



CENTRO COLABORADOR EM ALIMENTAÇÃO
E NUTRIÇÃO DO ESCOLAR
CECANE UFRGS



CARTILHA DO CURSO

**PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR
E NUTRICIONAL NO AMBIENTE ESCOLAR**

(material de apoio)

Organizadores do material: Ana Luiza Sander Scarparo e Tania Beatriz Iwaszko Marques

Equipe Técnica do Curso:

Coordenadora Geral: Profª Luciana Dias de Oliveira

Coordenadora pedagógica do curso: Profª Tania Beatriz Iwaszko Marques

Agente do PNAE - Nutricionista: Ana Luiza Sander Scarparo

Bolsista de Graduação: Daiane Kraemer Lanferdini

Colaboradores: Profª Maurem Ramos (Nutrição/UFRGS); Amália Leonel (Nutricionista); Aline Batista de Sousa (Nutricionista).

Porto Alegre, 2017.

APRESENTAÇÃO

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) é reconhecido como um dos maiores programas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no Brasil, sendo referência para muitos países, uma vez que tem como objetivo ofertar uma alimentação de qualidade, a fim de garantir o direito à alimentação escolar, de todos os estudantes matriculados na Educação Básica de escolas Públicas Brasileiras, e de promover a saúde e a construção de hábitos alimentares saudáveis. Um dos avanços importantes conquistados com a implementação da Lei nº 11.947/2009 foi a inclusão da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) como um dos eixos norteadores do Programa (BRASIL, 2009).

De acordo com estudo de revisão sobre metodologias em EAN, foi constatada uma lacuna entre os discursos e as práticas em torno destas ações, tendo em vista que as pesquisas sobre intervenções educativas em saúde e nutrição não explicitam quais são os referenciais pedagógicos que as regem. Esses estudos ainda evidenciam que existem poucas atividades presentes nas disciplinas escolares e, quando existem, são em sua maioria atividades pontuais, em sala de aula, e que não se articulam com outras ações (SANTOS, 2012).

O Marco de Referência em EAN para as Políticas Públicas (BRASIL, 2012) ao apresentar o tema formação de profissionais destaca que importantes resultados vêm sendo alcançados a partir da incorporação do tema alimentação e nutrição nos currículos e nas formações permanentes dos profissionais de educação.

Diante da necessidade de cursos de formação para os profissionais envolvidos com a alimentação escolar, para o planejamento e implementação de ações de EAN, a equipe do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição do Escolar da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CECANE UFRGS), composta por profissionais das áreas de Nutrição e de Educação, em parceria com o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), elaborou o Curso de Capacitação "Planejamento de ações de Educação Alimentar e Nutricional no ambiente escolar".

Sendo assim, este documento consiste em um material de apoio com o propósito de sistematizar parte do conteúdo teórico a ser tratado no curso. Entretanto, em função da complexidade dos assuntos, outros materiais complementares serão disponibilizados para os cursistas. Cabe referir que este material foi elaborado, especificamente, para dar suporte para os participantes do curso e, portanto, não é permitida a sua reprodução parcial ou total.

Desde já, desejamos um bom curso a todos. Que os assuntos trabalhados nesta cartilha e no curso auxiliem no planejamento e implementação de ações de EAN no ambiente escolar.

Equipe CECANE UFRGS

SIGLAS

AE - Alimentação Escolar

AS - Alimentação Saudável

CAE - Conselho de Alimentação Escolar

CECANE - Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição do Escolar

CFN - Conselho Federal de Nutricionistas

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada

EaD - Educação a distância

EAN - Educação Alimentar e Nutricional

EB - Educação Básica

E EI - Estabelecimentos de Educação Infantil

EF - Ensino Fundamental

EI - Educação Infantil

EM - Ensino Médio

EEx - Entidade Executora

FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LDB - Lei de Diretrizes e Bases

LOSAN - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

Moodle - Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment

ONU - Organização das Nações Unidas

PAS - Promoção da Alimentação Saudável

PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais

PIDESC - Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

RS - Rio Grande do Sul

RT - Responsável Técnico

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SEDUC - Secretaria Estadual de Educação

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

4. Transição alimentar e nutricional.....	6
5. Promoção da saúde x Promoção da alimentação adequada e saudável	13
5.1. Dez passos para a alimentação saudável	17
5.2. Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos	21
Referências bibliográficas.....	26

4. Transição alimentar e nutricional

Ao longo dos anos, o Brasil tem acompanhado uma inversão nos padrões da distribuição dos distúrbios nutricionais apresentados por sua população. Se por um lado há alguns anos atrás o principal enfrentamento nutricional do país era o da **fome** e da **desnutrição**, hoje a prevalência de **obesidade** tem crescido ano após ano de forma alarmante.



Este padrão tem sido sustentado pela **mudança de hábitos alimentares** do brasileiro, que migrou de uma situação de escassez alimentar e de desnutrição, para a realidade de más escolhas alimentares, nas quais alimentos cada vez mais processados com altos índices calóricos, ricos em açúcares simples, sódio e gorduras, associados ao aumento da renda média e ao surgimento de modos de vida mais sedentários, resultaram no aumento de peso médio da população, especialmente as populações mais necessitadas financeiramente.

