pela maior parte dos adolescentes. Alguns ainda relataram o consumo de frutas e pães, recheados com embutidos ou derivados lácteos:

Trago bolacha, salgadinho, fruta, refrigerante, pão de queijo, pão com frios. A gente que escolhe o que trazer. (M2)

Compro, trago e como aqui a merenda na escola. Eu prefiro trazer de casa, porque às vezes dá torta ou Sucrilhos, e eu não como. (F1)

Eu trago uma fruta, maçã, pão com alguma coisa... com queijo, mortadela, pão com requeijão, pão com maionese, pão com tudo. Eu faço mistura. Trago bolacha às vezes, também. (F1)

Em casa, eu pego uma bolacha ponho na mochila e vou embora! Às vezes eu... pego assim, que nem esses dias eu trouxe uma coxinha... que minha tia tinha dado para mim, né... (M1)

Normalmente meus pais que montam meu lanche, mesmo. Ou minha mãe fala o que eu posso pegar, daí ela fala e eu pego, uma bolacha, um refrigerante, assim... (M1)

Aqui na escola eu como só hambúrguer. E quando trago de casa, trago uma bolacha recheada, salgadinho, ou aquelas bolachas salgadas de pacotinho. (M1)

Assim como relatado pelos alunos nos grupos focais pré-intervenção, alguns estudantes relataram não comer no intervalo das aulas, optando por realizar um café da manhã reforçado na própria casa. Cabe aqui ressaltar, que o horário do lanche dos estudantes é no período matutino e ocorre por volta das 9h30 da manhã.

Às vezes antes de vir para escola eu como alguma coisa em casa, porque às vezes da escola tem alguma coisa que não dá, que dá e eu não gosto... Daí eu como em casa, às vezes eu trago dinheiro para comprar lanche... (M1)

Quando eu venho sem tomar café para escola, mesmo que for lanche ruim eu como, só para matar a fome! (M1)

É, mais eu fico mais sem comer, porque eu não sinto muita fome às vezes não... (M1)

Não como aqui! Só quando não dá tempo de não tomar café. Aí eu pego um lanche ou uma maçã e venho comendo. (M2)

Nos discursos, assim como observado anteriormente, alguns adolescentes relataram complementar a merenda ou o lanche trazido de casa com alimentos comprados na cantina. Nesse sentido, cabe ressaltar a possibilidade de uma ingestão excessiva de alimentos e ingestão calórica.

Os alimentos comercializados e cantinas de escolas públicas e particulares são consumidos por uma parcela expressiva dos estudantes. Pesquisa realizada por CAROBA (2002), analisando os hábitos de 578 adolescentes matriculados em escolas públicas da cidade de Piracicaba (SP), registrou que 69,4% dos escolares costumavam comprar alimentos nas cantinas presentes nas unidades de ensino, sendo que 29,6% o faziam cerca de duas vezes por semana.

Fator preponderante na escolha dos alimentos é a autonomia, demonstrada por expressiva parcela dos adolescentes. Nas cantinas escolares, crianças e adolescentes possuem a oportunidade de escolherem os alimentos a serem consumidos (CAROBA, 2002).

Em estudo realizado com 402 alunos, a fim de verificar as opções de consumo na unidade de ensino, observaram que, quando estes dispõem de autonomia e recursos para compra de alimentos nas unidades de ensino, as preferências recaem sobre aqueles produtos ricos em energia, açúcares,

gordura ou sódio, como “guloseimas”, salgados assados e fritos, salgadinho do tipo *chips* e refrigerantes (DANELON et al., 2006).

O consumo de alimentos industrializados ricos em carboidratos e lipídios contribui significativamente para o aumento do conteúdo energético total da dieta dos estudantes. Enfatiza-se que fatores como praticidade, rapidez e aceitação pelo jovem dos produtos, contribuem para a fácil incorporação destes alimentos nas práticas alimentares.

É pertinente registrar que os alimentos consumidos integram a refeição denominada de “lanche”, que os escolares realizam na escola durante a jornada de aula. A escolha de alimentos com baixa qualidade nutricional, além de pouco contribuir para o atendimento das recomendações nutricionais, pode prejudicar o esquema alimentar dos adolescentes quando se considera as refeições regulares e ainda, favorecer o desbalanço nutricional (CAROBA, 2002).

Convém destacar a importância que a escola representa como local privilegiado de aprendizagem, onde os alunos também devem obter noções objetivas e práticas, para um comportamento alimentar adequado. Assim, conhecimentos adquiridos no convívio escolar serão esquecidos e ignorados, se os alimentos fornecidos (cantinas ou merenda escolar) não forem concordantes com os princípios de uma alimentação saudável (CAROBA, 2002).

Face ao exposto, CAROBA (2002) reafirma que os serviços de alimentação, disponibilizados nas unidades de ensino, sejam eles gratuitos ou

não, devem obrigatoriamente fornecer para os escolares opções de alimentos e/ou refeições que contribuam para o equilíbrio nutricional das dietas.

6.4.3.4 Compras (Aquisição de Alimentos)

O guia alimentar ressalta que o envolvimento de crianças e adolescentes na compra de alimentos permite que eles conheçam novos alimentos e ampliem seus conhecimentos sobre de onde os alimentos vêm e como são produzidos. Observou-se neste estudo, que participar da compra de alimentos junto à família é um hábito frequente entre os adolescentes:

Eu vou! Eu tenho mercadinho então... todo dia eu tô lá... risos... (M1)

Às vezes eu vou! Eu gosto, porque às vezes a minha mãe deixa eu escolher as coisas...Porque às vezes ela traz algumas coisas que eu nem sei que que é... (M1)

Gosto de ir porque minha mãe acaba comprando mais coisas que eu quero. (M2)

Eu vou. Eu gosto porque é legal! Ela deixa, ela deixa eu pegar umas coisas, eu pego! Batata frita, Bis...(M1)

Vou no mercado só com a minha vó. É muito legal. A gente pega algumas coisas. (F1)

Eu só vou fazer compra quando eu tô com o meu dinheiro, eu compro uma “par de coisa” pra comer. (M2)

Gosto, porque quando eu vou, eu faço assim: meu pai pega um carrinho e eu pego outro. Eu só vou nas guloseimas e ele vai lá no arroz, no feijão,

na carne, que é muito chato. Eu vou lá e pego cinco pacotes de bolacha, salgadinho, doce, bala, tudo, tudo o que eu quero... (F1)

Faz dois meses que eu vou sozinha! Quando é muito longe o mercado é minha mãe que faz e quando é perto sou eu. Minha mãe faz a listinha lá e eu vou. (F2)

No entanto, tal hábito está relacionado ao interesse do adolescente em adquirir os alimentos de sua preferência, destacando-se os alimentos industrializados, de alta densidade energética e elevadas quantidades de açúcares, gorduras e sódio como bolachas, achocolatados, sucos de caixinha e chocolates.

A minha mãe é tipo assim, se eu pegar... vamos supor, uma caixa de bombom, minha mãe depois não deixa eu pegar o tanto de bolacha que eu quero. A minha vó deixa eu pegar no máximo 2 coisas! (F2)

Ah, eu gosto de comprar Bis®, bolacha, salgadinho, chocolate. Aqueles suquinhos, também... Ades® de uva, maçã, morango. (F2)

Quando eu tô com a minha vó ou com meu vô, a gente vai no supermercado e eu pego um carrinho igual que meu vô pega, de dois, aquele de dois, e em cima eu coloco tudo o que eu quero. É bala...três saquinhos de bala, duas garrafinhas de suco e cinco potinhos de Trident®. (M2)

Minha mãe não, minha mãe ela fala pra mim que ela não pode comprar muita coisa. Aí ela fala pra mim e pro meu irmão escolher cinco coisas só. Cinco que a gente quer. Aí ela compra. (M2)

Eu escolho bolacha, ou bolo recheado ou Yakult® ou um suco. (F1)

Às vezes eu pego coisa assim para eu comer, pra nós trazer para escola e comer em casa, assim, e depois eu sempre pego alguma coisa para mim, quando estiver saindo, quando eu estiver indo embora assim, pegar abrir e já comer! (M1)

Mercado assim é... eu vou no atacadão com o meu pai para pegar mercadoria é muito rápido, porque às vezes ele faz quatro viagens, porque é muita mercadoria e é uma caminhonete, não aquelas grandonas é uma pequena. E é quatro viagens, e nós vamos, vamos, vamos!! Vai joga todas as coisas, volta e pega e coloca. Quando pode, eu adoro ir com meu pai. O que eu gosto de comprar mesmo, no mercado assim é na lanchonete do mercado que é Atacadão, ai tem lugar para as pessoas comerem, né? Daí eu vou lá compro alguma coisa de lá, pastel essas coisas assim... (M1)

6.4.3.5 Preferências Alimentares

O gosto é como uma marca, um valor do indivíduo e de seu ambiente. A instituição do gosto tem uma história compartilhada desde a infância do indivíduo. Como produto é possível compreender o componente da tradição de um hábito (FREITAS et al., 2011).

Quando discutidas as preferências alimentares nos grupos, os alunos responderam o que mais gostam, ou não gostam, de comer:

Ah, eu gosto de no meu café da manhã eu gosto de comer pão, as vezes bolacha assim, mas é... bolacha é muito difícil, é mais pão assim... E tomo leite com Nescau®! (M1)

Ah eu gosto de comer chocolate, salgadinho, assim... Barra de chocolate, tomar refri... (M1)

Gosto de bolacha, chocolate, bolo. Eu adoro Yakult®. Quando tem leite condensado, eu pego um potinho pra comer. (F1)

Gosto de batata frita, strogonoff, lasanha, nhoque, lanche e adoro alface. Também gosto de tomar açaí e picolé. Açaí com maracujá. E manga... adoro manga. (F2)

Gosto de pizza, açai, pastel de queijo Ah, todo sábado eu como pastel... Porque na feira perto de casa ali, eu peço dinheiro para minha mãe... ela dá para mim comprar, daí eu compro para mim pros meus irmãos, pra ela. (M1)

Gosto de comer banana, pepino, Miojo®. Gosto de linguiça, bife, picanha, churrasco, carne seca, feijoada, pãozinho, yakissoba... Pizza também é bom, lanches... (M2)

Gosto de frutas... várias, legumes, também. Lasanha, frango assado, arroz e feijão, pizza às vezes. Macarrão sem molho ou com molho branco, chocolate. (F1)

O que eu mais gosto de comer é arroz, feijão, mistura, carne, salada e sempre uma fruta. De verdade, gosto dessas coisas mais do que porcarias. (F1)

Para Fischler, citado por JOMARI et al. (2008) o gosto compreende a interiorização da informação cultural. A transmissão das estruturas culturais da alimentação se dá desde a infância, não sendo, necessariamente, realizada pelo ensinamento direto dos pais para os filhos. A formação do gosto na infância é devida ao processo de aprendizagem, a criança observa o que outro indivíduo faz e tenta imitá-lo. Esse processo, ao se repetir no cotidiano dos grupos sociais, permite contribuir para a formação das preferências alimentares desde a infância. Assim, qualquer indivíduo está susceptível à influência social para a adaptar a seus gostos e, conseqüentemente, às suas escolhas alimentares.

Eu não gosto de comer coisa, tipo carne com gordura assim... E não gosto de fígado! (M1)

Não gosto de chouriço! Eu não gosto de... eu não gosto de... como é o nome daquele negócio verde mesmo? Pepino! Também não gosto de fígado. Jiló e chuchu, também não. (F2)

Eu não gosto de coisa assim, que parece assim...mesmo sendo frito, assim, e não tem nada de gordura, mas tem as vezes por dentro assim... até mesmo o pastel que eu como assim, às vezes vem com muito óleo por dentro e eu não gosto... (M1)

Pepino! Não pepino eu gosto! Pepino eu gosto! Eu não gosto de é...como é que é... pimentão! Couve eu também não gosto, nem alface, chuchu, cenoura e brócolis. (M2)

Não gosto de alface, brócolis, cebola, pepino e nem beterraba. Eu odeio quando a minha mãe coloca cebola na carne... Daí fica aquele cheiro. (M2)

Legumes. Eu não gosto de legumes... milho, ervilha, cenoura, nada disso (F1)

A única coisa que eu não como é beterraba, cenoura e berinjela. (F2)

Ah, eu não gosto de chuchu e de berinjela. Cenoura só gosto crua, não cozida. E gosto do bolo de cenoura. (F1)

Assim como nos grupos focais que antecederam à intervenção, os adolescentes preferem as massas, lanches, doces, salgadinhos, sorvetes e frituras, enquanto as frutas, verduras e legumes figuram entre as aversões alimentares dos adolescentes. No entanto, apenas nos grupos focais realizados ao final da intervenção foram citados, por alguns alunos, as aversões aos alimentos com excesso de gordura e frituras.

6.4.3.6 Propaganda de Alimentos

A propaganda de alimentos é necessária para promover o interesse do consumidor. As indústrias alimentícias têm investido na propaganda de seus produtos para induzir a sua compra e conquistar a fidelidade de novos consumidores, utilizando diversas estratégias em mídias (GAMBARDELLA et al., 2014).

A mídia é outro importante determinante ambiental do comportamento, através de padrões de consumo e da propaganda de alimentos, pois ela induz as necessidades. Desde o início da década de 70, o efeito da propaganda de alimentos nos hábitos alimentares de crianças tem sido alvo de pesquisas. Acredita-se que a televisão, possuindo um grande poder de influência sobre as pessoas é capaz de determinar o consumo de certos tipos de alimentos. (LAUS et al., 2011). Considerando a realidade econômica e cultural, MARTINS et al. (2011), aponta que o sucesso dos anúncios publicitários está atrelado ao nível de correspondência com o grupo social.

Para explicar o método de persuasão e conseqüentemente a conquista do público, Aldrichi definiu o modelo ideal para obter sucesso nas peças publicitárias, com as seguintes etapas: intervir/ativar as expectativas do consumidor (crenças, desejos, saberes...); produzir mensagens que alimentem estas expectativas; induzir a compra; consumo/uso do produto; avaliar as expectativas; expectativas-positivas (satisfação) representam predisposição para a recepção de novas mensagens e a recepção de novas mensagens favorece a fidelidade à marca (MARTINS et al., 2011).

DIETZ e GTMAKER (1985) alertavam já na década de 80, para a influência de comerciais de televisão no comportamento alimentar de crianças

e que o hábito de assistir à televisão está diretamente relacionado às solicitações de compra e ingestão dos alimentos anunciados.

Durante décadas, a televisão vem influenciando o comportamento alimentar dos espectadores por meio de anúncios publicitários vinculando o alimento ao bem-estar, ao poder aquisitivo, ao *status*, à modernidade, à saúde e à felicidade.

As grandes indústrias de alimentos desenvolvem produtos de qualidade, no que se refere aos aspectos sensorial e sanitário; entretanto, esses aspectos não garantem uma dieta adequada (MARINS et al., 2011). DUBOIS (1998) afirma que compreender o consumidor é uma necessidade vital não apenas para as empresas, mas para toda a organização/instituição que se assuma como orientada para os clientes. Sabe-se que as preferências alimentares sofrem alterações ao longo do tempo devido às diferenças no perfil do consumidor que, mais consciente, informado e interessado, acaba obrigando as indústrias alimentícias a desenvolverem pesquisas de opinião para identificar novas necessidades, desejos e expectativas do consumidor para satisfazê-lo, explorando recursos da embalagem, bem como do rótulo do produto, para destacar os possíveis atributos benéficos à saúde.

Estudo realizado por um grupo de especialistas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sobre promoção e publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças na América Latina, identificou 14 estudos que examinaram a natureza, extensão ou os efeitos de publicidade e promoção de alimentos para crianças de países latino-americanos. Esses

estudos demonstram que o *marketing* de alimentos para crianças é repetitivo, extenso e invasivo, formando parte importante do ambiente da criança. Promove alimentos ricos em gordura, açúcar ou sal, visando formar vínculo emocional com as crianças e influencia a solicitação para sua aquisição, preferências individuais e hábitos de consumo (OPAS, 2012)

No que se refere a enfoques por parte do governo, o Brasil é o país mais avançado da América Latina. Recentemente, com a publicação da Resolução 24, de 2010 (BRASIL, 2010b), o governo resolveu orientar, por meio de regulamentação não legislativa, a oferta, propaganda, publicidade e informação de produtos alimentícios comercializados que apresentam quantidades elevadas de açúcar, gordura saturada, gordura *trans* e sódio. A regulamentação vigente obriga a colocação de advertências sobre os perigos do consumo excessivo desses alimentos, por meio de mensagens, relacionando-os ao risco de desenvolver obesidade, cárie dentária, diabetes e doenças do coração.

As experiências internacionais indicam que a implementação de restrições publicitárias para alimentos, a fim de reduzir a exposição, protegendo e promovendo a saúde é viável, prática e aplicável, mas que as políticas precisam ser cuidadosamente elaboradas para terem impacto (OPAS, 2012). Regulamentos para aqueles que anunciam e comercializam produtos alimentares e bebidas para as crianças e adolescentes precisam evoluir da mesma forma que a indústria de alimentos que desenvolve novas técnicas para promover seus produtos (MCGINNIS et al., 2006; MONTEIRO e CASTRO, 2009; WHO, 2010; OPAS, 2012). Resultados de estudo

conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o marketing de alimentos para crianças, apontam que as regulamentações estatutárias e autorregulamentações, específicas para crianças, geralmente formam parte de leis ou códigos de prática que também proíbem publicidade abusiva ou enganosa para todas as faixas etárias. Estas também estão sujeitas aos mesmos mecanismos para implementação e sanção, atuando, na maior parte das vezes, por meio de denúncias e aplicação de penalidades. Opções alimentares saudáveis também necessitam ser incentivadas, apoiadas e protegidas. O apoio a estas opções dependerá essencialmente de políticas fiscais e de abastecimento que aumentem o acesso da população a estes alimentos (WHO, 2010).

Existem poucos estudos sobre o efeito das restrições publicitárias nos hábitos alimentares (HAWKES, 2007; OPAS, 2012). Há ainda escassez de informações sobre como tais técnicas alternativas de *marketing* e a publicidade transfronteira corrompem os efeitos potenciais de tais proibições. Devido a sua natureza interativa, a regulamentação da publicidade eletrônica se torna menos eficaz que em técnicas de publicidade tradicionais, além de ser tema controverso devido à necessidade de evitar a censura, restrição da liberdade de expressão e garantia do direito humano a uma alimentação adequada saudável (HAWKES, 2007).

Como apontado na literatura, o presente estudo observou a influência da propaganda de alimentos no desejo e na aquisição e consumo de alimentos:

Às vezes sim! Às vezes aparecem aqueles lanches lá do Subway®. (F1)

Não, quando eu vejo não, daí só às vezes quando a minha mãe vai no mercado comprar alguma coisa, daí eu vou lá e em vez de eu pegar um monte assim, como bis, assim mostra o bis novo, daí de vez eu pegar um monte assim, eu pego um pacotinho para experimentar...(M1)

Todavia, observou-se que a aquisição dos alimentos desejados pelos adolescentes é, muitas vezes, limitados pelos pais.