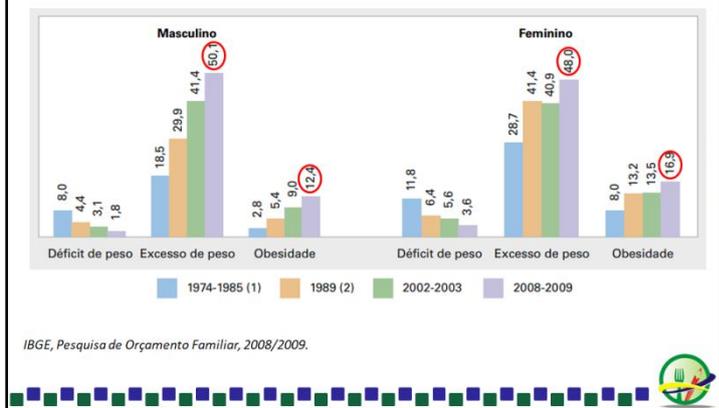
Este processo de mudança é chamado de **Transição Alimentar e Nutricional** que se compreende como uma ação no tempo que está relacionada às **mudanças de padrões nutricionais de populações**, essencialmente determinadas por alterações na estrutura da dieta e na composição corporal dos indivíduos, resultando em importantes mudanças no perfil de saúde e nutrição. A transição nutricional está relacionada com uma complexa rede de alterações nos padrões demográfico, socioeconômico, ambiental, agrícola e de saúde, envolvendo fatores tais como urbanização, crescimento econômico, distribuição de renda, incorporação de tecnologias e mudanças culturais (BRASIL, 2012; POPKIN, 2002).



Embora haja a transição das doenças nutricionais agudas para as crônicas, as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica ainda são prevalentes em populações mais carentes, como é o caso das comunidades indígenas e quilombolas, e de crianças e mulheres que vivem em regiões mais vulneráveis como as regiões norte e nordeste do país e em bolsões de pobreza nas demais regiões, o que caracteriza a desnutrição, sem dúvida, como fruto da desigualdade social e pobreza brasileira (BRASIL, 2012; COUTINHO et al., 2008).

Situação de Saúde Adultos - Brasil

✓ Evolução de indicadores antropométricos: 20 ou mais anos, por sexo



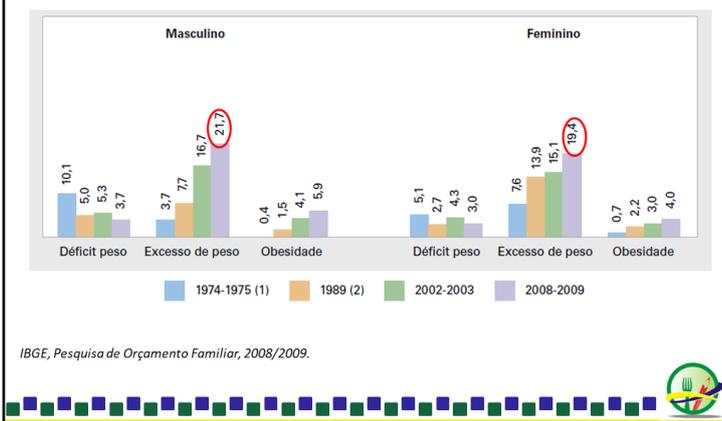
Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003, verificou-se uma menor prevalência de baixo peso de 2,8% para homens e 5,4% para mulheres (IBGE, 2004). Para a OMS, prevalências de baixo peso de até 5% são consideradas aceitáveis em países em desenvolvimento. Desta forma, o déficit ponderal em adultos não é mais considerado um problema de saúde pública brasileiro.

Entre adolescentes, a última POF apontou 3,7% de frequência de déficit ponderal. No caso das crianças menores de cinco anos, o déficit de peso por idade foi reduzido nacionalmente de 16,6%, segundo o ENDEF, para 4,6%, de acordo com os dados da POF de 2002-2003. Nas regiões Norte (área urbana) e Nordeste, a prevalência de déficit de peso partia de valores mais altos, de 21,7% a 24,9% no ENDEF, e foi reduzida de forma contínua ao longo dos inquéritos, alcançando 6,7% e 5,4% (COUTINHO et al., 2008).

Desde a década de 70, o Brasil tem apresentado uma redução das prevalências de baixo peso em ambos os sexos, em diversas fases da vida e em todas as regiões do país. O *Estudo Nacional da Despesa Familiar* (ENDEF), realizado em 1974-1975, mostrou que 7,2% dos homens e 10,2% das mulheres apresentavam déficits ponderais. Já na *Pesquisa de*

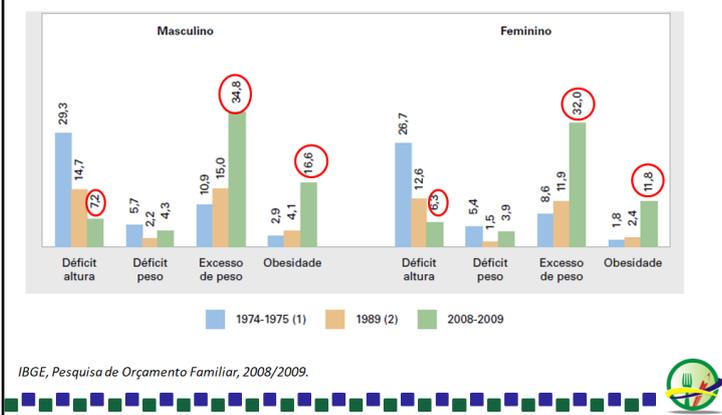
Situação de Saúde Adolescentes - Brasil

✓ Evolução de indicadores antropométricos: 10 a 19 anos, por sexo



Situação de Saúde Crianças - Brasil

✓ Evolução de indicadores antropométricos: 5 a 9 anos de idade, por sexo



A baixa estatura tem sido relacionada ao atraso na capacidade intelectual, baixo rendimento escolar, menor capacidade física para o trabalho, além de ser considerada como um determinante do maior risco para gerar crianças com baixo peso ao nascer entre as mulheres. Diversas variáveis sócio-econômicas foram relacionadas à baixa estatura, sendo as maiores prevalências, observadas entre crianças de um ano de idade (11%), de famílias nas quais eram realizadas menos de três refeições ao dia (16,2%) e que tinham mães sem instrução (14,8%). No entanto, apesar de o Brasil apresentar déficits estaturais importantes, eles ficam abaixo da média global (24,1%) e da média das nações em desenvolvimento (26,5%). Neste estudo, o Brasil registrou resultados melhores que a maioria dos países sul-americanos estudados (Bolívia, Colômbia, Guiana, Peru, Venezuela), ficando em posição desfavorável somente em relação ao Chile e ao Uruguai (COUTINHO et al., 2008).

Contudo, o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e as doenças crônicas advindas destas condições têm sido a principal causa de morte entre os adultos (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015), mostrando o outro lado da transição nutricional da população brasileira. Ao mesmo tempo que o país comemora a diminuição dos casos de desnutrição, são observadas prevalências crescentes de excesso de peso e, conseqüentemente, o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis por



70% das causas de morte no Brasil (BRASIL, 2012; IBGE, 2013). A hipertensão arterial, prevalente em 21,4% da população brasileira acima de 18 anos (IBGE, 2013), e a obesidade são, segundo a Organização Mundial da Saúde, os dois principais fatores de risco responsáveis pela maioria dos óbitos e doenças na maior parte do mundo. No Brasil, as doenças cardiovasculares têm sido há quatro décadas a primeira causa de morte no país, e esta vem acompanhada de um aumento da mortalidade por diabetes, prevalente em 6,2% da população acima dos 18 anos (IBGE, 2013), e a ascensão de alguns tipos de neoplasias malignas (COUTINHO et al., 2008). Os inquéritos populacionais têm mostrado um aumento expressivo do problema entre os homens, em todas as regiões brasileiras, alcançando 41% de excesso de peso e 8,8% de obesidade (COUTINHO et al., 2008). Entre as mulheres, o excesso de peso apresentou um aumento de 48,0% entre 1974-1975 e 2008-2009, e de 50,1% entre os homens, no mesmo período. Segundo o Vigitel (sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), a **obesidade tem avançado 1% a cada ano**, entre os adultos, estimando-se que, se ações de prevenção e controle ao ganho de peso não forem implementadas, em cerca de 20 anos, o excesso de peso no país atingirá 70% da população (BRASIL, 2012).

Neste processo de transição nutricional, é comum encontrar em uma mesma comunidade a presença de desnutrição, carência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistindo. Esta é uma condição que não está presente apenas no Brasil, mas em outros países em desenvolvimento, ocasionada principalmente pela má-alimentação (COUTINHO et al. 2008). As pesquisas do Ministério da Saúde apontam que a cada ano a prevalência de obesidade, entre adultos brasileiros, cresce cerca de 0,8% ao ano. Ao todo, são 75 milhões de brasileiros que já apresentam algum grau de sobrepeso e de obesidade, dentre eles 5,7 milhões de crianças entre 5 e 9 anos, o que representa 01 em cada 03 crianças nessa idade. As pesquisas mostram ainda que a velocidade de crescimento do sobrepeso e da obesidade na população de menor renda é maior, mostrando o quanto esta população está mais vulnerável e mais susceptível a essa problemática.

Segundo a última POF, 50% dos brasileiros apresenta excesso de peso. Entre os adolescentes de 10-19 anos, a prevalência de sobrepeso é de 21,7 % entre os meninos, e 19,4 % entre as meninas, um aumento de cerca de 30% em seis anos. Na faixa etária dos 5 aos 10 anos, a prevalência é de 34,8% entre os meninos e 32% entre as meninas (IBGE, 2010). A obesidade interfere na qualidade de vida do indivíduo e da coletividade, além de ser um forte fator de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, entre outros), com o impacto expressivo na taxa de mortalidade do Brasil e, conseqüentemente, nos custos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014). Estima-se que o Ministério da Saúde gaste 7,5 bilhões, por ano, em atendimentos ambulatoriais e internações em função de doenças crônicas não transmissíveis (COUTINHO et al., 2008).

O consumo de alimentos ultraprocessados, como biscoitos recheados, salgadinhos, refrigerantes, macarrão instantâneo, é hoje um dos principais fatores associados ao aumento de peso da população. O baixo custo de compra, as embalagens em tamanhos gigantes, o excesso de aditivos como sal, açúcar, gorduras saturadas e trans, e outras substâncias de uso exclusivo



industrial, o alimentar-se de forma

displicente e a falta de regularidade no intervalo entre as refeições, somados à diminuição do consumo de cereais (especialmente os integrais), leguminosas, frutas, verduras e legumes, são alguns dos fatores que levam as pessoas ao aumento de peso, à hipertensão, ao diabetes e ao colesterol alto, este último prevalente em



12,5% da população acima dos 18 anos (BRASIL, 2015; COUTINHO et al., 2008; IBGE, 2013).