É de vez em quando. Às vezes sim, às vezes não! Tipo, um dia lá eu tava lá, aí eu: 'Mãe, compra pra mim', aí passou maior tempo lá, e ela não comprou até agora! (M1)

Mais ou menos. Ah, o meu depende. Depende do quanto custa, né? Depende do dinheiro. E se eu tiver bom na escola, meu pai compra. Às vezes ele fala: quatorze conto, uma porcaria desse tamanho! (F1)

Coisa muito gordurosa minha mãe não compra. Nem muito chocolate. (F2)

A publicidade televisiva de produtos alimentícios, à base de cereais açucarados destinados às crianças e adolescentes, pode ser eficaz no momento em que eles solicitam a aquisição do produto para o responsável pela compra de alimentos na família. Outras abordagens visam mudar o comportamento de compra influenciando crenças e correspondência com determinado grupo social, com peças publicitárias que buscam identidade sob o ponto de vista linguístico, como também a aquisição de valores simbólicos associados ao produto. Existem ainda outros esforços de *marketing* que buscam influenciar as preferências dos jovens a um produto por meio de sua associação a personagens infantis. Todavia, a influência da propaganda de

televisão na preferência de alimentos e bebidas pode ser moderada pelo desenvolvimento cognitivo, que se relaciona com a idade. Crianças menores de 8 anos de idade geralmente não entendem a intenção persuasiva da publicidade ou as implicações. Assim, elas são mais facilmente influenciadas pela propaganda e outras formas de *marketing* que crianças mais velhas (MCGINNIS et al., 2006).

O processo de educação e conscientização realizado com os adolescentes acerca da influência da propaganda de alimentos e a promoção da alimentação saudável gerou uma visão crítica sobre o tema como pode ser observado nos discursos dos adolescentes:

Eu não, eu não compro porque tem personagem... Assim coisas divertidas, eu compro porque eu gosto... porque é bom! Mas às vezes eu como lanche por causa dos bonequinhos... (M1)

Às vezes eu como, eu vejo um comercial de uma comida, e tem um Batman, um Hulk na frente, eu vou querer experimentar o gosto não pelo pacotinho... (M1)

As propagandas são tudo enganosa! É que nem no McDonalds®, tem um negócio, que eles mostram no comercial os lanches maior grandão, bonitão e quando você compra eles são assim maior pequenininho. (M1)

Tem uns comerciais também, que eles só põem brinquedo, figurinha, para as criancinhas verem, e elas vão querer comprar por causa dos brinquedos... (M1)

É eles usam personagens e brinquedos só pra influenciar a pessoa pra comprar mais. Tipo assim, Toddyinho®, aqueles carinhas... (M2)

Ele fala que Nescau® dá energia. Dá nada! Engorda, só. (M2)

É ruim porque é pra gente comprar mais. Faz a gente comprar mais por causa do personagem. Que nem no Sucrilhos®, o Nescau®, se você compra, você ganha um brinde. Daí, você vai comprando até vir um com

brinde. Daí você gasta mais dinheiro e engorda mais. Daí você quer um brinde lá e não vem o brinde. Daí você fica comprando toda hora, daí... (M2)

Eu acho ruim porque tem gente, tem coisa que é muito gordurosa e tem gente que se atrai pelo bichinho que tem na embalagem e fica passando mal. (F1)

É, e também é ruim por causa que tem gente que não tem condição de comprar, daí fica com vontade de comprar. (F1)

Eu acho bobo! Para chamar atenção das crianças! Eu acho que eles têm uma mente muito pequena! Eles têm falta de criatividade. Eles não conseguem vender o produto pelo sabor, eles chamam a atenção das crianças pelos brinquedos! (F2)

Não eles devem ter uma mente muito grande, porque eles conseguem me influenciar. E isso é ruim porque aí as crianças que já tem aquele problema assim de obesidade, às vezes fica vendo e quer. (F2)

Contudo, ressalta-se, como também discutido no documento da OPAS (2012), que os adolescentes são muito suscetíveis à opinião de outras pessoas, inclusive profissionais de marketing e outros adolescentes, mesmo quando compreendem a intenção das comunicações de *marketing*.

6.4.4 Crenças e Conhecimentos

6.4.4.1 Alimentação saudável

Alimentação saudável na ótica dos adolescentes

As primeiras considerações sobre a qualidade da alimentação e a racionalização no uso de alguns alimentos na Europa, no início do século XIX

focaram, primeiramente, a saúde das superalimentadas elites. Mais tarde, países como a Inglaterra e os Estados Unidos começaram a intervir nos padrões nutricionais das classes mais desprivilegiadas e carentes. Tais intervenções tomaram diferentes formas, desde a educação nutricional até os subsídios e a distribuição de alimentos e suplementos para grupos nutricionalmente vulneráveis. (AZEVEDO, 2008).

O desenvolvimento da ciência da Nutrição, no início do século XIX, a partir da descoberta dos nutrientes, influenciou e modificou decisivamente o perfil do que seria uma alimentação saudável, especialmente no que diz respeito à diversificação dos modelos alimentares. As pesquisas científicas preconizavam uma padronização das necessidades nutricionais humanas com base nos conceitos de caloria e na análise quantitativa dos nutrientes (AZEVEDO, 2008).

Em 1917, o Departamento Americano de Agricultura (USDA) distribuiu a primeira publicação de recomendações dietéticas e estabeleceu cinco grupos alimentares: frutas e verduras, carnes e leite, cereais e amidos em geral, doces e gorduras, enfatizando apenas o que o corpo necessitava para funcionar (AZEVEDO, 2008).

No Brasil, as práticas de alimentação saudável foram introduzidas mais tarde, porém seguiram a mesma lógica. Somente nos anos 90, no Brasil, a promoção da alimentação saudável tornou-se foco da educação nutricional, aliando a discussão do acesso ao alimento de qualidade em quantidade suficiente como um direito humano. Hoje, a PNAN amplia os conceitos de

alimentação e estilos de vida saudáveis considerando-se fatores socioculturais e ambientais (AZEVEDO, 2008; SILVA et al; 2012).

A PNAN, em seu atual documento, define a alimentação saudável como:

“a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Deve estar de acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis; com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.” (PNAN, 2011)

A alimentação saudável, na definição dos estudantes, é caracterizada por enfatizar alguns comportamentos alimentares e desencorajar outros, como “comer verduras, legumes e frutas”, “não comer muita bobeira” e “comer menos gordura”. A ideia de balanço em relação à alimentação também foi discutida em termos de hábitos alimentares. Para alguns, hábitos alimentares saudáveis foram resumidos em balanço, dieta variada e consumir alimentos com moderação:

Temos que comer verduras, legumes, frutas. Acho que um pouquinho de tudo. Tem que estar tudo no balanceado, meio a meio, senão não vai! (F2)

Você pode comer tudo, mas tudo com moderação Tipo frutas, arroz, feijão. Não tem que comer só verdura assim, não é sempre que tem que comer isso, tem que às vezes comer um chocolate, porque daí, senão perde a vontade... (M1)

Às vezes, nem sempre todos os alimentos gordurosos não são saudáveis. Tem gordura saudável Tem vários tipos de gorduras... gorduras totais, gordura saturada, gordura trans... A gente precisa de gordura. Nosso corpo precisa de gordura. A carne, se não comer você fica com doenças, muito fraco! Comer com moderação, com limite. (M1)

Temos que comer coisas saudáveis... legumes, verduras, frutas... Coisas que tem pouco sódio. Arroz e feijão, carne, tomate. Tem que ser carne branca, filezinho de peixe no grill... humm... (F2)

Frutas, legumes, grãos, variados, alimentos variados... Carne branca. Tem que comer um pouco de cada. (M2)

Temos que comer iogurte, fruta. Arroz e feijão é saudável. Legumes, fruta, verdura, beber bastante água. Dois litros de água por dia, no máximo de seis a oito copos. (F1)

A gente tem que comer menos gordura, pouco óleo. A gente tem que comer coisas boas, experimentar coisas novas... (M1)

Comer coisas saudáveis, legumes, frutas e verduras. Um pouquinho de arroz e feijão. Coisas não gordurosas, que não engordam. Pouco sódio. Coisas com vitaminas, tipo misturar frutas, tipo banana com laranja. (M2)

Eu acho que a gente tem que manejar no que a gente come, não comer muita bobeira. Bastante água, comer legumes, verdura, fruta. (F1)

Uma descrição de moderação foi comer alimentos, mas com moderação. Outra descrição de moderação e balanço incluía: Ter uma dieta balanceada. Não comer muito de uma coisa e nada de outra. Conceito de balancear e alimentação incluindo alimentos considerados não saudáveis pelos adolescentes: “Você pode comer tudo, mas tudo com moderação”, ou “comer com moderação, com limite”.

O conceito de alimentação saudável foi bastante consistente entre os adolescentes e, geralmente, descrita em termos e alimentos específicos e comportamentos que levam a comer estes tipos de alimentos, de maneira

equilibrada e balanceada. A alimentação saudável também foi descrita por meio de termos de práticas alimentares que enfatizavam alguns comportamentos e desencorajavam outros. Neste estudo, a alimentação saudável foi predominantemente definida como: comer mais frutas, verduras e legumes e ter uma dieta balanceada, além de comer menos gordura, como observado em outros estudos (CROLL et al., 2001).

Autoavaliação das práticas alimentares pelos adolescentes

Apesar de a maioria dos adolescentes apresentarem conhecimentos adequados acerca das recomendações para uma alimentação saudável, ao auto avaliarem a própria alimentação, poucos a consideraram saudável, sendo influenciados pelas recomendações do grupo do qual fazem parte ou que pretendem fazer, optando por alimentos da “moda”, que normalmente são considerados como “besteiras ou bobeiiras”, uma expressão pejorativa que significa comida ruim. As unidades de análise abaixo explicitam tal situação:

Eu acho! Porque minha mãe, ela não deixa eu sempre comer o que eu quero, se eu peço pra ela me dar dinheiro para comprar pão, ai ela fala assim “não é para comprar aqueles pães doce”. (M1)

A minha é saudável, mas eu preciso engordar, então... Eu faço assim, tem um alface aqui e duas carnes aqui. Eu pego as duas carne, depois como o alface. (M2)

Eu tenho. Eu não como muito besteira que meu pai não deixa. Como mais verdura e fruta. (F1)

Eu tenho, porque eu tô fazendo dieta! Dieta de proteína pra eu crescer. (F2)

Eu acho! Todo mundo fala que eu tenho uma alimentação saudável. Eu acho que tenho uma alimentação saudável, porque eu sempre deixo o arroz e feijão de lado, só para comer a salada... Só salada eu como. Não gosto muito de feijão e nem arroz! (F1)

Eu tenho uma alimentação mais ou menos saudável, também! Porque quando eu quero comprar alguma coisa e ela é muito gordurosa, minha mãe fala assim: “Não”. Eu também não gosto muito de... tipo salada, tomate, assim eu não gosto! (M1)

Ah, eu acho que não é 100% saudável a minha alimentação, assim... Porque eu acho que tá mais para coisa doce assim... De vez coisas boas... É muita coisa doce, muita coisa salgada também... Eu fui esses dias no shopping, daí eu fui lá no Burger King®, olhei o lanche e pensei: “Será que eu devo comer”, né? “Será que tem muito sal?” Que eu vi o tanto de sal, de óleo tal... Acabei comendo... Mas comer só um dia não tem problema, né? (M1)

Eu acho que a minha é mais ou menos, porque eu como salada, arroz, feijão... Mas também porque aquele dia que você deu aula para nós, do tanto que pode consumir de açúcar, de sal, às vezes tem uns alimentos que até passa a quantidade que pode consumir naquele dia... (M1)

Às vezes não, tem bobeirinhas... Muito chocolate, muita bolacha! (F2)

Acho que não. Porque eu como muita besteira. E a comida é quase sempre lanche. (M2)

Eu não tenho uma alimentação saudável não! Eu não gosto muito de doce, mas lanche, pastel, pizza eu como bem, mas quando eu pego pra comer, eu como bastante, mas eu não como doce! (M1)

Eu não tenho, eu como tudo fora de hora. Eu como mais fritura, exagero nos doces, comida muitos gordurosas, mas como também excessivamente frutas. (F1)

Não sei... Ela que fala que eu tenho que cuidar do corpo, que eu tenho que cuidar da alimentação, porque se não quando eu crescer eu vou ter dificuldade nisso, dificuldade naquilo... Vou ter problema nisso, vou ter problema naquilo... (F2)

Segundo RODRIGUES & BOOG, o “comer certo” para o adolescente pressupõe a exclusão de todos aqueles produtos que compõem o grupo dos “maus”, o que impede um balanceamento ao se fazer uma reflexão sobre a prática alimentar.

FISBERG (2004) acredita que o problema é que apesar de os adolescentes saberem a importância da alimentação saudável, eles demonstrem pouca preocupação com uma alimentação saudável e com a prevenção da saúde relacionada à alimentação, e isso se deve ao senso de invencibilidade e indestrutibilidade dos adolescentes. Faz-se necessário que essa consciência torne uma prática diária em suas vidas e que, além do prazer pelo alimento, esses jovens aprendam a importância do consumo de uma alimentação balanceada e nutritiva, para no futuro, serem adultos saudáveis.

Dado o nível reduzido de preocupação e da forte influência dos pares sobre as práticas alimentares, mensagens sobre alimentação saudável na adolescência precisam incluir componentes da aceitação pelos pares e a promoção de um método que gere benefícios imediatos (CROLL et al., 2001).

Quando parte-se para a análise da nuvem de palavras, obtida a partir das respostas dos estudantes no questionário sobre a própria alimentação, onde perguntou se, na opinião dos adolescentes eles tinham uma alimentação saudável (sim ou não) e o porquê, percebe-se que as unidades de registro reafirmaram as falas observadas nos grupos focais. Os termos constituídos por palavras com cinco ou mais letras que obtiveram maior frequência nessa análise estão demonstrados na Figura 2.

Entre os que consideraram ter uma alimentação saudável, os termos frutas, legumes, verduras, salada, saudável e adequadamente foram os mais citados pelos adolescentes. Em contrapartida, os que consideraram não ter uma alimentação saudável, termos como bobeira, besteira, gosto, fritura, salgadinho e gordura foram citados mais frequentemente. Em geral, estes termos referem-se a características que os adolescentes identificam como saudáveis ou não, acerca da alimentação.

Analisando os termos citados com maior frequência nas respostas acerca da autoavaliação sobre a alimentação, não foram observadas diferenças e, nos períodos pré e pós intervenção, todavia, as nuvens pós intervenção apresenta um número maior de termos, resultado que pode ter sido influenciado pela ampliação dos conhecimentos, propiciado pela intervenção alimentar e nutricional.

6.4.4.2 Alimentação e Saúde

As atitudes em relação à alimentação voltada para a saúde são circunstanciais, vinculadas a situações e experiências individuais, situações sociais, gosto, hábito, situação econômica, valores, entre outros.

A valorização da atividade física pela mídia, correlacionando-a com a saúde, influenciando na organização do sistema periférico da representação social de saúde para os adolescentes. A função de orientação das condutas é evidenciada, guiando comportamentos, atitudes e práticas dentro de um contexto social específico. Essas práticas constituem um conjugado de ligações entre saber-poder que conseqüentemente produzem múltiplas maneiras de ser e estar e no mundo, e que acaba por influenciar os significados que são atribuídos pelos adolescentes à atividade física na constituição do ser saudável (SILVA et al., 2014).

Evidências científicas atestam a importância da atividade física como promotora de saúde apontando o baixo nível de atividade física como importante fator de risco no desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. A atividade física é uma das possíveis ações para a promoção da saúde. No entanto, por si só, não poderá ter esse fim, pois é preciso atuar sobre os determinantes sociais da saúde.

A atividade física e a alimentação saudável foram as principais práticas relacionadas pelos adolescentes como necessárias para ter saúde:

Atividade física, ter uma alimentação saudável...Comer alimentos bons!
(M1)

A gente tem que fazer uma caminhada, fazer exercício físico. Comer coisas saudáveis Todos os dias. Parar de comer porcarias. (M2)

Fazer bastante exercício, tomar água.Ter uma boa alimentação. Passar protetor solar pra não dar câncer de pele, usar óculos de sol. (F1)

*Fazer atividade física e comer bem. Ter uma alimentação saudável.
Comer tudo que te faz bem! (F2)*

6.4.4.3 Fast-food e Alimentos Industrializados

Na alimentação comercial se observam desde pequenos estabelecimentos até conglomerados de *fast food*, fenômeno originado nos Estados Unidos e difundido mundialmente. As redes de alimentos *fast-food* possibilitaram a massificação de cardápios e indução de novos comportamentos alimentares, difundindo, muitas vezes, formas diferentes de trabalhar com os alimentos, contribuindo para o distanciamento da população com o preparo de alimentos (PROENÇA, 2010).

Para expressiva parcela da população brasileira, há um tempo, era inconcebível alimentar-se fora de casa, de forma rápida, excluindo o arroz e o feijão. Hoje, com a presença do serviço *fast-food*, o qual o maior representante é a rede do McDonald's®, a realidade das grandes cidades brasileiras foi alterada. Hoje, é crescente a oferta deste tipo de serviço, onde prevalece a alta rotatividade, o produto disponibilizado de forma rápida e o serviço classificado pelos consumidores como eficiente (LEAL, 2010).

Em estudo realizado com 4746 estudantes americanos de 11 a 18 anos, observou-se que a frequência de consumo em restaurantes *fast-food* foi positivamente associada com a ingestão de energia total, porcentagem de energia a partir de gordura, porções diárias de refrigerantes, *cheeseburgers*,

batatas fritas e pizza, e foi inversamente associada à porções diárias de frutas, legumes e leite (FRENCH et al., 2001).

Comida rápida! Gordurosa... Que você pode se servir e colocar qualquer coisa que você quiser no prato... Sanduíche! Coca-cola®... McDonald's®, Subway®, Burger King®. Ah! Pizzaria também assim. (M1)
É hambúrguer, batata-frita É tipo McDonald's®, Bob's®, Burger King®... assim, são lugares que a gente paga e come... rápido. (M2)

Comida rápida. Por exemplo, quando você tá com pressa, aí você passa no Habib's®, aí eles, no lugar lá, eles te dão a comida, você paga e vai embora. Como McDonald's®, Habib's®, Lanchonete do Digão. Lanche doa Carlão. Que você paga e leva. (F1)

É lanche, salgado... tudo que é 'gordurento' é fast food! McDonald's®, Subway®, Bob's®... (F2)

Achados de um estudo realizado com estudantes de escolas públicas da cidade de São Paulo, com o objetivo de avaliar a associação de padrões alimentares com alterações metabólicas em adolescentes obesos, apontou que o padrão *fast-food* (cafeteria, hambúrguer, maionese, bolacha, bolos e tortas, chocolate e refrigerantes) estava associado positivamente com o colesterol, lipoproteína de baixa densidade e pressão arterial sistólica e diastólica, e associado negativamente com insulina e lipoproteína de alta densidade (DISHCHEKENIAN et al., 2011).

Após a intervenção, com ampliação dos conhecimentos sobre *fast-food*, os alunos apresentaram uma visão crítica sobre o tema, onde enfatizaram que, apesar de sabor agradável, são alimentos ricos em gorduras, açúcares e sódio e que seu consumo frequente pode acarretar problemas de saúde:

Ele é muito bom... Mas não pra saúde...Cheios de óleo e açúcar, sal! No lanche do Alemão mesmo, você aperta assim, oh! Pinga gordura! É pura gordura! (F2)

É muito bom, mas pra saúde é ruim. Tem muita gordura e pode fazer mal pra saúde.Muito óleo. Pode entupir as suas artérias. Pode também dar colesterol. É ruim pra saúde, só que é gostoso. (M2)

É ruim! Só que assim... todo mundo gosta pelo gosto, eu acho que tudo é pelo gosto assim!!. Mas pode pode piorar sua saúde, porque você pode ficar gordo assim... (M1)

É gostoso, mas eu acho que faz muito mal. É muito gorduroso. (F1)

Alimentos industrializados

A industrialização estabeleceu uma drástica mudança nos meios de produção e consumo. Esse processo resultou em diversas inovações tecnológicas que resultaram na consolidação da indústria de alimentos. Como consequências desse processo, verificam-se maior disponibilidade de alimentos, redução dos preços e aumento da diversidade da oferta (MONDINI et al., 2014).