A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no ano de 2013, apresentou vários indicadores importantes no manejo das doenças ocasionadas pela má nutrição. Em se tratando do consumo



alimentar, **apenas 37,3% dos pesquisados com 18 anos ou mais consumiam a recomendação da OMS de pelo menos 400 g (5 porções) diárias de frutas, verduras e legumes.**

Esse percentual se mostrou maior dentro do sexo feminino (39,4%) e mostrava aumento com a idade e com o grau de escolaridade. Nesta

mesma faixa etária, 23,4 % das pessoas referiu consumo regular de refrigerantes (consumo de pelo menos 5 vezes na semana de refrigerantes ou sucos artificiais), sendo este consumo maior entre os homens (26,6%) do que entre as mulheres (20,5%) (IBGE, 2013).



A média brasileira de prática de atividade física no tempo livre, sendo 150 minutos semanais de atividades de intensidade leve a moderada, como a caminhada, ou 75 minutos de atividade física vigorosa, como a corrida, é de apenas 22,5% para aqueles que tem 18 anos ou mais, sendo ela mais frequente entre os homens (27,1%), do que entre as mulheres (18,4%). A proporção de indivíduos que foram considerados insuficientemente ativos, ou seja, praticam menos de 150 minutos por semana de atividade física quando considerados os períodos de lazer, de trabalho e de deslocamento para o trabalho é de 46,0%. Mais da metade das pessoas com 60 anos ou mais era inativa (62,7%). Dos indivíduos sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto, 50,6% são considerados inativos (IBGE, 2013).



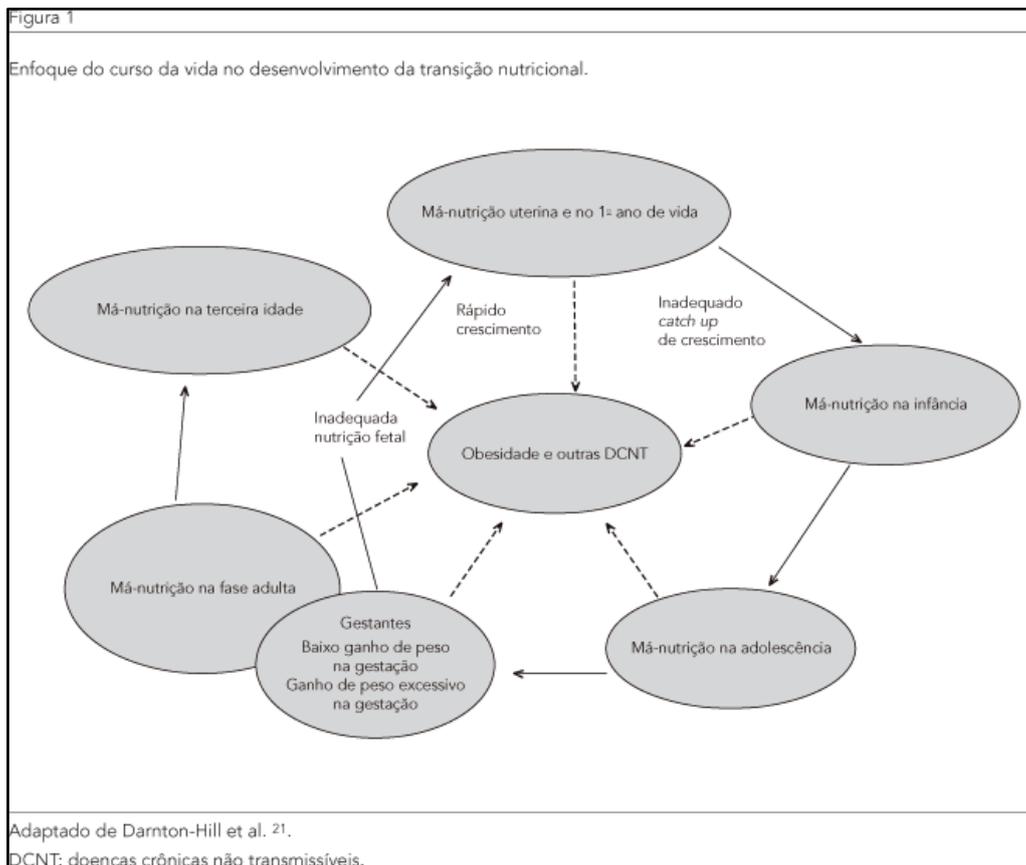
Com o intuito de auxiliar no enfrentamento ao sobrepeso e à obesidade, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), com a participação do

Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e da Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), elaboraram o documento Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: “orientando sobre modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira”, que foi pautado em **seis grandes eixos de ação**, que são (BRASIL, 2014):

- a disponibilidade e o acesso a alimentos adequados e saudáveis;
- a educação, a comunicação e a informação;
- a promoção de modos de vida saudáveis nos ambientes/territórios;

- a vigilância alimentar e nutricional e das práticas de atividade física da população;
- a atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade; e
- a regulação e o controle da qualidade e da inocuidade dos alimentos.