Nos países em desenvolvimento, com renda em ascensão, as mudanças sofridas no padrão de alimentação têm se caracterizado pelo aumento do consumo de alimentos processados, com elevado teor de gorduras e açúcares. No Brasil, dados da POF apontam que entre 1987 e 2009, houve um aumento de 350% na disponibilidade domiciliar de refeições prontas e misturas industrializadas e 150% na disponibilidade de refrigerantes (MONDINI et al., 2014).

Além disso, a industrialização é percebida como um processo que pode distanciar o alimento das pessoas, por dificultar a percepção da origem e/ ou dos ingredientes que compõem um determinado alimento. O rótulo nutricional, podem causar estranheza pela falta de reconhecimento dos nomes de produtos químicos citados na lista de ingredientes como componentes alimentares. Assim, a recomendação do autor de que – "coma somente aquilo que a sua avó identificaria como alimento" – externa esse estranhamento que vem mediando a relação humana com os industrializados (PROENÇA, 2010).

Alimentos industrializados costumam apresentar uma extensa lista de ingredientes com nomes pouco familiares e não usados em preparações culinárias que incluem sal, açúcar, óleos, gorduras e substâncias de uso exclusivamente industrial como gordura vegetal hidrogenada, óleos interesterificados, xarope de frutose, isolados proteicos, agentes espessantes, emulsificantes, corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários outros tipos de aditivos. Tais alimentos podem ser consumidos ao longo do dia e tendem a limitar o consumo de alimentos *in natura*. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A composição nutricional destes produtos está relacionado ao consumo excessivo de calorias e à dietas pobres em micronutrientes, devendo seu consumo ser evitado.

Sobre o que são os alimentos industrializados, os adolescentes responderam:

São aqueles produtos feitos pelas indústrias, tipo suco de caixinha... Essas coisas. Tem umas coisas para durar aquilo, espessantes. (M1)

O leite, o leite na verdade, ele... faz de conta que ele saiu um dia, ele não tira o leite da vaca e põem direto na caixinha assim, eles passam por um processo pra durar mais. Não é igual. (M1)

Eu entendo que é a maioria das coisas que vem da indústria, que são gordurosas! É Salgadinho! Doces assim é daqueles... paçoquinha, bala, chiclete... (F2)

É porcaria. São coisas que são feitas em fábrica. Tipo salgadinho Essas coisas que contém mais gordura, mais sódio. Hambúrguer, cereal [matinal], macarrão, pão de forma, Miojo®, yakissoba... aqueles que vem no potinho só pra aquecer... (M2)

Tem os sucos de caixinha também, tipo Ades®, refrigerante... (M2)

É quando ele passa por um processo que ele passa pela indústria. Salsicha, linguiça, refrigerante, salgadinho, água com gás. (F1)

Aqueles que não é natural! Tem outros componentes...aromatizantes! Toddy®, Toddynho®, salsicha, Tang®, Hotpocket®, salgadinho... (F2)

6.4.4.4 Rótulo de Alimentos

Rótulo é qualquer informação referente a um produto que esteja transcrita na embalagem. É um elo na comunicação entre produtores e consumidores, principalmente quando se trata da rotulagem de alimentos (PONTES et al., 2009)

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BRASIL, 2002), a rotulagem nutricional é toda descrição destinada a informar ao consumidor sobre as propriedades nutricionais de um alimento,

compreendendo a informação nutricional complementar e os valores de energia e de nutrientes. Sua implementação se deu pelas Resoluções 359 e 360, de 2003 (BRASIL, 2003a, 2003b), e é fonte de informações para assegurar o conhecimento das propriedades nutricionais e da segurança dos alimentos pelo consumidor, contribuindo para o consumo adequado e seguro dos mesmos.

O uso das alegações de saúde nos rótulos de alimentos, conhecidas como *health claims*, tem sido um recurso cada vez mais frequente utilizado pela indústria de alimentos porque torna o produto mais atrativo. Exemplificando, um indivíduo apresentando distúrbio gastrointestinal ou hipercolesterolemia ao ler no rótulo de um produto a informação “auxilia o funcionamento do intestino e ajuda a reduzir o colesterol” e outro, sem essas especificações, escolheria comprar o primeiro. Não é difícil reconhecer a propaganda tendenciosa, induzindo o consumidor a acreditar naquelas funções especiais do produto, sem mesmo saber a quantidade, ou mesmo o modo como deve ingeri-lo. Esta linguagem de saúde pode persuadir o consumidor a ingerir o tal alimento “milagroso” e abandonar o tratamento reconhecido como correto.

Na propaganda e rótulo dos alimentos, não é permitido constar indicações, designações, denominações, símbolos, figuras ou desenhos que induzem interpretação falsa, erro e confusão quanto à origem, procedência, natureza, qualidade, composição ou que atribuíssem características nutritivas superiores às que realmente possuem. No entanto, ela não é praticada pelos membros da principal associação da indústria de alimentação do País

(ABIA), que buscou e obteve uma liminar garantindo a não aplicação das novas regras; a decisão final será emitida pelo Tribunal Federal (OPAS, 2012).

A informação declarada na rotulagem nutricional complementa as estratégias e políticas de saúde em benefício da saúde do consumidor, devendo ser suficientemente clara, correta e precisa. A leitura do rótulo é um instrumento importante na compra de produtos alimentícios. Tendo a rotulagem de alimentos a função de informar, a prática da leitura deve ser exercida pelo consumidor no momento da aquisição do produto.

Estudo realizado em uma cidade da Bahia investigou o comportamento dos consumidores em supermercados varejistas, observando que 81% dos entrevistados informaram ler os rótulos dos produtos alimentícios (52% eram leitores constantes) e 19% não liam nunca. Entretanto, detectaram que 91% daqueles que liam o rótulo observavam apenas o prazo de validade e, 5%, o valor energético do produto (MACHADO et al., 2006). Resultados semelhantes foram encontrados entre os adolescentes no início deste estudo.

Outra pesquisa realizada em um município do Rio de Janeiro avaliou o hábito de leitura e compreensão dos rótulos de produtos alimentícios dos frequentadores de supermercados, evidenciando que os principais problemas na compreensão referiam-se à desconfiança das informações, utilização de linguagem técnica e ao excesso de propagandas veiculadas pelas diversas mídias (MARINS et al., 2008)

A utilização de uma linguagem pouco acessível à compreensão da maioria dos consumidores pode gerar desinteresse pelas informações dos rótulos ou até descrença. Neste sentido, as estratégias de educação e

comunicação são medidas urgentes, podendo servir de estímulo aos consumidores para exercitarem o hábito de leitura dos rótulos. Por outro lado, a indústria de alimentos deve estar compromissada em cumprir os preceitos legais e informar ao consumidor as características inerentes ao produto.

A rotulagem nutricional apresenta um conjunto de informações que nem sempre são esclarecedoras, atrativas e compreensíveis pelos consumidores, mas pode ser utilizada como uma ferramenta para definir hábitos alimentares e determinar a escolha dos alimentos, exercendo um papel educativo. Entretanto, é preciso traduzir tais informações para que não haja interpretações equivocadas.

Geralmente eu to parado na mesa assim, ai eu terminei de comer, eu fico vendo o rótulo, exemplo, tem um refrigerante aqui, eu terminei de comer, daí eu começo a olhar o rótulo... olho os ingredientes, gorduras, calorias... essas coisas. (M1)

O nome do produto, os ingredientes, a validade, a tabela nutricional... Quanto tem de gordura total! (M2)

É, às vezes, muitas vezes eles pegam colocam o sabor desse tamanho grande! O salgadinho... a marca... tudo! E um negocinho, com o óleo, assim, e essas coisas assim de besteira, assim... minúsculo... para você não ler! (M2)

Tinha um salgadinho, que tinha óleo de girassol Fiquei pensando porque vai óleo de girassol num salgadinho. (M1)

Mas assim, eu vejo as coisas do produto assim, que eu sei, do produto que eu sei, que assim eu entendo... gordura, sódio, proteína, ingredientes... Assim, ta um Bis® lá, daí tem o rótulo, daí eu vejo as coisas que eu entendo lá, sobre gorduras totais... (F1)

Eu vejo qual é o mais saudável, comparo as quantidades de calorias, gorduras, sódio... essas coisas... (M1)

Olho aquela tabela lá... pra ver quanto tem de açúcar, de gordura, de sódio... (M2)

Quando tem muita pouca gordura e eu ainda não experimentei, eu compro um para experimentar. Também comparo o que tem mais e o que tem neos gordura... O que tem mais eu sei que é gostoso, mas o que tem menos eu experimento, porque é mais sudável. Se eu não gostar, eu jogo fora. (F1)

Eu sempre olho os ingredientes e os valores diários [recomendados] pra saber se é bom e se é bom pra saúde...(F1)

A minha mãe fica olhando...os ingredientes, carboidrato. Fica olhando as calorias dos pão! (M2)

Meu pai olha o sódio porque ele tem pressão alta... então olho também pra ver se tem muito. Tipo... aquele salgadinho que vem assim... pequenininho... aí mostra assim no pacotinho 100 calorias. E tem um monte de sódio. (F2)

Eu vejo as quantidades de proteína, porque o médica falou que eu preciso comer bastante proteína para crescer. (F2)

Observou-se uma ampliação dos conhecimentos acerca das informações presentes nos rótulos e os alunos passaram a observar a tabela nutricional e os ingredientes presentes no produto, além da validade, como destacada anteriormente. As noções básicas sobre nutrição possibilitaram um maior entendimento sobre as informações dos rótulos. Assim, conclui-se que medidas educativas que possibilitem aos consumidores entenderem o significado das informações transmitidas pelos rótulos dos produtos, torna os capazes de selecionar os seus alimentos de forma mais consciente

De acordo com a situação encontrada, demonstrou-se que campanhas e ações educativas para esclarecer as informações contidas no rótulo, podem

ser meios efetivos na contribuição de escolhas adequadas e saudáveis dos alimentos a serem adquiridos. A qualidade da informação sobre educação alimentar e nutricional deve ser primazia, considerando noções básicas sobre alimentação e nutrição, uma vez que a simples leitura do rótulo não significa, obrigatoriamente, a compreensão das informações, haja visto que muitos desses produtos apresentam informações confusas e/ou insatisfatórias, destinando maior destaque ao aspecto comercial.

Segundo a definição da ANVISA, alimentos dietéticos são aqueles especialmente formulados e/ou padronizados de forma que sua composição atenda às necessidades dietoterápicas especiais de indivíduos com exigências físicas, metabólicas, fisiológicas e/ou patológicas particulares. São geralmente utilizados em dietas de restrição, devendo ter a total ausência de um determinado ingrediente, como carboidrato(sacarose), proteína, gordura ou sódio (BRASIL, 1998). Segundo a mesma agência, é considerado alimento *light* aquele que tem uma redução mínima de 25% de atributos específicos, como calorias, açúcar, sal, gordura, carboidrato e colesterol. Os produtos possuem teor reduzido de nutrientes ou de valor energético quando comparados à versão tradicional do produto (BRASIL, 2012).

Em estudo realizado com 150 consumidores do município de Caxias do Sul (RS), para verificar o entendimento dos rótulos, observou que em relação ao conhecimento do conceito *diet*, a metade (56,0%) da população respondeu ser ausência somente de açúcar; quando perguntados sobre a recomendação do uso dos produtos *diet*, a opção 'para doenças específicas (como diabetes, colesterol, hipertensão)' foi a mais mencionada (74,7%) pelos participantes.

Em relação aos produtos *light*, notou-se um elevado percentual de consumidores que responderam que o produto *light* é aquele que tem ‘ausência de gordura’ (27,3%) ou é ‘sem calorias’ (21,3%). Quando perguntados sobre a recomendação do uso dos produtos *light*, a resposta ‘para uma alimentação mais saudável’ foi a mais encontrada (48,0%).

Neste estudo, resultados semelhantes foram observados com relação ao conhecimentos dos adolescentes sobre os produtos *diet*, *light* e zero.

É sem açúcar! É sem gordura! Sem... São as coisas que nem a Coca-Cola® zero. (M1)

Tem menos gordura. Alguns não tem açúcar. Acho que é o diet. Light é o que engorda menos? Tipo manteiga light. (M2)

Diet é coisa para dieta. Light é um pouco mais saudável, menos calórica, coisa sem muito açúcar. (F1)

O diet é.... menos porcentagem de açúcar! O Zero, a marca retira algum ingrediente para ficar mais saudável! E o light.... acho que é pra engordar menos... (F2)

Apesar de o tema ter sido discutido durante as intervenções, a complexidade do tema necessitava de uma abordagem mais aprofundada para esclarecer os conceitos que ainda apresentavam-se confusos. Todavia, ao serem questionados pra que servem estes produtos, notou-se que alguns adolescentes apresentaram uma visão crítica sobre o tem:

É bom porque é coisa com menos gordura, menos sódio. Servem pra pessoas quem tem diabetes, também. (F1)

Tem muitos, que são mentira! Mas tem muitos que são verdade, pra alguma doença. Alguns são só para chamar atenção pras pessoas comprarem mais. Pra ganharem mais dinheiro. É a pessoa que quer emagrecer, ou tá obesa então compra aquilo que ela tá vendo... ela come aquilo, daí ela gosta e passa a comer mais e mais, e engorda do mesmo jeito. (M1)

Servem para emagrecer, são um pouco mais saudável porque tem menos açúcar, menos gordura, sei lá. Mas tem alguns que tem mais sódio. (F2)

Para emagrecer? Eu acho que não adianta para nada porque às vezes é verdade, as vezes não é... Tomara que daqui alguns anos não tenham mais essas propagandas enganosas, ou também aquelas propagandas que você tá pensando que está emagrecendo, mas você não tá emagrecendo. Tá só piorando a sua saúde... Porque qualquer coisa que você consumir em excesso é ruim! (M2)

6.4.5 Barreiras para Alimentação Saudável

6.4.5.1 Determinantes da Alimentação na Adolescência

O Guia Alimentar para a População Brasileira ressalta que o acesso a informações confiáveis sobre características e determinantes da alimentação adequada e saudável contribui para que as pessoas, famílias e comunidades ampliem a autonomia para fazer escolhas alimentares e para que exijam o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para conhecer as barreiras percebidas pelos adolescentes para adoção de práticas alimentares saudáveis, discutiu-se o que seria mais

difícil para eles mudarem na própria alimentação, caso julgassem necessário:

O que seria mais difícil de mudar é comer esses lanches. Ah, parar de comer coisa doce! É muito difícil ninguém consegue. Não! Tem gente que consegue, mas assim, muito difícil para nós crianças... Eu já consegui ficar alguns dias sem comer doce, mas muito difícil. (M1)

Perder a batata frita que minha mãe faz. A mandioca assada. Tirar as coisas boas, tipo, as besteiras. (M2)

Tudo! Parar de comprar o salgadinho, comer batata frita. Tem um moleque lá na minha rua que todo dia ele compra salgadinho. Ele vem com uma cestinha, assim, de salgadinho. (M2)

Parar de comer doce, bobeira... Parar de comer chocolate, com leite condensado e morango. Gordura, fritura... parar de comer. (F1)

Comer doce, comida ensacada, Miojo®, salgadinho... esses negócios assim... (M1)

Mais difícil? É eu parar de comer chocolate... Parar de comer bala, refrigerante, salgadinho. (M1)

Acho que os legumes... Acostumar com o gosto... Não comer bobeiras, chocolate. (F2)

Acho que eu não teria dificuldade não, porque se meus pais me auxiliam a ser persistente. (F2)

Observou-se que a maior parte dos adolescentes relatou que excluir ou diminuir os “junk foods” da dieta, seria a prática mais difícil de ser adotada. O hábito, ou costume, de consumir tais alimentos desde a infância, foi a principal causa apontada pelos adolescentes para esta barreira.

Porque a pessoa tem costume de comer assim, de beber... O gosto é bom, e ela tem o costume de comer ela gosta. Aí fica difícil. (M1)

Porque a gente já acostumou a comer essas coisas e a gente não acostumou a comer vegetais. (M2)

Ah, porque é muito gostoso. Porque a gente já nasceu comendo essas coisas, já é viciada. (F1)

É difícil porque você tá acostumado a comer essas coisas. Porque é bom. Porque umas coisas são gostosas, outras não. (M2)

Porque às vezes também, um amigo magrinho... e você tá fazendo dieta, e ele comendo assim um hamburgão... Faz dois meses que eu estou sem tomar guaraná e eu vou numa festa e ficam bebendo guaraná na minha frente... (F2)

Ainda que haja diversidade de alimentos no mercado, o hábito é uma estrutura do campo doméstico, da tradição e que implica reproduzir sensações mais conhecidas.

Como meio para realizarem esta mudança, os adolescentes apontaram que a moderação e/ou redução no consumo seria a alternativa viável:

Se ocupar com outras coisas... Não tomar muito, assim direto, direto... Às vezes refrigerante assim, ao invés se você tomar uma latinha, às vezes você tomar um pouco assim, só de vez em quando... Eu mesmo prefiro tomar às vezes... uma latinha por semana assim... (M1)

O hambúrguer, por exemplo, em vez de comer todo dia, comer um dia só da semana, tipo, comer pizza só de sábado, ou uma vez por mês, por semana. O meu, pizza e lanche é sábado. Só sábado. Pizza e lanche. (M2)

Ir comendo aos poucos, diminuindo a quantidade, tipo, até se acostumar. (M2)

Tentar de pouquinho em pouquinho ir largando essas coisas. Devagar e sempre. Fazer um pouquinho de esforço pra conseguir. (F1)

Sair... ir andar de bicicleta... Tipo eu tô comendo muito aquela comida, daí sempre naquela hora, ou quando não tem nada para fazer, eu vou lá comer, entendeu? (M1)

Então, tem que querer pra se esforçar. De grão em grão, a galinha enche o papo. (F1)

Experimentar outras comidas saudáveis, exemplo, yakissoba é saudável, tem um pouco de sódio, admito. Mas não é tão gorduroso assim, você pode comer e é gostoso! (M1)

Ressalta-se aqui a fala do adolescente que aponta a responsabilidade da família na aquisição e disponibilidade dos alimentos nos domicílios, podendo auxiliá-los nestas questões:

Comprando menos coisas. Se a mãe não compra, a gente acaba não comendo? (F1)

Novamente, a família foi ressaltada pelo adolescente como peça fundamental no auxílio e na promoção de práticas alimentares saudáveis entre os jovens, sendo a mãe responsável pela compra e preparo dos alimentos:

A mãe ela pode ajudar muito, sabe por quê? Às vezes, a mãe, ela dá dinheiro para comprar bala assim, só que aí ao invés dela dar, ela para e ele não compra muito doce assim... (M1)

E também é a mãe que faz a comida, daí ela faz alimentos mais saudáveis (M1)

A minha mãe, o meu pai, os amigos, os parentes... a nutricionista: orientando, dando conselhos, a família: diminuindo as quantidades que compram. Comprando menos coisas gordurosas. (F1)

Minha mãe, meus irmãos, o meu pai assim... Ah os parentes, eu acho que qualquer pessoa... Até um amigo. A pessoa vê que você tá gordo, que você tá comendo todo dia aquela hora, ela dá um conselho para você, se você comer mais esse negócio você vai engordar! (M1)

Os nossos pais, porque não adianta a gente estar tentando mudar a alimentação se os pais estão comendo as coisas na sua frente... Dando dinheiro pra você comprar. A força da família é importante... dando conselho, ajudando, também tendo uma alimentação saudável, aí ia incentivar mais a gente. (F2)

Familiares, amigos, professores, o nutricionista. Dando conselho e a mãe fazendo. Falar pra não comprar mais. Ou te proibir de comprar. Ajudar a praticar mais atividade física, a parar de comer muita besteira. Todo mundo ajudando. Quando um aprende, todo mundo aprende. (M2)

O amigo também tem que ajudar. Tipo, a gente tá de dieta, tá tentando é... Comer, sem comer alguma coisa. O amigo vem lá, come na nossa frente, deixa a gente com vontade. A gente fica com vontade, vai lá e come. (F1)

A nutricionista informando o tanto de gordura, dando instruções... falando, ensinando... (F1)

A influência dos pares também é observada na fala do adolescentes e, ainda que não discutido durante as atividades, o nutricionista apareceu com o importante papel de auxiliar nas mudanças alimentares por meio de orientações e ampliação dos conhecimentos dos adolescentes sobre alimentação e nutrição.