O enfoque do curso da vida foi desenvolvido com base em estudos de coortes em diversos países, inclusive no Brasil, sugerindo que exposições nutricionais, ambientais e padrões de crescimento durante a vida intra-uterina e nos primeiros anos de vida podem ter efeitos importantes sobre as condições de saúde do adulto. O retardo de crescimento intra-uterino e o ganho de peso excessivo nos primeiros anos de vida têm sido associados com o risco aumentado para obesidade, hipertensão, síndrome metabólica, resistência insulínica e morbimortalidade cardiovascular na vida adulta, entre outros desfechos desfavoráveis. Esse ciclo perverso está ilustrado na adaptação do modelo proposto por Darnton-Hill et al., conforme a Figura 1 (COUTINHO et al., 2008, DARNTON-HILL et al., 2004).



Por isso, as estratégias clássicas de saúde pública, como o pré-natal para as gestantes, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, fomento do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, complementar até o segundo ano de vida, e ainda uma alimentação complementar adequada, devem ser priorizadas e fortalecidas em âmbito local de atenção à saúde para garantir um

melhor estado nutricional e a possibilidade de eliminar a desnutrição em áreas e grupos populacionais específicos. Para atuar neste dilema da saúde pública contemporânea, é necessário priorizar uma agenda única de nutrição, no enfoque do curso da vida, quebrando um ciclo vicioso que se inicia ainda no período intra-uterino, e se perpetua ao longo da vida. Assim, é fundamental associar *medidas de incentivo* voltadas ao indivíduo como as estratégias de informação, campanhas e educação alimentar e nutrição; com *medidas de apoio* que auxiliem os indivíduos a fazerem suas escolhas alimentares mais saudáveis, como, por exemplo: rotulagem nutricional dos alimentos, incentivos voltados à produção dos alimentos, comercialização, abastecimento e acesso físico a alimentos mais saudáveis (COUTINHO et al., 2008).

O grande desafio da nutrição no âmbito da saúde pública está em saber lidar ao mesmo tempo com situações aparentemente contraditórias, como a desnutrição e a obesidade e suas implicações. Para isso é imprescindível que haja uma abordagem integral que possibilite a prevenção das doenças causadas por deficiências nutricionais e a redução da prevalência do excesso de peso, assim como das doenças a ele associadas.

5. Promoção da saúde x Promoção da alimentação adequada e saudável

Entende-se por alimentação adequada e saudável a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente, que devem estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; 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 (BRASIL, 2012). Uma vez que a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, o que possibilita a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania, a promoção da saúde passa, necessariamente, pela eliminação da fome, da má nutrição e dos agravos relacionados ao excesso de peso, meta essencial para a qualidade de vida das coletividades (BRASIL, 2008).

A Promoção da Alimentação Saudável (PAAS) é uma das vertentes da Promoção à Saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. As ações de promoção da saúde constituem-se as formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e os determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2012). A promoção de práticas alimentares saudáveis está inserida no contexto da adoção de modos de vida saudáveis, sendo, portanto, componente importante da promoção da saúde e qualidade de vida. Constitui um eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) e uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2013), e está pautada na concretização do direito humano universal à alimentação e à nutrição adequadas e na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população (BRASIL, 2008).

Em se tratando do conceito de "Promoção de Saúde", duas conferências mundiais, a conferência de Ottawa, de 1986, e a conferência de Bogotá, de 1992, trouxeram, a partir de suas cartas, importantes referenciais teóricos para a ampliação do entendimento sobre o que vem a ser promoção de saúde.

Apresentando referências que são, hoje, utilizadas ao redor de todo o mundo, a Carta de Ottawa traz como propostas de ação a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o aumento dos poderes técnico e político das comunidades ("empoderamento"), a reorientação do sistema de saúde e o desenvolvimento de

habilidades pessoais. Nesta carta, a promoção da saúde foi definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Nesse sentido, deve proporcionar à população as condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre a saúde, envolvendo a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade (BURITY et al., 2010; DIEZ-GARCIA e CERVATO-MANCUSO, 2013).

A conferência de Bogotá, a luz da Carta de Santa Fé, estabeleceu cinco princípios para a consolidação da promoção da saúde nessa região, que são:

- A superação das desigualdades de ordem econômica, ambiental, social, política, cultural e de cobertura, acesso e de qualidade de serviços de saúde.
- A necessidade de ações que contribuam para o controle das enfermidades causadas pelo atraso e pela pobreza e daquelas que são fruto da urbanização e da industrialização.
- A reafirmação da democracia nas relações políticas e sociais.
- A consolidação da equidade, por meio da eliminação de “diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas, que restringem as oportunidades para alcançar o direito ao bem estar”.
- O desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e das sociedades.

Ainda nesta conferência foram apontadas três estratégias para a implementação da promoção e da saúde:

- 1) Impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, atitudes e relações.
- 2) Transformar o setor saúde, valorizando a promoção de saúde.
- 3) Mobilizar as pessoas com vistas a comprometê-las a fazer da saúde como prioridade.