6.4.6 Avaliação do Programa pelos Estudantes

Analizando as respostas acerca do que os adolescentes consideraram mais importante em relação ao que aprenderam ou ao que foi discutidos

durante o programa de educação alimentar e nutricional, podemos classificá-las em 4 categorias: importância da leitura dos rótulos e dos conhecimentos sobre alimentos industrializados e *fast-food*; importância da alimentação saudável; conhecimentos sobre a quantidade de gordura dos alimentos; e a ampliação do conhecimento geral sobre alimentação e nutrição:

Sobre os conhecimentos sobre rótulos, *fast-food* e alimentos industrializados, os adolescentes ressaltaram:

“Aprender sobre alimentos industrializados e fast-food porque me influenciou a não comer tanto no fast-food”.
(J.P.A.R., 11 anos)

“Dos tipos de comidas e o que eu achei mais importante foi que os fast-foods não é nenhuma comida saudável, mesmo o comercial falando”.
(M.R.L.J., 12 anos)

“Eu aprendi a visualizar o rótulo e saber o quanto de açúcar e sal há no alimento que você está digerindo”.
(B.A.O.R., 12 anos)

“O que eu devo comer e o que eu não devo e sempre ver os rótulos”.
(L.C.P., 11 anos)

“Que os alimentos industrializados são cheios de açúcar e gordura, que não é bom ir em fast-food”.
(R.S.M., 11 anos)

“Aprender sobre os alimentos industrializados, porque mostra o que devemos olhar antes de comer”.
(L.M.S.C., 11 anos)

“Eu aprendi que bolachas, lanches, tem muito óleo e sódio”.
(B.A.S., 11 anos)

Com relação à alimentação saudável, os adolescentes enfatizaram:

“Os cuidados que devemos ter com alimentação, para nos alimentarmos melhor”.

(B.R., 11 anos)

“Eu aprendi que ter uma alimentação saudável é super importante para nosso desenvolvimento”.

(A.B., 12 anos)

“Sobre alimentação saudável, que não podemos comer em exagero”.

(Y.B.L., 11 anos)

“Aprendi sobre a alimentação saudável, que preciso comer bastante frutas, etc. e diminuir os doces, coisas gordurosas”.

(T.F.R., 11 anos)

“Que nós temos que ter uma alimentação saudável, que muitos alimentos tem muitas gorduras”.

(G.S.L., 12 anos)

As quantidades de gorduras, açúcares e sódio chamou a atenção de alguns estudantes, que os relacionaram entre os conhecimentos mais importantes que obtiveram durante o programa:

“De saber a quantidade de gordura dos alimentos”.

(S.M., 12 anos)

“Das gorduras, da quantidade de açúcar que tem nos alimentos que pode levar você a obesidade”.

(J.P.O., 11 anos)

“A quantia de gorduras nos alimentos que podem engordar. Tomar cuidado com a quantia de gorduras nos alimentos”.

(T.A.L., 11 anos)

Na ótica de alguns adolescentes a ampliação do conhecimento geral sobre alimentação e nutrição foi o mais importante do programa educativo:

“As atividades fast-food, os energéticos, os alimentos construtores. O fast-food, porque todos pensam que tem menos gordura e menos caloria, mas tem muita caloria, óleo e sal”.

(R.D.C.J., 11 anos)

“Apreendi como se alimentar bem, grupo dos energéticos, construtores, etc, eu achei importante ver no rótulo para saber se é saudável ou não. (é bom comer gordura, sal, açúcar, mas de maneira certa)”.

(M.T.F., 11 anos)

Ao serem questionados se teriam vontade em mudar alguma coisa na própria alimentação após as atividades de intervenção, apenas 4 alunos não estariam motivados à realizar mudanças. Entre as mudanças que os adolescentes relataram, as mais citadas foram reduzir o consumo de guloseimas (“besteiras” ou “bobeiras”, na linguagem dos adolescentes) e de frituras e alimentos gordurosos.

“Sim, as bolachas, chocolate e sucrilhos”.

(L.C.F.S., 11 anos)

“Sim. Eu quero comer coisas menos gordurosas que eu costumava comer com frequência”.

(A.B., 12 anos)

Sim, comer mais verdura e legume e menos batata frita.

(R.D.C.J., 11 anos)

“Sim, alguns lanches gordurosos como comer no fast-food”.

(K.C., 11 anos)

Alguns alunos citaram mudanças mais genéricas como “ter uma alimentação saudável e balanceada”. A leitura dos rótulos para a escolha de alimentos mais saudáveis e o aumentar o consumo de frutas e vegetais foram outras importantes intenções de mudanças no comportamento alimentar citadas pelos adolescentes.

“Sim, comer as coisas que são mais saudáveis olhando o rótulo”.
(B.A.O.R., 12 anos)

“Sim, algumas coisas, começar a comer mais frutas, legumes e parar de comer muita bobeira”.
(C.O.A., 11 anos)

“Sim, é que já comecei a comer mais frutas e legumes, e menos gordura”.
(A.R.D., 12 anos)

“Sim, comer menos gordura, fritura e doce, beber mais água do que eu bebo no dia a dia, olhar embalagens para ver se é natural”.
(B.B.A., 11 anos)

6.5 AVALIAÇÃO FORMATIVA

A fim de proporcionar informações acerca do desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem, com o intuito de orientar o educador para que possa realizar ajustes das atividades para as características do grupo, foi realizada a avaliação formativa (ou de processo) do programa de educação nutricional. Essa avaliação contribuiu para melhorar a aprendizagem, ao

favorecer o diálogo entre educador e educando, fundamentado em dados e observações consistentes do processo.

6.5.1 Implementação do Programa

A implementação do programa e as atividades aconteceram de acordo com o planejamento inicial. Como o programa foi planejado e desenvolvido pelas próprias pesquisadoras envolvidas no projeto, quando notada a necessidade ajustes, os mesmos visaram facilitar ou corrigir métodos e técnicas que apresentaram alguma dificuldade de realização no campo. No entanto, tais ajustes foram sempre pensados e discutidos para que os objetivos e metas do projeto fossem atingidos e sem prejudicar o andamento do programa.

Embora outros espaços da escola estivesse disponível para uso, optou-se por realizar a maior parte das atividades nas própria salas de aula, a fim de evitar a necessidade de agendamento prévio destes espaços e o deslocamento dos alunos para fora de aula, comprometendo o tempo previsto para atividade, além das possíveis intercorrências neste processo.

Observou-se que em algumas das atividades, e para algumas turmas, o tempo previsto para a atividade foi insuficiente. Um tempo maior de atividade propiciaria a ampliação dos debates e discussão, além de esclarecer mais dúvidas sobre os temas.

Os materiais e recursos necessários para a realização do programa e das atividades de intervenção foram previamente acordados com a escola

para que estivessem disponíveis na data solicitada para a realização das atividades. A maior parte dos materiais utilizados nas atividades foram providenciados pelas pesquisadoras.

O cronograma de atividades foi planejado de acordo com os horários de aulas das três turmas de 6^{os} anos da escola, evitando que alguma turma tivesse um número menor de aulas de alguma disciplina prejudicando o conteúdo programático da disciplina no semestre, uma vez que as atividades eram realizadas no período de aula. Todavia, houve a necessidade de algumas modificações no cronograma do projeto devido à realização de provas mensais, trabalhos e atividades realizadas fora da escola, naqueles dias previamente definidos para as atividades educativas.

6.5.2 Resposta do Ambiente

As atividades de promoção da alimentação saudável foram desenvolvidas num ambiente apolítico e agradável, com boa receptividade e ampla colaboração dos pais, da direção da escola e dos professores, para que as atividades fossem realizadas no período de aula.

Alguns professores colaboraram na realização de algumas atividades e mostraram interesse sobre as temáticas trabalhadas, auxiliando no desenvolvimento do programa de educação alimentar e nutricional.

A comunidade escolar apoiou e colaborou com o projeto diante dos obstáculos encontrados no decorrer do projeto.

A direção e a coordenação da escola destacaram a importância do programa para os professores, que por sua vez, auxiliaram na divulgação dos materiais produzidos pelos alunos em toda a comunidade escolar.

6.5.3 Resposta do Receptor

Os alunos mostraram-se participativos e colaboraram para o êxito das atividades. Observou-se ampliação nos conhecimentos, interesse e participação dos alunos ao longo das atividades do programa.

Ao final do programa, solicitou-se aos alunos que respondessem à uma avaliação sobre o programa de educação alimentar e nutricional e sobre as atividades, em específico (ANEXO 3).

Para avaliação das atividades, os alunos forneceram notas de 0 a 5 para as atividades das quais participaram, sendo 0 a menor nota e 5 a maior nota. A aceitação média das atividades ($\text{nota} \geq 4$) foi de 75,2%. Os resultados da aceitação das atividades estão apresentados na tabela 7.

Solicitou-se também, que indicassem qual das atividades mais gostaram e a que menos gostaram. As atividades: 4) Jogo da alimentação saudável e 6) Você sabe o que está comendo?, foram eleitas, respectivamente, por 30,9 e 25,5% dos estudantes como as que mais gostaram. Em contrapartida, 16,4% dos estudantes disseram que a atividade 2) Função dos alimentos - Os Construtores, foi a que menos gostaram. Ainda sobre as preferências das atividades pelos alunos, 23,6% disseram ter

gostado de todas as atividades, não sabendo escolher a que mais ou menos gostaram.

Tabela 7 Aceitação das atividades de intervenção. Estudantes do 6º ano de uma escola municipal de São José dos Campos, 2014.

Atividades	Nota ≤3		Nota = 5		Média das notas
	n	%	n	%	
1) Alimentação do Juquinha	17	30,9	26	47,3	4,1
2) Função dos alimentos - Os Construtores	18	32,7	20	36,4	3,8
3) Função dos alimentos - Reguladores e Energéticos	5	9,0	38	70,9	4,7
4) Jogo da alimentação saudável	14	25,9	24	44,5	4,1
5) Vamos ler os rótulos?	16	30,0	25	45,5	3,9
6) Você sabe o que está comendo?	12	21,8	36	65,5	4,4
7) Alimentação de 1 dia	15	27,3	23	42,8	4,1
8) Estratégia em defesa da alimentação – Jornal	11	20,7	33	59,8	4,2

Os alunos foram favoráveis ao programa e à inclusão da educação alimentar e nutricional no currículo escolar, quando questionados se gostariam que atividades como estas para incentivar a alimentação saudável continuassem na escola. A ampliação do conhecimento, conscientização e a autonomia para escolhas alimentares mais saudáveis foram alguns pontos importantes destacados pelos adolescentes:

Sim, para mostrar para as outras pessoas que não é só comer, você tem que comer moderadamente.

(Y.L., 11 anos)

Sim, para que todos nós fossemos mais conscientizados nas escolhas de refeições saudáveis.

(A.C.S., 11 anos)

Sim, porque é legal aprender a quantia de gordura nos alimentos.

(T.L., 11 anos)

Sim, porque há muitas crianças que precisam dessa orientação.

(M.S., 11 anos)

Sim, porque é muito legal participar das atividades e aprender mais as coisas sobre alimentação.

(G.L., 12 anos)

Sim, porque no decorrer desse ano eu melhorei minha alimentação.”

(T.F., 11 anos)

Sim. Porque aprender a se alimentar bem é uma lição para a vida toda.

(J.M., 11 anos)

Na perspectiva do autocuidado, a alimentação foi um importante fator considerado pelos adolescentes para a promoção de saúde:

Sim, porque é muito importante cuidar da nossa alimentação.

(L.S., 11 anos)

Sim, porque nos ajuda a ter uma saúde boa e um corpo saudável.

(L.C.S., 11 anos)

Sim, porque iria ser muito importante ter uma vida saudável.

(V.H.C., 12 anos)

Sim, para que aprendamos mais como se alimentar e viver bem.

(B.R., 12 anos)

Sim. Porque ajuda os alunos a não comer bobeira e menos gorduras.

(G.S., 13 anos)

O autocuidado compreende todas as ações e decisões que uma pessoa executa para prevenir, diagnosticar e tratar uma enfermidade. Inclui ainda todas as atividades individuais destinadas a manter e melhorar a saúde. Neste sentido, é fundamental que os indivíduos tenham conhecimento das práticas relacionadas a uma vida saudável (CERVATO, 1999).

Muitos alunos relacionaram a importância da continuidade das atividades à prevenção e combate das crescentes prevalências de obesidade na população:

Sim, porque hoje em dia a porcentagem de crianças e adolescentes obesos é altíssima. E acho que esse projeto está incentivando a ter uma vida mais saudável.
(L.S., 11 anos)

Sim, porque muitos alunos tem uma alimentação ruim e existem muitas crianças acima do peso.
(I.G., 12 anos)

Sim, porque ajuda a gente ver realidade da obesidade.
(R.A., 11 anos)

Sim, para crianças não terem doenças, problemas e serem saudáveis.
(K.C., 11 anos)

6.5.4 Resposta do Executor

Durante a execução das atividades do projeto foram identificadas algumas inadequações que foram corrigidas pela equipe no momento da

execução, sempre que possível. Na impossibilidade, as correções foram realizadas para as atividades com as turmas seguintes.

A realização das atividades de intervenção, realizadas separadamente, em cada uma das três turmas, propiciou a observação das semelhanças e diferenças entre elas, além de uma maior aproximação dos alunos, uma vez que era um número menor de alunos por atividade.

Nas atividades em grupo, havia sempre um educador auxiliando o grupo e esclarecendo as dúvidas. Durante as discussões, um educador era responsável por conduzir, enquanto os outros observavam e auxiliavam os grupos.

6.5.5 Competência do Pessoal de Campo

A equipe de pesquisadoras-educadoras atingiu as expectativas quanto a competência no desenvolvimento das atividades de campo, ainda que limitações quanto aos conhecimentos sobre teorias educativas e práticas pedagógicas tenham sido observadas no decorrer do programa, uma vez que nenhuma delas possuíam formação na área pedagógica. Neste sentido, um profissional da área, poderia auxiliar na elaboração e desenvolvimento das atividades por meio da criação e/ou execução de diferentes práticas

pedagógicas e didáticas mais apropriadas para a faixa etária que facilitassem a aprendizagem, além de auxiliar na melhor condução dos alunos.

6.6 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo possibilitou o conhecimento de informações ricas e detalhadas a partir de adolescentes usando a metodologia de grupo focal. Os adolescentes participaram e foram o centro de todas as etapas do estudo, desde o diagnóstico, onde foram investigados os conhecimentos e práticas alimentares dos estudantes em relação à alimentação e durante a intervenção, onde em todo momento os adolescentes eram ouvidos e incentivados a identificar como aqueles conhecimentos se aplicariam em sua prática cotidiana. Ao final da intervenção no processo de educomunicação, os adolescentes produziram um jornal que serviu para a reflexão acerca dos meios de comunicação e de como fornecer mensagens educativas sobre o que aprenderam, transmitindo o conhecimento para os seus pares de forma clara. Nesse sentido, as pesquisadoras acreditam que a inclusão dos adolescentes em todo processo de construção da intervenção nutricional educativa foi fundamental para a efetividade do projeto.

Os procedimentos de coleta e análise de dados foram cuidadosamente planejados e executados a fim de manter a validade dos resultados. No entanto, é importante lembrar que embora, os grupos focais possuem a vantagem de fornecer em profundidade, uma enorme quantia de informações, eles são difíceis de analisar e devem ser levados em consideração. Alguns

grupos apresentaram ampla discussão, enquanto outros discutiram menos e apresentaram alguns comentários mais superficiais. O processo do grupo de discussão e interação pode ter sido influenciado por relacionamentos com seus pares e pela capacidade de cada aluno em expressar suas opiniões individuais no contexto em grupo. Este contexto de interação entre pares pode resultar em alguns indivíduos não expressarem as suas opiniões pessoais tão claramente ou vigorosamente, quanto outros. Portanto, as opiniões definidas e apresentadas por esses adolescentes não podem ser consideradas representativas de todos adolescentes e devem ser consideradas no contexto em que foram discutidas.

A escola apresentava algumas características em particular que não são presentes em outras escolas. Os alunos permaneciam na escola em período integral, cerca de 8h, e realizavam de 2 a 3 refeições neste ambiente: lanche da manhã, onde poderiam optar por adquirirem os alimentos na cantina, levarem alimentos de casa, ou comerem a merenda fornecida pela escola. No almoço os estudantes se alimentavam da comida fornecida pela escola e no lanche da tarde, realizado apenas por parte dos estudantes, também poderiam optar pelas 3 opções, como no lanche da manhã. Além destas questões que poderiam influenciar a prática alimentar e estado nutricional desta população, no período da tarde eram realizadas diversas atividades nos ateliês que podem ter influências positivas sobre os conhecimentos de nutrição e na visão crítica dos alunos.

CONCLUSÃO

O programa de educação alimentar e nutricional proposto foi considerado efetivo na ampliação dos conhecimentos de temas relevantes em alimentação e nutrição na medida em que os objetivos foram atingidos.

Os adolescentes foram capazes de classificar corretamente ao menos 80% dos alimentos, entre os grupos alimentares: construtores, reguladores, energéticos e extraenergéticos. Apenas 1 grupo não atingiu a meta estipulada.

A preferência pelo consumo de frutas, verduras e legumes em detrimento das guloseimas, refrigerantes e alimentos industrializados foram citados pelos adolescentes como componentes da alimentação saudável, além do balanço, da variedade da dieta e do consumo com moderação.

A validade do produto, os ingredientes e a tabela nutricional foram os elementos presentes nos rótulos mais citados pelos adolescentes.

Os adolescentes foram capazes de conceituar os alimentos *fast-food* com comida rápida e pronta para consumo, citando exemplos e relacionando-os, juntamente aos alimentos industrializados, a elevadas quantidades de gorduras, açúcar e sódio. Os adolescentes apontaram o consumo de tais alimentos como fatores de risco para obesidade e doenças cardiovasculares.

Durante a elaboração do jornal, os adolescentes resgataram os conhecimentos aprendidos durante o programa de educação alimentar e nutricional e adaptaram à própria linguagem para que fossem compartilhados com toda a comunidade escolar.

REFERÊNCIAS

ASBRAN - Associação Brasileira de Nutrição. Histórico do nutricionista do Brasil. 1939-1989. Coletânea de depoimentos e documentos. São Paulo: Editora Atheneu; 1991.

ADA - American Dietetic Association. Position of ADA, Society for Nutrition Education, and American School Food Service Association. Nutrition Services: an essential component of comprehensive school health programs. J Am Diet Assoc. 2003;103(4):505-14.

Albuquerque OMR, Martins AB, Modena CM, Campos HM. Percepção de estudantes de escolas públicas sobre o ambiente e a alimentação disponível na escola: uma abordagem emancipatória. Saúde Soc. 2014; 23(2): 604-15.

Almeida SS, Nascimento PC, Quaioti TC. Amount and quality of food advertisement on Brazilian television. Rev Saude Publica 2002;36:353-5.

Azevedo E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. Rev Nutr. 2008;21(6):717-723.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bayer O, Von-Kries R, Strauss A, Mitschek C, Toschke AM, Hose A, *et al.* Short- and mid-term effects of a setting based prevention program to reduce obesity risk factors in children: A Cluster-randomized trial. Clin Nutr. 2009;28(2):122-8.

Bezerra IN, Souza AM Pereira RA, Sichieri R. Consumo de alimentos fora do domicílio. Rev Saúde Pública. 2013;47(1Supl):200S-11S.

Bizzo MLG, Leder L. Educação nutricional nos parâmetros curriculares nacionais para o ensino fundamental. *Rev Nutr.* 2005;18(5):661-7.

Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde: busca de espaço para ação efetiva. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1996.

Boog MCF. Educação nutricional: passado, presente e futuro. *Rev Nutr.* 1997;10(1):5-19.

Boog MCF, Viera CM, Oliveira NL, Fonseca O, L'Abate S. Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: "comer... o fruto ou o produto?". *Rev Nutr.* 2003;16(3):281-93.

Boog MCF. Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental da zona rural. *Rev Nutr.* 2010;23(6):1005-17.

Boog MCF. Educação nutricional como disciplina acadêmica. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, coordenadores. *Mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 74-83. (Nutrição e Metabolismo).

Bosi MLM. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. *Cad. Saúde Pública.* 1994;10(4):446-56.

Brasil. Decreto-Lei nº 2.478 de 5 de agosto de 1940. Cria o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. *Coleção de Leis do Brasil*. 07 ago 1940.

Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Ação educativa: diretrizes. In: *Encontro de Experiências de Educação e Saúde*.

Brasília (DF): Divisão Nacional de Educação em Saúde; 1981. [Educação e Saúde, 1].

Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria nº 29, de 13 de janeiro de 1998. Regulamento técnico para fixação de identidade e qualidade de alimentos para fins especiais. Diário Oficial da União. 13 jan 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução RDC nº 40, de 08 de fevereiro de 2002. Aprova o regulamento técnico para rotulagem de alimentos e bebidas que contenham glúten. Diário Oficial da União. 13 fev 2002; Seção 1; (29): 34.

Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução RDC nº 359, de 23 de dezembro de 2003. Aprova o regulamento técnico de porções de alimentos embalados para fins de rotulagem nutricional. Diário Oficial da União. 26 dez 2003a; Seção 1; (251): 28.

Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução RDC nº 360, de 23 de dezembro de 2003. Aprova o regulamento técnico sobre rotulagem nutricional de alimentos embalados. Diário Oficial da União. 26 dez 2003b; Seção 1; (251): 33.

Brasil. Resolução CFN nº 380/2005, de 9 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 10 jan 2006; Seção 1.

Brasil. Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Diário Oficial da União. 9 mai 2006; Seção 1:113.

Brasil. Decreto no. 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 ago 2010; Seção 1:6 (Publicação original).

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 24, de 15 de junho de 2010. Aprova o regulamento técnico que estabelece os requisitos mínimos para oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional. Diário Oficial da União. 29 jun 2010b; Seção 1; (122): 46.

Brasil. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015. Brasília (DF): MDS; Consea; 2011 [acesso em 14 nov 2012]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/publicacoes/livros/plano-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-2012-2015/plano-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-2012-2015>

Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução nº 54, de 12 de novembro de 2012. Regulamento técnico sobre informação nutricional complementar. Diário Oficial da União. 12 nov 2012.

Burlandy L. Segurança alimentar e nutricional: intersectorialidade e as ações de nutrição. Saúde Rev. 2004;6(13):09-15.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-77.

Caroba DCR. A escola e o consumo alimentar de adolescentes matriculados na rede pública de ensino. [dissertação de mestrado] Piracicaba: Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da USP; 2002.

Carvalho AP, Oliveira VB, Santos LC. Hábitos alimentares e práticas de educação nutricional: atenção à crianças de uma escola municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais. Pediatría (São Paulo). 2010;32(1):20-7.

Castro IRR, Levy RB, Cardoso LO, Passos MD, Sardinha LMV, Tavares LF, Dutra SP, Martins A. Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros. Cienc & Saúde Coletiva. 2010;15(Supl. 2):3099-4108.

Castro IRR, Souza TSN. Formação de multiplicadores para a promoção da alimentação saudável: projeto culinária, saúde e prazer. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, coordenadores. Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 231-44. (Nutrição e Metabolismo).

CDC - Centers for Disease Control and prevention. Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. J Sch Health. 1997;67(1):9-26.

Cervato AM. Intervenção nutricional educativa: Promovendo a saúde de adultos e idosos em universidades abertas à terceira idade. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WD. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide international survey. BMJ. 2000;320(7244):1240-3.

Costa NR. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. In: Pino IR, coordenador. Educação e Saúde. São Paulo: Cortez; 1987. p. 5-27.

Croll JK, Neumark-Sztainer D, Story M. Healthy eating: what does it mean to adolescents? J Nutr Educ. 2001;33(4):193-8.

CVE - Centro de Vigilância Epidemiológica. Educação em Saúde: planejando as ações educativas - teoria e prática. São Paulo: Núcleo de Educação em Saúde; 2001.

Danelon MAS, Danelon MS, Silva MV. Serviços de alimentação destinados ao público escolar: análise da convivência do Programa de Alimentação Escolar e das cantinas. Segurança Alimentar e Nutricional. 2006;13(1):85-94.

Deminice R, Laus MF, Marins TM, Silveira SDO, Dutra-de-Oliveira JE. Impacto de um programa de educação alimentar sobre conhecimento, práticas alimentares e estado nutricional de escolares. Alim Nutr. 2007;18(1):35-40.

Dishchekenian VRM, Escrivão MAMSP, Palma D, Ancona-Lopez F, Araújo EAC, Taddei JAAC. Padrões alimentares de adolescentes obesos e diferentes repercussões metabólicas. Rev nutr. 2011;24(1):17-29.

Dubois, B. Compreender o consumidor. 2ª ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1998.

FAO - Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação. Guia metodológico da comunicação social em nutrição. Roma, 1999.

Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção de saúde: perspectivas atuais. Cad Saúde Pública. 2007;23(7):1674-81.

Fisberg M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2004.

Fiske J. Introduction to communication studies. 2.ed. New York: Routledge; 1990.

FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Alimentação escolar: apresentação. Brasília (DF): ;2009. [acesso em 12 ago 2014]. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar>.

Fortes PAC. Ética e saúde. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 2008.

Freire P. Educação como prática da liberdade. 22ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1994.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2001.

Freire P. Pedagogia do Oprimido. 44ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

Freitas MCS, Pena PGL, Fontes GAV, Silva DO. Hábitos alimentares e os sentidos de comer. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, coordenadores. Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 74-83. (Nutrição e Metabolismo).

French SA, Story M, Neumark-Sztainer D, Fulkerson JA, Hannan P. Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. Int J Obes. 2001;25(12):1823-33.

Fundação SEADE. Informações dos municípios paulistas. Perfil municipal de São José dos Campos [dados na internet]. São Paulo; 2011 [acesso em 22 jun 2012]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>

Gabriel CG, Santos MV, Vasconcelos FAG. Avaliação de um programa de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008;8(3):299-308.

Gaglione CP, Taddei JAAC, Colugnati FAB, Magalhães CG, Davanço GM, Macedo L, et al. Nutrition education in public elementary schools of Sao Paulo, Brazil: The reducing risks of illness and death in adulthood project. *Rev Nutr*. 2006;19(3):309-20.

Gambardella AMD, Toledo, ADT, Previtali I, Pereira FN, Oliveira JR. Propaganda de alimentos e educação nutricional. In: Cardoso M, editor. *Nutrição em saúde coletiva*. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 205-214.

Giovanella L, Drummond J, Skaba MMF, Oliveira RG, Sá VM. Equidade em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*; 1995;49(50):13-21.

Giralt M, Albaladejo R, Tarro L, Moriña D, Arija V, Solà R. A primary-school-based study to reduce prevalence of childhood obesity in Catalunya (Spain) – EDAL- Educació en alimentació: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2011;12:54-8.

Gordon CC, Chumlea WC, Roche AF. Stature, recumbent length, and weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign: Human Kinetics Books; 1988. p. 3-8.

Guizzo BS, Krzimirski CO, Oliveira DLLC. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. *Rev Gaúch Enferm.* 2003;24(1):53-60.

Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr.* 2002;76:653-8.

Halpern G. Comerciais veiculados em programação infanto-juvenil de canais abertos de TV e sua relação com escolha de alimentos em amostra de escolares [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2003.

Hawkes C. Marketing food to children: changes in the global regulatory environment, 2004-2006. Geneva: World Health Organization; 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.

Iervolino AS. Escola promotora de saúde: um projeto de qualidade de vida. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

Iuliano BA. Atividades para promoção de alimentação saudável em escolas de ensino fundamental do município de Guarulhos, SP. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Jansen W, Raat H, Zwanenburg EJ, Reuvers I, van Walssem R, Brug J. A school-based intervention to reduce overweight and inactivity in children aged 6-12 years: study design of a randomized controlled. *BMC Public Health.* 2008;8:257-65.

Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*. 2004; 113(5):1187-94.

Jófil Z. Piaget, Vygotsky, Freire e a construção do conhecimento na escola. *Educação: Teorias e Práticas*. 2002;2(2):191-208.

Jomori MM, Proença RPC, Calvo, MCM. Determinantes de escolha alimentar. *Rev Nutr Campinas*. 2008;21(1):63-73.

L'Abbate S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil I - Período de 1940 a 1964. *Rev Nutr Campinas*. 1988;1(2):87-138.

Lakatos EM, Marconi MA. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 3 ed. São Paulo: Atlas; 1991.

Lakshman RR, Sharp SJ, Ong KK, Forouhi NG. A novel school-based intervention to improve nutrition knowledge in children: cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2010;10:123-31.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.

Laus MF, Nascimento PCBD, Almeida SS, Costa TMB. Determinantes ambientais do comportamento alimentar. In: In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM. *Mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 118-127. (Nutrição e Metabolismo).

Leal D. Crescimento da alimentação fora do domicílio. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2010;17(1):123-32.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo. Um enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

Levy SN, Silva JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H, Carneiro RM. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1998.

Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Sardinha LMV, Gomes FS, Costa AWN. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. Cien & Saúde Coletiva. 2010;15(Supl. 2):3085-97.

Lima ES. Mal de fome e não de raça. Gênese, constituição e ação política da educação alimentar. Brasil – 1934-1946. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

Lima KA. Análise do processo de construção do conhecimento dietoterápico de pacientes diabéticos atendidos no Programa Saúde da Família do município de Araras - SP. [dissertação de mestrado]. Araraquara (SP): Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP; 2004.

Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Illinois: Human Kinetics Books; 1988.

Machado SS, Santos FO dos, Albinati FL, Santos LPR. Comportamento dos consumidores com relação à leitura de rótulos de produtos alimentícios. Alim Nutr. 2006;17(1):97-103.

Malta DC, Andreazzi MAR, Oliveira-Campos M, Andrade SSCA, Sá AANNB, Moura L, Dias, AJR, Crespo CD, Silva Júnior JB. Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes,

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). Rev Bras Epidemiol. 2014;Suppl PeNSE:77-91

Marins BR, Jacob SC, Peres F. Avaliação qualitativa do hábito de leitura e entendimento: recepção das informações de produtos alimentícios. Ciênc Tecnol Aliment. 2008;28(3):579-85.

Marins BR, Araújo IS, Jacob SC. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo? Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(9):3873-82.

Martins Filho JM. Masculino x feminino: os diferentes hábitos alimentares de crianças e jovens. Nutrição Saúde e Performance. 2001;3(10):31-9.

McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI. Food marketing to children and youth: threat or opportunity? Washington, D.C.: National Academies Press; 2006.

Melo JAC. Educação sanitária: uma visão crítica. São Paulo: Cortez; 1987.

Mendes MIBS, Medeiros LP. Interfaces entre saúde, lazer e educação: reflexões sobre práticas corporais. Holos. 2008;24(2):17-26.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2. ed. rev. Brasília(DF); 2003.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I. Brasília (DF): Funasa; 2007.

Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional e educação popular em saúde. Brasília(DF); 2012a.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília (DF): MDS; 2012b [acesso em 14 nov 2012]. Disponível em: http://www.ideiasnamesa.unb.br/files/marco_EAN_visualizacao.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a população brasileira. 2. Ed. Brasília (DF): MS; 2014 [acesso em 6 nov 2014]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>

Mohr A, Schall V. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. Cad Saúde Pública. 1992;8(2):199-203.

Mondini L, Claro RM, Levy RB. O Padrão alimentar no Brasil: características e tendências. In: Cardoso MA, editora. Nutrição em saúde coletiva. São Paulo: Atheneu. 2014. p. 259-270.

Monteiro RA, Coutinho JG, Recine E. Consulta aos rótulos de alimentos e bebidas por freqüentadores de supermercados em Brasília, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005;18:172-7.

Monteiro CA, Castro IRR. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. Cienc Cult. 2009;61(4):56-9.

Motta DG, Boog MC. Educação nutricional. 3. ed. São Paulo: IBRASA, 1984.

Moura M. O pensamento de Paulo Freire: uma revolução na educação. Lisboa: Multinova; 1978.

Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 2ª ed. Londrina: Midiograf; 2001.

Nobre MRC, Domingues RZL, Sawaia BB, Lancarotte I. Ação multiplicadora para educação em saúde nas escolas. In: Taddei JAAC. Jornadas Científicas do NISAN: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional. Barueri: Manole; 2007. p.203-5.

Oliveira SI, Oliveira KS. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. Psicologia USP. 2008;19(4):495-504.

Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ 2007; 85: 660-667.

ONU - Organização das Nações Unidas. “El derecho a una alimentación adecuada como derecho humano”. Ginebra, Nueva York; 1989. (Serie de Estudios. Centro de Derechos Humanos).

ONU - Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Genebra; 1948.

OPAS - Organización Pan-Americana de la Salud. Rede Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. Washington, DC: FAO; 1999.

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde. Recomendações da consulta de especialistas da Organização Pan-Americana de Saúde sobre a promoção e publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças nas Américas. Washington, DC: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.

Pereira GS. O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ; 1993.

Pérez-Rodrigo C, Aranceta J. School-based nutrition education: lessons learned and new perspectives. *Public Health Nutr.* 2001;4(1A):131-9.

Pontes TE, Feitosa TC, Marum AB, Brasil AL, Taddei JA. Propagandas de alimentos, embalagens, rótulos. In: Palma D (editor). *Guia de nutrição: nutrição clínica da criança e do adolescente*. Barueri (SP): Manole; 2008

Pontes TA, Costa TF, Marum ABRF, Brasil ALD, Taddei JAAC. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. *Rev Paul Pediatr.* 2009;27(1):99-105.

Proença RPC. Alimentação e globalização: algumas reflexões. *Cienc Cult.* 2010;62(4):43-7.

Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr.* 2000;76(Supl 3):229-37.

Rodrigues EM, Boog MCF. Problemática como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2006;22(5):923-31.

Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev Nutr.* 2005;18(5):681-92.

Santos LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(2):453-62.

Schall V, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad Saúde Pública* 1999;15(suppl.2):S4-S6.

Schmitz BAS, Recine E, Cardoso GT, Silva JRM, Amorim NFA, Bernardon R, et al. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(supl2):S12-S22.

Sigerist HE. *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press; 1941.

Silva ACS, Sales ZN, Moreira RM, Boery EN, Santos WS, Teixeira JRB. Representações sociais de adolescentes sobre ser saudável. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2014;36(2):397-409.

Silveira D, Taddei JAAC, Escrivão MAMS, Oliveira FL, Ancona-Lopez F. Risk factors for overweight among Brazilian adolescents of low-income families: a case-control study. *Public Health Nutr*. 2006;9(4):421-8.

Soares IO. Educommunication: concept and aim. *Ucip Media Challenges Amidst Cultural And Religious Pluralism*. 2005; 1:113-16.

Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM. et al. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.115-136.

Stettler N. Comment: the global epidemic of childhood obesity: is the role for the paediatrician? *Obes Rev*. 2004;5(Suppl 1):1-3.

Story M, Nannery MS, Schwartz MB. Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. *The Milbank Quarterly*. 2009;87(1):71-100.

Tavares LF, Yokoo EM, Rosa MLG, Fonseca SC. Síndrome metabólica em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática. *Cad Saúde Colet*. 2010;18(4):469-76.

Teixeira JAC. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Aná Psicológica*; 2004;22(3):615-20.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 9 ed. São Paulo: Cortez; 2000.

Vasconcelos HCA, Araújo MFM, Damasceno MMC, Almeida PC, Freitas RWJF. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 entre adolescentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):881-7.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p.29-31.

Vasconcelos EM. Educação Popular: instrumento de gestão participativa nos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília; 2007. p. 18-30.

Vasconcelos FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Rev Nutr*. 2002;5(2):127-38.

WHO - World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Ottawa; 1986.

WHO - World Health Organization. Resolution WHA53.23. Diet, physical activity and health. In: Fifty-fifth World Health Assembly. Geneva; 2002. 1 v.

WHO - World Health Organization. Resolution WHA57.17. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva; 2004.

WHO - World Health Organization. Prevalance of overweight and obesity in children and adolescents. Geneva; 2009.

WHO - World Health Organization. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010.

Yokota RTC, Vasconcelos TF, Pinheiro AR, Scmitz BAS, Coitinhos DC, Rodrigues MLCF. Projeto "a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis": comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. Rev Nutr. 2010;23(1)37-47.

Zeger SL, Liang KY. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. Biometrics. 1986;42(1):121-30.