A noção de promoção da alimentação saudável extrapola a ideia de exclusivamente promover saúde e prevenir doenças do indivíduo, passando a incorporar as noções de garantia do direito à alimentação adequada, resgate e valorização da cultura e da subjetividade na relação com a comida, fortalecimento da cidadania, sustentabilidade ambiental, justiça social, dentre outros aspectos. O modo de vida das sociedades modernas facilita o distanciamento de uma vida saudável, mesmo nos segmentos mais ricos da população. O rápido declínio no gasto energético relacionado a trabalhos que demandam menos esforço físico, somado às atividades sedentárias de lazer (como a permanência de horas em frente à TV, jogos eletrônicos) e o aumento no consumo de alimentos com alta concentração de gorduras, açúcares e sal vêm causando vários tipos de doenças. Essas doenças (obesidade, diabetes, colesterol elevado e hipertensão), originalmente características dos adultos, atualmente já são observadas em crianças e em todas as faixas de renda de nossa sociedade. Nesse contexto, portanto, a promoção de práticas alimentares saudáveis é urgente (BURITY et al., 2010).

Ao promover a alimentação saudável, nenhuma ação isolada, quer seja ela individual ou coletiva, institucional ou na esfera das políticas públicas, dá conta por si só de provocar uma transformação duradoura nas práticas alimentares de pessoas e populações. Para isso é preciso contemplar um conjunto de ações complementares e colaborativas que se deem de maneira simultânea ou de forma encadeada e que respondam ao complexo leque de fatores que determinam e caracterizam a questão alimentar contemporaneamente (DIEZ-GARCIA e CERVATO-MANCUSO, 2013).

Nesta ótica, no ano de 2006, o governo brasileiro deu um grande passo em direção da promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional com a publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável, trazendo as primeiras diretrizes oficiais para a nossa população. Este guia se constituiu em um marco de referência para indivíduos, governo e profissionais de saúde sobre a promoção da alimentação adequada e saudável. Posteriormente, sob meta do Plano Plurianual e do I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, surge “O Guia Alimentar para a População Brasileira”, publicado no ano de 2014, sendo um instrumento fundamental no apoio e incentivo às práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, assim como subsídio para as políticas públicas, programas e ações que visem ao incentivo, ao apoio, à proteção e à promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional da população brasileira (BRASIL, 2014).

Segundo Burity et al. (2010), mesmo que o setor saúde realizasse campanhas educativas para incentivo à atividade física diária e para a alimentação saudável e adequada, isto não geraria o impacto suficiente e necessário para controlar e reduzir o número de casos de pessoas com as doenças já mencionadas. É necessário um compromisso concreto de outros setores para garantir que cada uma das áreas de governo faça a sua parte para a promoção da saúde. Neste sentido, são citados alguns exemplos a serem realizados em prol da promoção da saúde e alimentação saudável:

- Incentivar escolas, creches e restaurantes (nos locais de trabalho) a adotarem uma alimentação saudável para seus usuários;
- Restringir a comercialização de alimentos não saudáveis nas escolas;
- Controlar as práticas de marketing de alimentos, especialmente aquelas dirigidas às crianças;
- Estabelecer novos parâmetros para os alimentos industrializados no que se refere à quantidade de gorduras, sal e açúcar e componentes químicos;
- Ampliar o apoio à produção e à comercialização de alimentos da agroecologia;
- Implantar parâmetros limitantes e reforçar o controle para o uso de agrotóxicos e outros insumos nocivos à saúde humana e animal;
- Ampliar e aprimorar a rotulagem de alimentos para que os indivíduos possam fazer uma escolha informada no momento da compra;

- Implementar ações efetivas para a promoção do consumo de alimentos produzidos localmente, que tenham referência cultural da comunidade;
- Adequar a infra-estrutura das escolas e dos locais de trabalho para que seus usuários disponham de espaços adequados para a realização de atividades físicas;
- Criar ou manter espaços públicos (calçadas públicas, praças, parques) adequados e seguros para a prática de atividades físicas e esportes, etc.
- Universalizar a rede de saneamento básico;
- Efetivar uma política habitacional que garanta a todos moradias adequadas;
- Garantir condições e ambientes de trabalho adequados.

A alimentação e a nutrição adequadas são requisitos básicos para o crescimento e desenvolvimento humano ideal e devem estar inseridas em ações integradas de promoção de modos de vida saudáveis, lembrando que os direitos humanos (paz, alimentação, terra e território, moradia, renda, educação, ecossistema estável, justiça social e equidade) são indivisíveis e inter-dependentes. A formação dos hábitos alimentares inicia-se logo durante a primeira infância. Isso exige que hábitos saudáveis de alimentação sejam estimulados precocemente, com o estímulo ao aleitamento materno, e sigam ao longo do curso da vida. Portanto, uma das estratégias fundamentais para a promoção da saúde e da nutrição é a promoção da alimentação saudável durante todo o ciclo da vida.

5.1. Dez passos para a alimentação saudável

Neste item, você encontra uma sistematização dos "Dez passos para uma alimentação adequada e saudável" (BRASIL, 2014), referidos no Guia alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2014.



Passo 1 - Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação



Passo 2 - Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias



Passo 3 - Limitar o consumo de alimentos processados



Passo 4 - Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados



Passo 5 - Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia



Passo 6 - Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados



Passo 7 - Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias



Passo 8 - Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece



Passo 9 - Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora



Passo 10 - Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

Passo 1 - Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação

Em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, alimentos in natura ou minimamente processados são a base ideal para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. Variedade significa alimentos de todos os tipos – grãos, raízes, tubérculos, farinhas, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, ovos e carnes – e variedade dentro de cada tipo – feijão, arroz, milho, batata, mandioca, tomate, abóbora, laranja, banana, frango, peixes etc.