ANEXO 1
QUESTIONÁRIO

C. PRÁTICAS ALIMENTARES

16. EM SUA OPINIÃO, SUA ALIMENTAÇÃO É SAUDÁVEL?

☐ SIM ☐ NÃO

17. POR QUE VOCÊ ACHA ISSO?

18. VOCÊ COMEU OU BEBEU HOJE PELA MANHÃ?

☐ SIM ☐ NÃO

19. QUANTAS VEZES POR SEMANA VOCÊ COME OU BEBE PELA MANHÃ?

☐ NUNCA

☐ TODOS OS DIAS

☐ 4 A 6 DIAS NA SEMANA

☐ 1 A 3 DIAS NA SEMANA

20. O QUE VOCÊ COME NO FINAL DE SEMANA OU FERIADO É DIFERENTE DO QUE DURANTE A SEMANA? ☐ SIM ☐ NÃO

21. POR QUÊ?

22. VOCÊ COSTUMA ALMOÇAR COM SUA FAMÍLIA?

☐ NÃO

☐ SIM, TODOS OS DIAS

☐ SIM, 4 A 6 DIAS NA SEMANA

☐ NÃO

☐ SIM, 1 A 3 DIAS NA SEMANA

☐ SIM, TODOS OS DIAS

23. VOCÊ COSTUMA JANTAR COM SUA FAMÍLIA?

☐ SIM, 4 A 6 DIAS NA SEMANA

☐ SIM, 1 A 3 DIAS NA SEMANA

24. VOCÊ COSTUMA COMER LANCHES, BOLACHAS, SALGADINHOS... NA HORA DO ALMOÇO OU JANTAR?

☐ NUNCA

☐ TODOS OS DIAS

☐ 4 A 6 DIAS NA SEMANA

☐ 1 A 3 DIAS NA SEMANA

25. VOCÊ COSTUMA COMER OU BEBER ENQUANTO ASSISTE TELEVISÃO?

☐ NÃO

☐ SIM, TODOS OS DIAS

☐ SIM, 4 A 6 DIAS NA SEMANA

☐ SIM, 1 A 3 DIAS NA SEMANA

26. NO HORÁRIO DO RECREIO NA ESCOLA, NA MAIOR PARTE DAS VEZES, VOCÊ...?

☐ NÃO COME NADA

☐ TRAZ LANCHE DE CASA

☐ COMPRA NA CANTINA

☐ COME A MERENDA DA ESCOLA

VOCÊ COSTUMA **ADICIONAR AÇÚCAR** (QUESTÃO 27 A 31):

27. SUCO INDUSTRIALIZADO (TANG®, KAPPO®, SUFRESH®, DEL VALLE® ETC.)?

☐ SIM ☐ NÃO

28. SUCO DE FRUTA NATURAL?

☐ SIM ☐ NÃO

29. LEITE COM ACHOCOLATADO (NESCAU®, TODDY®, OVOMALTINE® ETC.)?

☐ SIM ☐ NÃO

30. LEITE PURO?

☐ SIM ☐ NÃO

31. CHÁ OU CAFÉ?

☐ SIM ☐ NÃO

32. VOCÊ COME ALIMENTOS DIET, LIGHT OU "ZERO" COMO REFRIGERANTES, SUCOS, PÃES, DOCES ETC?

☐ NÃO

☐ SIM

☐ ÀS VEZES

NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS VOCÊ COMEU (ASSINALE COM UM X):

ALIMENTO	NÃO COMI	1 DIA	2 DIAS	3 DIAS	4 DIAS	5 DIAS	6 DIAS	TODOS DIAS
33. FEIJÃO								

34. BATATA FRITA								
35. SALGADO FRITO (COXINHA, QUIBE FRITO, RISOLE, PASTEL ETC)								
36. HAMBÚRGUER, SALSICHA, NUGGETS, LINGÜIÇA								
37. MORTADELA, PRESUNTO, SALAME								
38. LEGUMES COZIDOS: CHUCHU, ABÓBORA, BRÓCOLIS, ESPINAFRE								
39. SALADA CRUA: ALFACE, TOMATE, CENOURA, PEPINO								
40. BOLACHA DOCE OU SALGADA								
41. DOCE, BALA, CHOCOLATE, BOMBOM, PIRULITO								
42. FRUTA, SUCO NATURAL OU SALADA DE FRUTA								
43. LEITE								
44. REFRIGERANTE								
45. IOGURTE								
46. SALGADINHO DE PACOTE								
47. SUCO INDUSTRIALIZADO								

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

----- **ÁREA DE PREENCHIMENTO DO PESQUISADOR** -----

Data: __/__/__ Quest: _____

D. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

48. PESO REFERIDO: _____ kg	49. ESTATURA REFERIDA: _____ m
50. PESO AFERIDO ¹ : _____ kg	51. PESO AFERIDO ² : _____ kg
52. ESTATURA AFERIDA ¹ : _____ m	53. ESTATURA AFERIDA ² : _____ m
54. PERÍMETRO DA CINTURA ¹ : _____ cm	55. PERÍMETRO DA CINTURA ² : _____ cm
56. PCT ¹ : _____ mm	57. PCT ² : _____ mm

ANEXO 2

ROTEIRO DAS ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO

ATIVIDADE 1: CONHECENDO A ALIMENTAÇÃO

OBJETIVOS

- Identificar conceitos, percepções e opiniões dos alunos sobre alimentação antes de serem introduzidos pelos pesquisadores.
- Estimular a reflexão e discussão sobre o tema.

POPULAÇÃO-ALVO

- Alunos do 6º ano do ensino fundamental.

PARTICIPANTES

- Aproximadamente 35 alunos divididos em 4 grupos.

TEMPO

- Aproximadamente 50 minutos (10 minutos para apresentação, 15 para elaboração dos cartazes e 20 para discussão)

ESPAÇO FÍSICO

- Sala de aula dividida em 4 grupos compostos de 6 carteiras de 8 a 9 cadeiras.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 6 unidades de cartolina branca;
- 1 cartolina com personagem desenhado;
- 5 canetões;
- 4 caixas de giz de cera;
- 8 unidades de cola bastão;
- recortes de alimentos;
- 1 rolo de fitas crepe;
- 1 tesoura.

PROCEDIMENTOS

- Organizar as carteiras e cadeiras na sala de aula em 4 grupos.

- Separar os kits entre os grupos (recortes de alimentos, 1 cartolina, 1 caixa de giz de cera, 1 canetão, 2 colas bastão).
- Colar a cartolina com o personagem na lousa e escrever a seguinte frase: “Montar a alimentação de 1 dia do (nome do personagem), da hora que ele acorda até a hora em que ele vai dormir”.
- Direcionar os alunos aos grupos aleatoriamente.
- Apresentar a atividade e se apresentar aos alunos.
- Estipular o tempo de 15 minutos para a elaboração dos cartazes e circular nas mesas para conferir o andamento e esclarecer possíveis dúvidas.
- Recolher os cartazes e colar com a fita crepe na lousa.
- Cada grupo apresenta o seu cartaz dizendo o que pensou quando elaborou e o porquê de selecionar tais alimentos.
- Após a apresentação de todos os grupos, cada grupo discute e analisa pontos em comum e divergentes entre todos os cartazes.
- Realizar uma votação, com a sala toda, do cartaz que apresenta a alimentação mais próxima da realidade do personagem.
- Realizar uma segunda votação de qual a melhor e pior alimentação para o personagem.
- Anotar as palavras-chaves dos relatos dos participantes.

PONTOS PARA REFLEXÃO

- Esta técnica permite uma ação participativa, pois possibilita partir do universo conceitual dos alunos em relação ao assunto que queremos discutir posteriormente.
- O pesquisador observa os resultados e os discute, perguntando porque selecionaram tais alimentos, o que foi considerado, perguntando a opinião de outros alunos e estimula a participação de toda a turma.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS/DISCUTIDOS

- Estimular a reflexão do que foi considerado na elaboração do cartaz.
- Observar a organização dos alimentos (horários/refeições...).
- Ter como referência sempre o personagem.

ATIVIDADE 2: FUNÇÃO DOS ALIMENTOS - OS CONSTRUTORES

OBJETIVOS

- Introduzir noções sobre a função dos alimentos construtores no organismo.
- Apresentar a classificação dos alimentos segundo função no organismo.
- Promover a reflexão sobre o tema para que os alunos possam identificar esses alimentos na própria alimentação.

POPULAÇÃO-ALVO

- Alunos do 6º ano do ensino fundamental

PARTICIPANTES

- Aproximadamente 35 alunos divididos em 4 grupos.

TEMPO

- Aproximadamente 50 minutos (20 minutos para leitura dos gibis, 10 para resolução do caça palavras e 20 para discussão e elaboração das respostas dos questionários)

ESPAÇO FÍSICO

- Sala de aula dividida em 4 grupos compostos de 6 carteiras e de 8 a 9 cadeiras

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 35 gibis;
- 4 questionários;

- 4 canetas esferográficas;
- 4 canetas hidrocor;
- 1 rolo de fita crepe;
- 32 filipetas em branco;
- 2 filipetas escritas: construtores; não construtores;
- 35 cartilhas educativas: Brinque e Aprenda da Secretaria da Agricultura.

PROCEDIMENTOS

- Organizar as carteiras e cadeiras na sala de aula em 4 grupos;
- direcionar os alunos aos grupos aleatoriamente;
- distribuir um gibi por aluno;
- apresentar a atividade;
- estipular o tempo de 20 minutos para a leitura da história em quadrinhos;
- orientar os grupos para responder os questionários (1 por grupo);
- dispor as filipetas “construtores” e “não construtores” na lousa;
- distribuir 8 filipetas em branco e 1 caneta hidrocor por turma;
- orientar os grupos à escrever o número do grupo em todas as filipetas;
- cada grupo deve escrever o nome de um alimento pertencente ao grupo dos alimentos construtores por rodada. O alimento não pode ter sido citado por nenhum grupo na rodada anterior;
- corrigir os alimentos a cada rodada, colocando os alimentos não construtores ao lado da respectiva filipeta na lousa, questionando o

grupo o porquê da escolha daquele alimento e apresentando o grupo a qual o alimento pertence;

- somar o número de acertos por grupo, sendo considerado vencedor o grupo que obtiver o maior número de alimentos do grupo dos construtores;
- distribuir as cartilhas e orientar para a leitura em casa.

PONTOS PARA REFLEXÃO

- Dificuldades e facilidades que encontraram para realizar a tarefa.
- As diferentes formas de percepção e interpretação dos estudantes.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS/DISCUTIDOS

- Observar os critérios adotados pelos alunos na classificação dos alimentos no grupo dos construtores.
- Estimular a reflexão da função dos construtores no organismo.

ATIVIDADE 3: FUNÇÃO DOS ALIMENTOS - REGULADORES E ENERGÉTICOS

OBJETIVOS

- Introduzir noções sobre a função dos alimentos reguladores e energéticos no organismo;
- Apresentar a classificação dos alimentos segundo sua função no organismo;
- Promover a reflexão sobre o tema para que os alunos possam identificar esses alimentos na própria alimentação.

POPULAÇÃO-ALVO

- Alunos do 6º ano do ensino fundamental

PARTICIPANTES

- Aproximadamente 35 alunos divididos em 4 grupos.

TEMPO

- Aproximadamente 50 minutos (15 minutos para leitura e preenchimento do texto, 20 para montagem do flanelógrafo e 15 discussão)

ESPAÇO FÍSICO

- Sala de aula dividida em 4 grupos compostos de 6 carteiras e de 8 a 9 cadeiras.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 4 flanelógrafos divididos em 4 partes (reguladores, construtores, energéticos e extra-energéticos);
- 40 alimentos variados com velcro no verso;
- 1 flanelógrafo grande dividido em 4 partes (reguladores, construtores, energéticos e extra-energéticos).

PROCEDIMENTOS

- Organizar as carteiras e cadeiras na sala de aula em 4 grupos;
- direcionar os alunos aos grupos aleatoriamente;
- apresentar a atividade aos alunos;
- entregar os textos para os grupos completarem as lacunas faltantes e estipular o tempo de 15 minutos para leitura e preenchimento;
- discutir e analisar os grupos alimentares e funções no organismo, apresentando as respostas corretas no flanelógrafo grande disposto na lousa;
- entregar um kit com 1 flanelógrafo e 40 figuras de alimentos por turma;
- orientar os grupos para a distribuição dos alimentos nos grupos alimentares segundo função no organismo;
- estipular o tempo de 20' para a conclusão desta tarefa;
- dispor os flanelógrafos na lousa e discutir as classificações realizadas pelos grupos.

PONTOS PARA REFLEXÃO

- Significado da interação grupal para o alcance dos objetivos;
- participação de cada um para atingir um objetivo em comum.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS/DISCUTIDOS

- Observar os critérios adotados pelos alunos na classificação dos alimentos dentre os grupos.
- Estimular a reflexão da função dos alimentos no organismo.

ATIVIDADE 4: JOGO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

OBJETIVOS

- Estimular a reflexão do aluno a respeito do conceito de alimentação saudável e saber o que ele compreende sobre o assunto.
- Ampliar e reforçar os conhecimentos dos alunos sobre alimentação saudável.

POPULAÇÃO-ALVO

- Alunos do 6º ano do ensino fundamental.

PARTICIPANTES

- Aproximadamente 35 alunos divididos em 4 grupos.

TEMPO

- Aproximadamente 50 minutos (15 minutos preenchimento das casas com questões sobre alimentação, 35 minutos para o jogo de tabuleiro em grupo).

ESPAÇO FÍSICO

- Sala de aula dividida em 4 grupos compostos de 6 carteiras e de 8 a 9 cadeiras.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 4 cartolinas com jogo de tabuleiro desenhado;
- 8 canetões;
- 4 dados;
- 35 pinos coloridos (ao menos 8 cores diferentes);

PROCEDIMENTOS

- Organizar as carteiras e cadeiras na sala de aula em 4 grupos;
- separar os kits entre os grupos (1 tabuleiro, 2 canetões);
- direcionar os alunos aos grupos aleatoriamente (8 a 9 alunos por grupo);
- apresentar a atividade;
- estipular o tempo de 15 minutos para a preenchimento de 8 casas do tabuleiro com questões relacionadas à alimentação e nutrição, considerando: o avanço de casas para os aspectos positivos da alimentação, e o retrocesso para os aspectos que considerem negativos;
- passar pelos grupos para conferir o andamento e esclarecer possíveis dúvidas;
- recolher os tabuleiros e sortear entre os grupos para que cada grupo jogue em um tabuleiro diferente do que elaborou as casas;
- distribuir os kits entre os grupos (1 tabuleiro, 1 dado, 8 a 9 pinos coloridos);
- estipular o tempo de 35 minutos para o tempo da partida.

PONTOS PARA REFLEXÃO

- Respeito ao espaço do outro;
- A experiência de preparar a atividade para o outro.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS/DISCUTIDOS

- Estimular a reflexão sobre as práticas alimentares.

- Observar os critérios considerados na classificação das práticas alimentares como positivas ou negativas para uma alimentação saudável.

ATIVIDADE 5: RÓTULOS, DIET, LIGHT E ZERO

OBJETIVOS

- Explicar a importância da leitura dos rótulos dos alimentos;
- Incentivar a leitura dos rótulos;
- Apresentar o conceitos dos termos *diet*, *light* e zero.

POPULAÇÃO-ALVO

- Alunos do 6º ano do ensino fundamental.

PARTICIPANTES

- Aproximadamente 35 alunos.

TEMPO

- Aproximadamente 50 minutos (15 minutos para exibição do vídeo, 35 minutos para responder o questionário).

ESPAÇO FÍSICO

- Sala de aula organizada em semi-círculo.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 1 projetor;
- 1 computador;
- 40 embalagens de alimentos industrializados;
- 18 questionários.

PROCEDIMENTOS

- Organizar as carteiras e cadeiras na sala de aula formando um semi-círculo;

- exibir o vídeo sobre os componentes dos rótulos e as definições de diet, light e zero;
- com os alunos ainda em semi-círculo, organizá-los em duplas;
- distribuir aleatoriamente uma embalagem por aluno e 1 questionário por dupla;
- os alunos deverão escolher uma das duas embalagens da dupla para responderem ao questionário;
- estipular o tempo de 35 minutos para os alunos analisarem as embalagens e responderem ao questionário;
- passar pelos grupos para conferir o andamento e esclarecer possíveis dúvidas;
- recolher os questionários;
- discutir com os alunos os temas apresentados em aula, esclarecendo as dúvidas;
- distribuir as cartilhas adaptadas da publicação da ANVISA (Manual de orientação aos consumidores: Educação para o consumo saudável) sobre alimentos diet, light e zero.

PONTOS PARA REFLEXÃO

- Importância do nosso olhar ultrapassar os limites impostos ao nosso dia a dia e que, muitas vezes, nos impedem de observarmos os aspectos que fogem de nós e dos colegas, pois as pessoas são diferentes e únicas.
- Percepção de cada indivíduo e a discussão entre as duplas.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS/DISCUTIDOS

- Estimular a visão crítica em relação aos produtos diet, light e zero;
- enfatizar a importância da leitura dos rótulos;
- observar os pontos analisados pelos alunos na leitura dos rótulos.

ATIVIDADE 6: FAST-FOOD E INDUSTRIALIZADOS

OBJETIVOS

- Apresentar o conceito de *fast-food*;
- introduzir o conhecimento básico sobre a produção e características destes alimentos;
- despertar a visão crítica em relação aos alimentos *fast-food* e industrializados.

POPULAÇÃO-ALVO

- Alunos do 6º ano do ensino fundamental

PARTICIPANTES

- Aproximadamente 35 alunos.

TEMPO

- Aproximadamente 50 minutos (15 minutos para exibição do vídeo, 20 minutos para demonstração das quantidades de sódio, gorduras e açúcares dos alimentos e 15 para elaboração da atividade).

ESPAÇO FÍSICO

- Sala de aula organizada em semi-círculo

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 1 projetor;
- 1 computador;
- 40 embalagens de alimentos aleatórias;
- tubos de ensaio para as gorduras;

- sacos plásticos para o sal e o açúcar;
- 40 folhas sulfite;

PROCEDIMENTOS

- Encher os tubos de ensaio com óleo para demonstrar as quantidades de gorduras dos alimentos;
- dispor as quantidades de açúcar e o sal, presente nos alimentos, nos saquinhos;
- organizar as carteiras e cadeiras na sala de aula formando um semi-círculo;
- exibir o vídeo e a apresentação com os comparativos das quantidades de sódio, gorduras e açúcares nos alimentos *fast-food* de diferentes restaurantes;
- apresentar as quantidades de sódio, gorduras e açúcares presentes nos alimentos industrializados;
- distribuir as embalagens com as respectivas quantidades entre os alunos para que possam visualizar;
- discutir as quantidades e esclarecer possíveis dúvidas;
- distribuir uma folha sulfite por aluno e estipular o tempo de 15 minutos para elaboração de um desenho, texto ou frase sobre algo que lhe chamou a atenção sobre o tema abordado;
- recolher as folhas.

PONTOS PARA REFLEXÃO

- Propiciar um pequeno ou maior esclarecimento quando houver divergência sobre o assunto questionado.

- Práticas alimentares de jovens e a modernidade.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS/DISCUTIDOS

- Observar as reações dos alunos durante a exibição do vídeo e das quantidades de sal, gorduras e açúcares presentes nos alimentos.
- Estimular a visão crítica na escolha dos alimentos.

ATIVIDADE 7: ALIMENTAÇÃO DE 1 DIA

OBJETIVOS

- Identificar mudanças nos conceitos, precepções e opiniões dos alunos sobre alimentação após a realização das atividades de intervenção;
- Estimular a reflexão e discussão sobre o tema.

POPULAÇÃO-ALVO

- Alunos do 6º ano do ensino fundamental.

PARTICIPANTES

- Aproximadamente 35 alunos.

TEMPO

- Aproximadamente 50 minutos.

ESPAÇO FÍSICO

- Sala de aula organizada em 4 grupos.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 10 folhas sulfite;
- canetas hidrocor;
- lápis de cor;
- giz de cera;

PROCEDIMENTOS

- Organizar as carteiras e cadeiras na sala de aula em 4 grupos;
- apresentar a atividade;

- entregar os materiais para os grupos;
- instruir os grupos a montar a alimentação de 1 dia para um indivíduo da mesma idade dos estudantes;
- discutir sobre as escolhas dos alimentos e o que os motivou a fazerem aquelas escolhas.

PONTOS PARA REFLEXÃO

- Refletir sobre a participação de todos no grupo.
- Levantar a importância da contribuição e das ideias de cada um para a resolução de problemas.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS/DISCUTIDOS

- Estimular a reflexão do que foi considerado na elaboração da alimentação do indivíduo.
- Observar a organização dos alimentos (horários/refeições...).
- Ter como referência um indivíduo da mesma idade.

ATIVIDADE 8: ESTRATÉGIA EM DEFESA DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL - JORNAL

OBJETIVOS

- Identificar a percepção e conhecimentos adquiridos dentre as temáticas abordadas.
- Discutir a importância da construção coletiva do conhecimento a partir das atividades realizadas durante o período de intervenção.
- Compartilhar com a comunidade escolar os conhecimentos sobre alimentação e nutrição adquiridos ao longo do processo, por meio de um jornal.

POPULAÇÃO-ALVO

- Alunos do 6º ano do ensino fundamental.

PARTICIPANTES

- Aproximadamente 35 alunos.

TEMPO

- Aproximadamente 50 minutos.

ESPAÇO FÍSICO

- Sala de aula organizada em 4 grupos compostos de 6 carteiras e de 8 a 9 cadeiras).

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- folha sulfite;
- lápis de cor;

- caneta hidrocor;
- giz de cera;
- tesouras e colas;
- materiais de apoio (revistas, cartilhas...);

PROCEDIMENTOS

- Organizar as carteiras e cadeiras na sala de aula em 4 grupos;
- sortear as temáticas abordadas nas atividades de intervenção;
- sugerir seções presentes no jornal, para elaboração do material;
- passar pelos grupos para conferir o andamento e esclarecer possíveis dúvidas;
- recolher os materiais produzidos;
- editar os materiais e organizar para a produção de um jornal impresso.

PONTOS PARA REFLEXÃO

- Planejamento de uma ação.
- Medo na exposição das ideias e projetos;
- O processo de comunicação nas intervenções educativas;
- A experiência de preparar um material educativo para outra pessoa.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS/DISCUTIDOS

- Observar a organização das informações e ideias;
- estimular a criatividade;
- estimular a reflexão sobre as ideias transmitidas;
- ter como referência os conteúdos abordados durante as atividades de intervenção.

ANEXO 3
AVALIAÇÃO FINAL

1. QUEST _____

Chegamos o final do nosso projeto e gostaríamos de agradecer sua colaboração em todas as atividades desenvolvidas ao longo do semestre. Agora, solicitamos que você responda às perguntas abaixo para sabermos o que você achou das atividades.

2. NOME: _____ 3. 6º _____

4. SEXO: ☐ M ☐ F 5. IDADE: _____ 6. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

3. DÊ UMA NOTA DE 0 A 5 PARA AS ATIVIDADES QUE PARTICIPOU:

ATIVIDADES	0	1	2	3	4	5	Não participei
1 – ATIVIDADE INICIAL (Alimentação de 1 dia do Juquinha)							
2 – GRUPO DE ALIMENTOS: CONSTRUTORES (Gibi do Pedro e Rafael)							
3 – GRUPO DE ALIMENTOS: REGULADORES E ENERGÉTICOS (Figuras de alimentos)							
4 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (Jogo de tabuleiro)							
5 – RÔTULOS / DIET, LIGHT E ZERO (Vídeo e atividade com embalagens)							
6 – ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS E FAST-FOOD (Filme e quantidades de gorduras, açúcar e sal dos alimentos)							
7 – ATIVIDADE FINAL) Alimentação de 1 dia do Juquinha)							
8 – ELABORAÇÃO DO JORNAL							

4. SE NÃO PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE, QUAL O MOTIVO?

☐ NÃO ESTAVA INTERESSADO ☐ FALTEI NO DIA ☐ OUTRO QUAL? _____

5. QUAL VOCÊ MAIS GOSTOU? POR QUE?

6. QUAL VOCÊ MENOS GOSTOU? POR QUE?

7. DO QUE APRENDEU AO LONGO DO PROJETO, O QUE ACHAMAS IMPORTANTE?

8. DEPOIS DE PARTICIPAR DAS ATIVIDADES VOCÊ TEM VONTADE DE MUDAR ALGUMA COISA NA SUA ALIMENTAÇÃO? O QUE?

9. VOCÊ TERIA DIFICULDADE PARA MUDAR ISSO OU ALGUMA OUTRA COISA NA SUA ALIMENTAÇÃO? QUAL?

10. VOCÊ GOSTARIA QUE NA SUA ESCOLA CONTINUASSE AS ATIVIDADES COMO ESSAS PARA INCENTIVAR A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL? POR QUE?

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

Prezados pais/responsáveis,

A escola do(a) seu(sua) filho(a) foi selecionada para participar da pesquisa: **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA ADOLESCENTES: PROPOSTA EDUCACIONAL** sobre o promoção da alimentação saudável em adolescentes de escolas públicas de São José dos Campos – SP. É um projeto do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), da Prof^a Dra. Ana Maria D. Gambardella, e-mail: gambarde@usp.br, telefone: (11) 3061-7705 e das alunas de Doutorado da Instituição, Jéssica Rodrigues de Oliveira, e-mail: jerodrigues@usp.br e Fernanda Nascimento Pereira, e-mail: fenasper@usp.br. O **objetivo** da pesquisa é avaliar o impacto de atividades práticas e construção de materiais educativos pelos próprios alunos, para a promoção de práticas alimentares saudáveis entre os adolescentes dos 5^{os} anos do ensino fundamental. Os alunos participantes responderão a um questionário sobre hábitos alimentares e percepção corporal e serão medidos e pesados no início e ao final do estudo, na escola, por pesquisadores treinados, durante o ano letivo de 2012/2013.

Caso a turma do seu(sua) filho(a) seja selecionada para o estudo de intervenção, participará de atividades práticas em grupo sobre alimentação saudável na própria escola.

A participação no estudo implicará em riscos mínimos e não implicará em custos para o aluno ou pais, nem o impedirá de assistir às aulas ou prejudicará suas atividades na escola. As interrupções durante as aulas para a realização das entrevistas e atividades serão realizadas com a autorização da diretoria da escola e dos professores. A pesquisa trará **benefícios** como conhecer o estado nutricional do seu filho e oferecerá informações sobre uma alimentação saudável.

O Sr.(a). poderá obter informações dos procedimentos durante o estudo e tem a liberdade de não colaborar ou desistir da participação do seu filho a qualquer momento da pesquisa;

Privacidade: Os pesquisadores garantem que as informações de cada adolescente são confidenciais, e apenas o resultado do grupo poderá ser publicado em congressos e revistas científicas, sem revelar a identidade dos participantes.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, situado a Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo - SP - Brasil -CEP:1246-904 E-mail: coep@fsp.usp.br Telefones: (11) 3061-7779/7742

Caso o(a) Sr.(a) autorize a participação do(a) seu(sua) filho(a) no estudo, solicita-se a leitura, preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento. Solicita-se que, em caso de autorização do adolescente, sejam preenchidas as questões abaixo que auxiliarão na pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, responsável pelo(a) aluno(a) _____, da escola _____, matriculado no _____ ano, turma: _____, declaro que entendi e não tenho qualquer dúvida a respeito da carta de informação desta pesquisa. Assim sendo, autorizo-o(a) a participar deste estudo.

Prof^a Ana Maria Dianezi Gambardella
responsável pela pesquisa

Assinatura do responsável pelo aluno
Data: ____/____/____

Assinando o Termo de Consentimento, o(a) Sr(a). concorda com a participação do seu filho(a) na pesquisa, caso ele deseje. Qual a renda mensal total da família (somando salários, pensões e outras fontes de renda)? R\$ _____

Incluindo você, quantas pessoas moram na casa? _____

APENAS PARA AS MÃES

Qual o seu peso? _____ kg e a sua altura? _____ m Quantos anos a senhora estudou? _____ anos

ANEXO 5

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

PRÉ-INTREVENÇÃO

GRUPO FOCAL - PRÉ INTERVENÇÃO

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ÓTICA DOS ADOLESCENTES: CRENÇAS, CONHECIMENTOS E ATITUDES

Objetivos: identificar crenças, conhecimentos, atitudes, comportamentos, percepções e barreiras para uma alimentação saudável entre adolescentes de 10 a 15 anos de uma escola municipal de São José dos Campos.

Vantagens: Proporciona um ambiente confortável, facilitando o discurso e o debate, encorajando a elaboração e proporcionando que as atitudes e percepções de adolescentes sobre alimentação sejam exploradas no contexto social onde foram construídas.

Método: Grupos de 6 alunos, separados por sexo. 4 grupos (2 grupos de meninos e 2 grupos de meninas) de aproximadamente 45 minutos. Ambiente: fechado, silencioso com acústica adequada para a gravação dos áudios. Cadeiras posicionadas em círculo com o microfone/gravador ao centro da mesa. Conduzidos por 3 investigadores, sendo 1 moderador que conduz o grupo focal, e 2 relatores que realizam anotações durante a sessão, descrevendo o ambiente, o posicionamento do grupo diante das questões levantadas, as expressões corporais, *etc.*

Material: Recortes de todos os tipos de alimentos, em quantidade repetida.

Início: O moderador se identifica, e fornece uma explicação rápida sobre o grupo focal. Em seguida diz o que gosta de fazer e pede aos participantes do grupo para se identificarem e dizerem o que gostam de fazer quando estão fora da escola.

Final: Sugestão ou conselho referente ao tema discutido para acalmar o grupo.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ÓTICA DOS ADOLESCENTES:

CRENÇAS, CONHECIMENTOS E ATITUDES**Roteiro para Grupo Focal Pré-Intervenção**

Local do Grupo Focal: _____

Data: ____/____/____

Moderador: _____

Relatores: _____

Início: _____

Término: _____

Duração: _____ Gravação nº _____

Observações do Moderador/a: _____

Participantes:

ROTEIRO - GRUPO FOCAL PRÉ-INTERVENÇÃO

- Quais alimentos vocês gostam de comer?
 - o Por quê?
- Quais alimentos vocês não gostam de comer?
 - o Por que vocês não gostam desses alimentos?
- Qual a diferença entre este(s) alimento(s) que vocês não gostam com esse(s) que vocês gostam?
 - o O que eles têm de diferentes?
 - o Por que existe essa diferença?
- Quantas vezes vocês comeram esses alimentos que não gostam?
 - o Alguma mudança poderia fazer vocês gostarem desses alimentos?
- Vocês experimentam alimentos novos?
 - o Quando alguém lhe oferece algum alimento que nunca experimentou, vocês experimentam?
 - o Por quê?
 - o Ou depende do que? Aparência, cheiro, cor...
- Seus pais fazem vocês comerem alguma coisa que vocês não gostam?
 - o Se sim, o que?
 - o Por que vocês acham que eles fazem isso?
- Quem faz comida na casa de vocês?
 - o Vocês ajudam a preparar a comida?
 - o Com quem vocês costumam comer quando estão em casa?
 - o Vocês costumam comer sempre no mesmo horário?

- Vocês saem com as suas famílias?
 - o Onde vocês costumam comer?
- Para a escola: Vocês levam lanche de casa, comem na escola (merenda) ou compram na cantina?

(O observador deve ter atenção nessa questão, com as respostas dos adolescentes).

- o O que preferem? Por quê?
- o (SE ALGUÉM CITAR) O que costumam comprar na cantina?
- o (SE ALGUÉM CITAR) O que costumam levar de casa para escola?
- o Com quem vocês costumam comer na escola?

SE ALGUÉM CITAR QUE LEVA LANCHE DE CASA...

- Quem prepara o lanche que você leva na escola?
 - o Você ajuda ou escolhe o que levar?
- Vocês vão ao mercado quando seus pais vão fazer compras?
 - o Vocês gostam?
 - o O que gostam de comprar? (alimentos)
- Quando vocês veem algum comercial na TV de alguma comida, vocês pedem para seus pais comprarem?
 - o Eles costumam comprar?
- Pensando nas embalagens dos alimentos que vocês comem...
 - o Vocês olham? Prestam atenção?
 - o O que tem nas embalagens?
- Vocês acham que têm uma alimentação saudável?
 - o Por quê?

- o O que acham que devemos fazer para termos uma alimentação saudável?
 - o O que precisamos fazer para ter saúde?
- O que é dieta/regime?
 - o Quando uma pessoa diz que está fazendo dieta, o que quer dizer?
 - o Vocês têm algum conhecido que está fazendo dieta?
 - o Por que acham que ele está fazendo dieta?
 - o O que vocês acham?
- O que é *fast-food*?
 - o Citem alguns exemplos.
 - o O que vocês acham do *fast-food*? É bom ou ruim? Por quê?
 - o Tem algo ruim? O que?
- Se vocês precisassem mudar a alimentação de vocês, o que seria mais difícil?
 - o Por quê?
 - o Como vocês poderiam solucionar esta questão?
 - o E outras pessoas? Como poderiam ajudar?
- O que vocês gostam de comer quando estão felizes?
 - o E quando estão tristes?

ANEXO 6
ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL
PÓS-INTREVENÇÃO

GRUPO FOCAL - PÓS INTERVENÇÃO
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ÓTICA DOS ADOLESCENTES:
CRENÇAS, CONHECIMENTOS E ATITUDES

Objetivos: identificar crenças, conhecimentos, atitudes, comportamentos, percepções e barreiras para uma alimentação saudável entre adolescentes de 10 a 15 anos de uma escola municipal de São José dos Campos.

Vantagens: Proporciona um ambiente confortável, facilitando o discurso e o debate, encorajando a elaboração e proporcionando que as atitudes e percepções de adolescentes sobre alimentação sejam exploradas no contexto social onde foram construídas.

Método: Grupos de 6 alunos, separados por sexo. 4 grupos (2 grupos de meninos e 2 grupos de meninas) de aproximadamente ~ 45 minutos. Ambiente: fechado, silencioso com acústica adequada para a gravação dos áudios. Cadeiras posicionadas em círculos com o microfone/gravador ao centro da mesa. Conduzidos por 3 investigadores, sendo 1 moderador que conduz o grupo focal, e 2 relatores que realizam anotações durante a sessão, descrevendo o ambiente, o posicionamento do grupo diante das questões levantadas, as expressões corporais, *etc.*

Material: Recortes de todos os tipos de alimentos, em quantidade repetida.

Início: O moderador se identifica, e fornece uma explicação rápida sobre o grupo focal. Em seguida diz o que gosta de fazer e pede aos participantes do grupo para se identificarem e dizerem o que gostam de fazer quando estão fora da escola.

Final: Sugestão ou conselho referente ao tema discutido para acalmar o grupo.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ÓTICA DOS ADOLESCENTES:

CRENÇAS, CONHECIMENTOS E ATITUDES**Roteiro para Grupo Focal Pós-Intervenção**

Local do Grupo Focal: _____

Data: ____/____/____

Moderador: _____

Relatores: _____

Início: _____

Término: _____

Duração: _____ Gravação nº _____

Observações do Moderador/a: _____

Participantes:

ROTEIRO - GRUPO FOCAL PÓS-INTERVENÇÃO

- Quais alimentos vocês gostam de comer?
 - o Por quê?
- Quais alimentos vocês não gostam de comer?
 - o Por que vocês não gostam desses alimentos?
- Qual a diferença entre este(s) alimento(s) que vocês não gostam com esse(s) que vocês gostam?
 - o O que eles têm de diferentes?
 - o Por que existe essa diferença?
- Quantas vezes vocês comeram esses alimentos que não gostam?
 - o Alguma mudança poderia fazer vocês gostarem desses alimentos?
- Vocês experimentam alimentos novos?
 - o Quando alguém lhe oferece algum alimento que nunca experimentou, vocês experimentam?
 - o Por quê?
 - o Ou depende do que? Aparência, cheiro, cor...
- Seus pais fazem vocês comerem alguma coisa que vocês não gostam?
 - o Se sim, o que?
 - o Por que vocês acham que eles fazem isso?
- Quem faz comida na casa de vocês?
 - o Vocês ajudam a preparar a comida?
 - o Com quem vocês costumam comer quando estão em casa?
 - o Vocês costumam comer sempre no mesmo horário?
- Vocês saem com as suas famílias?
 - o Onde vocês costumam comer?

- Para a escola: Vocês levam lanche de casa, comem na escola (merenda) ou compram na cantina?

(O observador deve ter atenção nessa questão, com as respostas dos adolescentes).

- o O que preferem? Por quê?
- o (SE ALGUÉM CITAR) O que costumam comprar na cantina?
- o (SE ALGUÉM CITAR) O que costumam levar de casa para escola?
- o Com quem vocês costumam comer na escola?

SE ALGUÉM CITAR QUE LEVA LANCHE DE CASA...

- Quem prepara o lanche que você leva na escola?
 - o Você ajuda ou escolhe o que levar?
- Vocês vão ao mercado quando seus pais vão fazer compras?
 - o Vocês gostam?
 - o O que gostam de comprar? (alimentos)
- Quando vocês veem algum comercial na TV de alguma comida, vocês pedem para seus pais comprarem?
 - o Eles costumam comprar?
- Pensando nas embalagens dos alimentos que vocês comem...
 - o Vocês olham? Prestam atenção?
 - o O que tem nas embalagens?
- Quais alimentos devemos comer? Por quê?
- Vocês acham que têm uma alimentação saudável?
 - o Por quê?
 - o O que acham que devemos fazer para termos uma alimentação saudável?

- o O que precisamos fazer para ter saúde?
- O que é dieta/regime?
 - o Quando uma pessoa diz que está fazendo dieta, o que quer dizer?
 - o Vocês têm algum conhecido que está fazendo dieta?
 - o Por que acham que ele está fazendo dieta?
 - o O que vocês acham?
- O que vocês pensam sobre os alimentos *diet*, *light* e zero?
 - o O que é?
 - o Para quê serve?
 - o É mais saudável?
- O que são alimentos industrializados?
 - o Citem alguns exemplos.
 - o O que vocês acham deles? São bons ou ruins? Por quê?
 - o Tem algo ruim? O que?
- O que é *fast-food*?
 - o Citem alguns exemplos.
 - o O que vocês acham do *fast-food*? É bom ou ruim? Por quê?
 - o Tem algo ruim? O que?
- Se vocês precisassem mudar a alimentação de vocês, o que seria mais difícil?
 - o Por quê?
 - o Como vocês poderiam solucionar esta questão?
 - o E outras pessoas? Como poderiam ajudar?
- O que vocês gostam de comer quando estão felizes?
 - o E quando estão tristes?

ANEXO 7

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/010/14

26 de fevereiro de 2014.

Prezadas Pesquisadora e Orientadora

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, **analisou** em sua 1.ª/14 Sessão Ordinária, em 21/02/14, de acordo com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **01280812.2.0000.5421**, intitulado "**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA ADOLESCENTES: PROPOSTA EDUCACIONAL**", do **grupo III**, sob responsabilidade da pesquisadora **Jéssica Rodrigues de Oliveira** e orientação da Professora **Ana Maria Dianezi Gambardella**, considerando-o **HOMOLOGADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 466/12, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof.ª Tit. Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Assoc. Ana Maria Dianezi Gambardella
Departamento de Nutrição da FSP/USP

c.c.: **Jéssica Rodrigues de Oliveira**

ANEXO 8

GIBI - HISTÓRIA EM QUADRINHOS

PEDRO e RAFA

os construtores

Este livrinho contém informações sobre a função dos alimentos em nosso organismo e como se alimentar bem. Leia com atenção e responda o QUIZ no final da história.

VOCÊ SABIA QUE...

Devemos ingerir no mínimo dois litros de água por dia (6 a 8 copos), preferencialmente entre as refeições. Essa quantidade pode variar de acordo com a atividade física e com a temperatura do ambiente;

Os alimentos também contêm água em sua composição, em proporções variadas.

A água é um alimento indispensável ao funcionamento adequado do organismo;

Toda água que você bebe deve ser tratada, filtrada ou fervida;

MARQUE V (VERDADEIRO) OU F (FALSO) NAS RESPOSTAS ABAIXO.

1. Para Rafael ser um bom jogador de futebol quando crescer, todos os dias ele deve:

- () ter uma alimentação variada
 () beber água para hidratar o corpo
 () comer só alimentos do grupo dos construtores

2. É um nutriente importante para a formação de órgãos, tecidos e músculos:

- () açúcar
 () proteína
 () vitaminas

ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA.

3. Os alimentos do grupo dos construtores são ricos em qual nutriente?

- a) gordura
 b) açúcar
 c) proteína

4. São exemplos de alimentos construtores:

- a) leite, feijão e ovo
 b) carne, biscoitos e macarrão
 c) arroz, óleo e iogurte

5. Sou um nutriente importante para a boa formação dos ossos e dentes e estou presente em alimentos como queijo e iogurte. Quem sou?

Resposta: _____

CAÇA - PALAVRAS

Encontre 10 alimentos construtores!

O C Z A M U I A N O U Q A U J S A J
 C O Á C Z A M U I A N O U Q A U J S A J
 Z A C M E I A N O U Q A U J S A J
 A X A S A C A E U A T V N Y Q P U F C F I U
 N É I Ó Y A A N É N Z E L É X U X X
 O Á H L L H R M É C A Ç I É A A E V P É
 A P B Ó É I I Ó A Í É J T É Ó I U B B W É
 Ü E M Q E Q N M H H A R E B J Ç O O Ó É
 É J Ó L Ó U A G S O O P Q A Ç A K A Z Ö Í
 É H Q D D R Ö X U O P Q A Ç A K A Z Ö Í
 R Q Ü N A Q E J C I L U Y C G A R Q R P
 É J J O D C É J E Ó Ç I H É A É J T L D À
 J H A V Z Ü A V O F C A É J I A R R À V S
 A Ó Z Z Ü A V O F C A É J I A R R À V S
 Q D Z Z Ü A V O F C A É J I A R R À V S
 Ó R I K N S U À M A F B É À U T O P H
 E G S I W X B O R É X J D Ó L F C I Ö M L F
 Í A Ó U Ü E T M D X Ó L F C I Ö M L F
 I Z L P P Ç E E E I G A A A A Ó T É Ö Ü

Respostas: iogurte, leite, queijo, carne, frango, peixe, ovos, camarão, feijão, lingüiça.

Elaborado e produzido por:

Andrea Toledo

Fernanda Nascimento

Jéssica Rodrigues

Apoio:

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

É proibida a reprodução, total ou parcial, do conteúdo sem prévia autorização das autoras.

ANEXO 9

AVALIAÇÃO DOS GRUPOS DE ALIMENTOS

<div>CONSTRUTORES</div> <div>No grupo dos construtores estão os alimentos ricos em _____, que são fundamentais para a _____ do nosso corpo. Esse nutriente participa da formação do sangue, músculos, ossos, cabelos, pele e órgãos. São responsáveis, também, pelo _____, aumento da resistência do corpo às doenças e agem até na _____ de ferimentos.</div>	<div>REGULADORES</div> <div>No grupo dos reguladores estão os alimentos ricos em _____, _____ e _____. São eles que mantêm o organismo funcionando direito, pois _____ as funções vitais e auxiliam os órgãos a fazer o seu trabalho. As verduras e frutas, por exemplo, são ricas em _____, que ajudam o _____ e o _____ a funcionarem melhor.</div>
<div>ENERGÉTICOS</div> <div>No grupo dos energéticos estão os alimentos ricos em _____. Os alimentos energéticos são aqueles que fornecem _____ para todos os processos metabólicos (digestão e absorção dos alimentos, sono, etc.) e para os _____ (andar, trabalhar, estudar e brincar) realizados pelo corpo. Podemos dizer que é o nosso _____.</div>	<div>EXTRA ENERGÉTICOS</div> <div>No grupo dos extra energéticos estão os alimentos ricos em _____ e _____. Os alimentos deste grupo também fornecem _____, mas de forma concentrada e por isso devem ser consumidos com _____. Usamos a gordura para armazenar energia e para manter a _____ do corpo. Os açúcares se transformam em energia rapidamente.</div> <div>ENERGIA – MODERAÇÃO – CARBOIDRATOS – CRESCIMENTO – MINERAIS – REGULAM – PROTEÍNAS GORDURAS – CICATRIZAÇÃO – FIBRAS – AÇÚCARES – INTESTINO – VITAMINAS – FIBRAS – ENERGIA CONSTRUÇÃO – COMBUSTÍVEL – TEMPERATURA – ESTÔMAGO – EXERCÍCIOS</div>

ANEXO 10

CARTÕES DE PERGUNTAS – JOGO DA ALIMENTAÇÃO

CITE:

3 alimentos do grupo dos energéticos

Resposta: pão, macarrão, arroz, batata, milho, biscoito sem recheio, mandioca, bolo simples

COMPLETE A FRASE:

O leite é um alimento rico em _____, fundamental para o crescimento e formação de ossos e dentes.

Resposta: CÁLCIO

QUAL A ALTERNATIVA CORRETA?

São alimentos ricos em fibras:

- a) Frutas, legumes e verduras
- b) Carnes, peixes e frango
- c) Doces e refrigerantes
- d) Leite, queijo e iogurte

Resposta: A

QUAL A ALTERNATIVA CORRETA?

Qual destes alimentos tem maior quantidade de açúcar:

- a) leite
- b) refrigerante
- c) água
- d) suco de laranja natural

Resposta: B

RESPONDA:

Quantas porções de frutas precisamos comer por dia?

Resposta: 3 a 5 porções de frutas
Exemplos: 1 fatia de melancia, 1 banana, 5 morangos

VERDADEIRO OU FALSO?

Comer pão engorda.

Resposta: FALSO

Pão é um alimento importante para fornecer energia, devendo fazer parte de uma alimentação equilibrada.

RESPONDA:

Quanto precisamos beber de água por dia?

Resposta: 2 litros por dia (6 a 8 copos)

QUAL A ALTERNATIVA CORRETA?

Para um café da manhã saudável, devemos comer:

- a) Não precisamos comer nada
- b) Refrigerante, bolacha recheada, fruta
- c) Pão, leite, fruta

Resposta: C

VERDADEIRO OU FALSO?

Precisamos consumir alimentos ricos em açúcares e gorduras em grande quantidade.

Resposta: FALSO

COMPLETE A FRASE:

As _____ é importante para o bom funcionamento do intestino.

Resposta: FIBRAS

RESPONDA:

Maçã, alface e tomate são ricos em fibras, vitaminas e minerais. A qual grupo de alimentos eles pertencem?

Resposta: REGULADORES

QUAL A ALTERNATIVA CORRETA?

Os alimentos são divididos em grupos:

- a) Proteínas, reguladores, água
- b) Energéticos, fibras, reguladores
- c) Construtores, reguladores, energéticos

Resposta: C

CITE:

As principais refeições do dia.

Resposta: café da manhã, almoço e jantar

COMPLETE A FRASE:

O _____, rico em ferro, combinado com o arroz é um prato típico brasileiro. Sua combinação é completa em proteínas e boa para a saúde.

Resposta: FEIJÃO

QUAL A ALTERNATIVA CORRETA?

Para um almoço saudável, devemos comer:

- a) Sanduíche e batata frita
- b) carne e salada
- c) Arroz, feijão, carne e salada

Resposta: C

QUAL A ALTERNATIVA CORRETA?

Qual destes alimentos tem maior quantidade de gordura:

- a) bolacha recheada
- b) macarrão
- c) pudim
- d) feijão

Resposta: A

RESPONDA:

Anemia é uma doença causada pela deficiência de ferro. Quais alimentos são ricos em ferro?

Resposta: carne, frango, feijão.

VERDADEIRO OU FALSO?

A beterraba é um alimento rico em ferro.

Resposta: FALSO

A beterraba é um legume e, assim como todos os legumes possuem pouca quantidade de ferro, mas são ricos em fibras e vitaminas.

CITE:

As principais refeições do dia.

Resposta: café da manhã, almoço e jantar

COMPLETE A FRASE:

O _____, rico em ferro, combinado com o arroz é um prato típico brasileiro. Sua combinação é completa em proteínas e boa para a saúde.

Resposta: FEIJÃO

QUAL A ALTERNATIVA CORRETA?

Para um almoço saudável, devemos comer:

- d) Sanduíche e batata frita
- e) carne e salada
- f) Arroz, feijão, carne e salada

Resposta: C

QUAL A ALTERNATIVA CORRETA?

Qual destes alimentos tem maior quantidade de gordura:

- a) bolacha recheada
- b) macarrão
- c) pudim
- d) feijão

Resposta: A

RESPONDA:

Anemia é uma doença causada pela deficiência de ferro. Quais alimentos são ricos em ferro?

Resposta: carne, frango, feijão.

VERDADEIRO OU FALSO?

A beterraba é um alimento rico em ferro.

Resposta: FALSO

A beterraba é um legume e, assim como todos os legumes possuem pouca quantidade de ferro, mas são ricos em fibras e vitaminas.

ANEXO 11

CARTILHA – RÓTULO DE ALIMENTOS

Elaborado por:
Andrea Toledo
Fernanda Nascimento
Jéssica Rodrigues

www.anvisa.gov.br

É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

Parte do conteúdo extraído do documento: Rotulagem nutricional obrigatória: manual de orientação aos consumidores. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Universidade de Brasília, 2005. 17p.

Você sabe o que está comendo?

Manual de orientação aos consumidores
Educação para o Consumo Saudável

Informação Nutricional

Porção

É a quantidade média do alimento que deve ser usualmente consumida por pessoas saudáveis a cada vez que o alimento é consumido, promovendo a alimentação saudável.

Medida Caseira

Indica a medida normalmente utilizada pelo consumidor para medir alimentos. Por exemplo: fatias, unidades, pote, xícaras, copos, colheres de sopa.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

Porção __g ou ml (medida caseira)

Quantidade por porção	% VD (*)
Valor energético ... kcal=...kJ	
Carboidratos g	
Proteínas g	
Gorduras totais g	
Gorduras saturadas g	
Gorduras trans g	
Fibra alimentar g	
Sódio mg	

(*) % Valores Diários com base em uma Dieta de 2.000 kcal ou 8400 kJ. Seus valores diários Podem ser maiores ou menores dependendo de suas Necessidades energéticas.

A apresentação da medida caseira é obrigatória.

Esta informação vai ajudar você, consumidor, a entender melhor as informações nutricionais.

CAÇA- PALAVRAS

Encontre as informações presentes nos rótulos dos alimentos!!

G R À G C Õ T Ü Ä A À J Ç M P Í L W Ä C
O V Á M Õ I Ò Â É U R Á E Ú Ó Z Ú V P Á
Ò Û H Ò Â U Z R R F I I X C U Ú V Õ A F
É C T A X R D J G N N Ç Õ À R I Ó P A I
Ç Y B À B R J U O Ú G Ó G Y L Ç G A Â B
O X H J É À S M R Õ R Ç B A R Õ S À Z R
X W E N Ò P L Ü D Ä E K P R O T E Í N A
Â Ò N I M F A H U Ä D G Õ Ä R Ä Í V Õ S
É Z I W Q Í Õ É R U I E O Z T Ú Á Õ I C
Õ Ä Ê V Ä T Õ U A Ú E Ä Õ Ç P H A Ä G Ê
Í N Ó Õ E Ü Z G S À N P X Z Ä Õ Ä C Õ R
G H P I Ä N V Õ Õ J T J P Õ P Y W E Q Ü
B F D B Z N E E S Ä E Ç Ü Ú E G J U K R
M Ê H V Õ Ê C R T Ä S Ú Z Ä Õ P R D Z M
Á V Ê Í S J Ü H G T Ç Õ Õ Q P Ü S Ä C N
V Ê H O E Ó G G P I Q H Ç O S O Ú U J Í
F É V A L I D A D E A M I U W J R P S X
Ç J I P L Ü T I G Ä Q H M I X Z X Ç U Á
T E J L Ü G É D O Ê R Ü P Ü Y Õ N K Ä Á
Õ J N Ç Z C A R B O I D R A T O N T R O

Qual é o valor energético? Qual a quantidade de carboidratos? Qual a quantidade de proteínas? Qual a quantidade de gorduras totais? Qual a quantidade de gorduras saturadas? Qual a quantidade de gorduras trans? Qual a quantidade de fibra alimentar? Qual a quantidade de sódio?

Tabela de porções

O consumidor deve sempre estar atento à porção dos alimentos indicada nos rótulos, mas nem sempre sabe exatamente quanto cada porção equivale em medidas caseiras. Para facilitar essa comparação, a tabela abaixo indica as porções de referência de alguns alimentos consumidos no Brasil e suas medidas caseiras.

Alimento	Porção (g/ml)	Medida caseira
Arroz cru	50g	¼ de xicara
Barra de cereal	30g	1 barra
Bolo (sem recheio)	60g	1 fatia
Leite	200ml	1 copo
Queijo minas	50g	2 colheres de sopa
Requeijão	50g	2 colheres de sopa
Suco de frutas	200ml	1 copo
Óleo vegetal	13ml	1 colher de sopa
Farofa pronta	35g	1 colher de sopa
Açúcar	5g	1 colher de chá
Aveia	30g	2 colheres de sopa
Manteiga / margarina	10g	1 colher de sopa
Doces em pasta	20g	1 colher de sopa
Presunto	40g	1 fatias
Pão Francês	50g	1 unidade

O que significam os itens da Tabela de Informação Nutricional nos Rótulos:

Valor Energético

É a energia produzida pelo nosso corpo proveniente dos carboidratos, proteínas e gorduras totais. Na rotulagem nutricional o valor energético é expresso em forma de quilocalorias (kcal) e quilojoules (kJ).

Obs: Quilojoules (kJ) é outra forma de medir o valor energético dos alimentos, sendo que 1 kcal equivale a 4,2 kJ.

Carboidratos

São os componentes dos alimentos cuja principal função é fornecer a energia para as células do corpo, principalmente do cérebro. São encontrados em maior quantidade em massas, arroz, açúcar, mel, pães, farinhas, tubérculos (como batata, mandioca e inhame) e doces em geral.

Proteínas

São componentes dos alimentos necessários para construção e manutenção dos nossos órgãos, tecidos e células. Encontramos nas carnes, ovos, leites e derivados, e nas leguminosas (feijões, soja e ervilha).

Gorduras Totais

As gorduras são as principais fontes de energia do corpo e ajudam na absorção das vitaminas A, D, E e K. As gorduras totais referem-se à soma de todos os tipos de gorduras encontradas em um alimento, tanto de origem animal quanto de origem vegetal.

Gorduras Saturadas

Tipo de gordura presente em alimentos de origem animal. São exemplos: carnes, toucinho, pele de frango, queijos, leite integral, manteiga, requeijão, iogurte. O consumo desse tipo de gordura deve ser moderado porque, quando consumido em grandes quantidades, pode aumentar o risco de desenvolvimento de doenças do coração. Alto %VD significa que o alimento apresenta grande quantidade de gordura saturada em relação à necessidade diária de uma dieta de 2000 Kcal.

Gorduras Trans ou Ácidos Graxos Trans

Tipo de gordura encontrada em grandes quantidades em alimentos industrializados como as margarinas, cremes vegetais, biscoitos, sorvetes, snacks (salgadinhos prontos), produtos de panificação, alimentos fritos e lanches salgados que utilizam as gorduras vegetais hidrogenadas na sua preparação. O consumo desse tipo de gordura deve ser muito reduzido, considerando que o nosso organismo não necessita desse tipo de gordura e ainda porque, quando consumido em grandes quantidades, pode aumentar o risco de desenvolvimento de doenças do coração. Não se deve consumir mais que 2 gramas de gordura trans por dia.

Obs: O nome trans é devido ao tipo de ligações químicas que esse tipo de gordura apresenta.

Fibra Alimentar

Está presente em diversos tipos de alimentos de origem vegetal, como frutas, hortaliças, feijões e alimentos integrais. A ingestão de fibras auxilia no funcionamento do intestino. Procure consumir alimentos com alto %VD de fibras alimentares!

Sódio

Está presente no sal de cozinha e alimentos industrializados (salgadinhos de pacote, molhos prontos, embutidos, produtos enlatados com salmoura) devendo ser consumido com moderação uma vez que o seu consumo excessivo pode levar ao aumento da pressão arterial. Evite os alimentos que possuem alto %VD em sódio.

Dúvidas sobre Diet e Light

Os consumidores muitas vezes procuram por alimentos diet e light. Mas não sabem ao certo o que essa denominação quer dizer. Aqui temos uma série de perguntas e respostas que esclarecem a diferença entre diet e light.

Alimentos DIET

São os alimentos especialmente formulados para grupos da população que apresentam condições fisiológicas específicas. Como, por exemplo, geléia para dietas com restrição de açúcar. São feitas modificações no conteúdo de nutrientes, adequando-os a dietas de indivíduos que pertençam a esses grupos da população. Apresentam na sua composição quantidades insignificantes ou são totalmente isentos de algum nutriente.

Alimentos LIGHT

São aqueles que apresentam a quantidade de algum nutriente ou valor energético reduzida quando comparado a um alimento convencional. São definidos os teores de cada nutriente e ou valor energético para que o alimento seja considerado light. Por exemplo, iogurte com redução de 30% de gordura é considerado light.

Tanto alimentos diet quanto light não têm necessariamente o conteúdo de açúcares ou energia reduzido. Podem ser alteradas as quantidades de gorduras, proteínas, sódio, entre outros; por isso a importância da leitura dos rótulos.

ANEXO 12

APRESENTAÇÃO SOBRE RÓTULO DE ALIMENTOS

ANEXO 13

QUESTIONÁRIO SOBRE RÓTULO DE ALIMENTOS

Nomes _____ Ano: _____

Nome do produto: _____ Marca do produto: _____

1) Quais são os 3 ingredientes em maior quantidade neste rótulo?

2) Qual a porção sugerida para este alimento?

3) Qual a quantidade dos seguintes nutrientes por porção deste alimento?

Valor energético		Sódio	
Gordura		Proteína	
Fibra Alimentar		Carboidrato	

4) Qual nutriente está presente em maior quantidade neste alimento?

5) Como você classificaria este alimento?

() Energético () Construtor () Regulador

6) Qual a validade deste produto?

7) As empresas de alimentos possuem um canal de comunicação com o consumidor chamado Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC), para casos de dúvidas, reclamações ou sugestões sobre o produto. Procure na embalagem estas informações e anote-as.

8) Anote alguma informação que você achou interessante na embalagem.

9) O que mais chamou sua atenção no rótulo?

10) Relacione as colunas:

DIET

Não contém algum nutriente, normalmente açúcar. Feitos para pessoas com doenças específicas como diabetes.

LIGHT

Não contém algum nutriente. Estratégia de marketing utilizada pela indústria.

ZERO

Redução de 30% no valor energético ou qualquer nutriente. Ex.: gordura, sódio, açúcar.

IDOLATE	
Porção: 100g (1 pote)	
Valor energético	79 kcal
Carboidratos	1,0g
Açúcares	0,0g
Proteínas	0,0g
Gorduras Totais	0,0g
Fibra Alimentar	0g
Sódio	60mg

IDOLATE	
Porção: 100g (1 pote)	
Valor energético	59 kcal
Carboidratos	0,7g
Açúcares	0,0g
Proteínas	0,0g
Gorduras Totais	0g
Fibra Alimentar	0g
Sódio	10mg

IDOLATE	
Porção: 100g (1 pote)	
Valor energético	111 kcal
Carboidratos	8,7g
Açúcares	0g
Proteínas	7,1g
Gorduras Totais	7,0g
Fibra Alimentar	0g
Sódio	22 mg

ANEXO 14

LISTA DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS

Produtos	Nutrientes			Recipiente
Bebidas achocolatadas				
Toddynho Nescau	açúcar			Saquinho plástico
Refrigerantes				
Coca-cola Caçulinha Schin laranja	açúcar			Saquinho plástico
Sucos industrializados				
Del Valle Lata Uva Kappo Uva Tang em pó uva	açúcar			Saquinho plástico
Embutidos				
Nuggets Sadia Salsicha Sadia Hamburguer Perdigão Presunto Sadia Mortadela Ceara	gordura	sódio	Tubo de ensaio e saquinho plástico	
Alimentos consumo rápido				
Miojo Turma da Mônica Hot pocket Sadia Lasanha Perdigão	gordura	sódio	Tubo de ensaio e saquinho plástico	
Salgadinhos				
Torcida Fofura Cheetos Ruffles	gordura	sódio	Tubo de ensaio e saquinho plástico	
Bolacha salgada				
Cream cracker Tostines Club Social Nabisco	gordura	sódio	Tubo de ensaio e saquinho plástico	
Bolacha recheada				
Trakinas Passatempo Wafer Danix	açúcar	gordura	sódio	Tubo de ensaio e saquinho plástico
Bolacha doce				
Passatempo sem recheio Amanteigada Bauducco	açúcar	gordura	Tubo de ensaio e saquinho plástico	
Bolo				
Ana Maria	açúcar	gordura	Tubo de ensaio e	

ANEXO 15

JORNAL

ANEXO 16
CURRÍCULO *LATTES*