Passo 2 - Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias

Utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos in natura ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.

Passo 3 - Limitar o consumo de alimentos processados

Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Em pequenas quantidades, podem ser consumidos como ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados.

Passo 4 - Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados

Devido a seus ingredientes, alimentos ultraprocessados – como biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo” – são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos in natura ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.

Passo 5 - Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia

Procure fazer suas refeições em horários semelhantes todos os dias e evite “beliscar” nos intervalos entre as refeições. Coma sempre devagar e desfrute o que está comendo, sem se envolver em outra atividade. Procure comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades ilimitadas de alimento. Sempre que possível, coma em companhia, com familiares, amigos ou colegas de trabalho ou escola. A companhia nas refeições favorece o comer com regularidade e atenção, combina com ambientes apropriados e amplia o desfrute da alimentação. Compartilhe também as atividades domésticas que antecedem ou sucedem o consumo das refeições.

Passo 6 - Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados

Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos in natura ou minimamente processados. Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.

Passo 7 - Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias

Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero. Se você não tem habilidades culinárias – e isso vale para homens e mulheres –, procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet, eventualmente faça cursos e... comece a cozinhar!

Passo 8 - Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece

Planeje as compras de alimentos, organize a despensa doméstica e defina com antecedência o cardápio da semana. Divida com os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições. Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer. Reavalie como você tem usado o seu tempo e identifique quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.

Passo 9 - Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora

No dia a dia, procure locais que servem refeições feitas na hora e a preço justo. Restaurantes de comida a quilo podem ser boas opções, assim como refeitórios que servem comida caseira em escolas ou no local de trabalho. Evite redes de fast-food.

Passo 10 - Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

Lembre-se de que a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Avalie com crítica o que você lê, vê e ouve sobre alimentação em propagandas comerciais e estimule outras pessoas, particularmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.

5.2. Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos

O guia alimentar para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2013) é um manual que apresenta dez passos para uma alimentação saudável para crianças de até dois anos de idade e tem por objetivo auxiliar os profissionais da área da saúde na orientação de mães e cuidadores sobre alimentação saudável das crianças pequenas brasileiras, levando em consideração o perfil epidemiológico e a cultura alimentar do país.

Passo 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento

O leite materno é tudo que a criança precisa até o final do primeiro semestre, por isso, antes dos seis meses, não deve ser oferecido qualquer complemento ao leite materno, seja ele água, chá, sucos, etc. Estes complementos prejudicam a sucção do bebê, fazendo com que ele mame menos leite materno, além de ser um perigoso meio de contaminação que pode aumentar o risco para doenças. Ainda, o uso de mamadeiras faz com que o bebê engula mais ar (aerofagia), aumentando o desconforto abdominal pela formação de gases, o que provoca as cólicas e aumenta os riscos de problemas ortodônticos e fonoaudiológicos. O bebê que mama no peito cresce mais, tem uma saúde melhor e adocece menos.



Passo 2 - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais

Para que o bebê continue crescendo bem, a partir dos seis meses, ele necessita receber outros alimentos além do leite materno. Neste período, as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas só com o leite materno, embora este ainda continue sendo uma fonte importante de calorias, nutrientes e fator protetivo contra doenças até os dois anos de idade. Inicialmente deve-se ofertar papas de frutas, posteriormente evoluindo para papas salgadas e, a partir dos 8 meses, a criança pode gradualmente receber a mesma alimentação preparada para a família. Os alimentos devem ser oferecidos amassados, desfiados, triturados ou picados em pedaços pequenos, com fontes alimentares que respeitem a identidade cultural familiar, associando o uso de água potável para hidratação da criança.

Passo 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno

A alimentação oferecida ao bebê, depois dos seis meses, deve ser composta de grãos (cereais e feijões), carnes, frutas e verduras. Os alimentos complementares são constituídos pela maioria dos alimentos básicos que compõem a alimentação do brasileiro. Eles devem ser oferecidos três vezes ao dia (papa de fruta, papa salgada e papa de fruta), após os 7 meses, oferecidos quatro vezes ao dia (duas papas de frutas e duas papas salgadas), ao completar 12 meses é importante que a criança



tenha três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches, pois contribuem com o fornecimento de energia, proteína e micronutrientes, além de preparar a criança para a formação dos hábitos alimentares saudáveis no futuro.

Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança

Crianças amamentadas desenvolvem muito cedo a capacidade de autocontrole sobre a ingestão de alimentos, de acordo com as suas necessidades, pelo aprendizado da saciedade e pela sensação fisiológica da fome durante o período de jejum. Mais tarde, dependendo dos alimentos e da forma como lhe são oferecidos, também desenvolvem o autocontrole sobre a seleção dos alimentos. A criança que inicia a alimentação complementar está aprendendo a testar novos sabores e texturas de alimentos e sua capacidade gástrica é pequena. É importante que o intervalo entre as refeições seja regular (2 a 3 horas).

Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família

A alimentação oferecida à criança deve ser, desde o início, espessa sob a forma de papas e purês. Como a criança tem capacidade gástrica pequena e consome poucas colheradas no início da introdução dos alimentos complementares, é necessário garantir o aporte calórico com papas de alta densidade energética. Com 8 meses, a criança que for estimulada a receber papas com consistência espessa, vai desenvolver melhor a musculatura facial e a capacidade de mastigação, aceitando com mais facilidade a comida da família. Os alimentos devem ser bem cozidos em água



suficiente para serem amassados com o garfo, deixando a consistência com aspecto pastoso. Nesta idade, algumas preparações da casa como arroz, feijão, cozidos de carne ou legumes podem ser oferecidos, desde que amassados ou desfiados e que não tenham sido preparados com condimentos excessivos.

Passo 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida

Os nutrientes estão distribuídos nos alimentos de forma variada. Todos os dias devem ser oferecidos alimentos de todos os grupos alimentares e deve-se variar os alimentos dentro de cada grupo (pratos coloridos têm uma boa variedade de nutrientes). A oferta de diferentes alimentos, durante as refeições, como frutas e papas salgadas vai garantir o suprimento de todos os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento normais. A papa deve conter um alimento de cada grupo: cereais ou tubérculos, leguminosas, legumes e verduras e carne ou ovo, e diariamente um novo alimento de cada grupo pode ser usado para compor a papa. Apenas uma alimentação variada oferece à criança quantidade de vitaminas, cálcio, ferro e outros nutrientes que ela necessita.

Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições

A criança que desde cedo come frutas, verduras e legumes variados, recebe maiores quantidades de vitamina, ferro e fibras, além de adquirir hábitos alimentares saudáveis. As frutas devem ser oferecidas in natura, amassadas, ao invés de sucos. O consumo de suco natural deve ser limitado, estes não devem ser utilizados como uma refeição ou lanche, por conterem menor densidade energética que a fruta em pedaços. Se a criança recusar determinado alimento, procure oferecer novamente em outras refeições. São necessárias, em média, oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança. No primeiro ano de vida não se recomenda que os alimentos sejam muito misturados, porque a criança está aprendendo a conhecer novos sabores e texturas dos alimentos. Quando a criança já senta à mesa, o exemplo do consumo desses alimentos pela família vai encorajá-la a consumi-los.



Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação

Alguns alimentos não devem ser dados para a criança pequena porque não são saudáveis, além de tirar o apetite da criança e competir com os alimentos nutritivos. A adição de açúcar é

desnecessária e deve ser evitada nos dois primeiros anos de vida. Até completar um ano de vida, não é recomendado o consumo de café, chás, mate, enlatados e refrigerantes, pois pode irritar a mucosa gástrica, comprometendo a digestão e a absorção dos nutrientes. O sal iodado é importante para que a criança se adapte à alimentação da família, porém seu uso deve ser moderado e restrito às papas salgadas. O consumo de alimentos não nutritivos (ex. refrigerantes, salgadinhos, açúcar, frituras, doces, gelatinas industrializadas, refrescos em pó, temperos prontos, margarinas, achocolatados e outras guloseimas) está associado à anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares. As frituras são desnecessárias, a fonte de lipídeo para a criança já está presente naturalmente, no leite, nas fontes proteicas e no óleo vegetal utilizado para o cozimento dos alimentos. O mel é totalmente contra-indicado no primeiro ano de vida pelo risco de contaminação com *Clostridium botulinum*, que causa botulismo.

Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados

Enquanto o aleitamento materno exclusivo protege as crianças contra a exposição a micro-organismos patogênicos, a introdução de outros alimentos as expõem ao risco de infecções, o que aumenta a possibilidade de doenças diarréicas que constituem importante causa de morbidade e mortalidade entre crianças pequenas. Em função disso, recomenda-se que: seja usada água potável para o preparo e ingestão das crianças; as mãos sejam bem lavadas com água e sabão, toda vez que for preparar ou oferecer o alimento à criança; as frutas, legumes e verduras sejam lavados em água corrente e colocados de molho por dez minutos, em água clorada, na diluição de uma colher de sopa do produto para cada litro de água, e posteriormente enxaguados em água corrente; os alimentos sejam bem cozidos e oferecidos em recipientes limpos e higienizados; se, após a refeição, sobrar alimentos no prato (restos), eles não podem ser oferecidos posteriormente; quando guardados, se mantenha a refrigeração abaixo de 5°C, em recipientes limpos, secos, tampados e longe do contato de insetos e sujidades.

Passo 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação

A criança doente precisa comer mais para não perder peso e recuperar-se mais rapidamente. Por isso, é importante manter a amamentação e oferecer os alimentos saudáveis de sua preferência. A criança com infecção ingere



menos alimentos pela falta de apetite, porque está vomitando ou porque sente cólicas e gasta mais energia devido à febre e ao aumento da produção de alguns hormônios e anticorpos. Episódios frequentes de infecção podem levar ao atraso no desenvolvimento e a certas deficiências nutricionais (vitamina A, zinco e ferro). Esses fatores aumentam a vulnerabilidade da criança a novos episódios de infecção, formando um ciclo vicioso, que vai comprometer o seu estado nutricional. O aleitamento materno protege a criança contra as infecções e contribui para que elas sejam menos graves, fornecendo agentes imunológicos eficazes e micronutrientes que são melhor absorvidos e aproveitados. Ao recuperar o apetite, a criança deve receber mais uma refeição extra ao dia, para compensar a inapetência da fase aguda da doença. Crianças em aleitamento materno exclusivo devem aumentar a frequência das mamadas. Nos casos das crianças febris e/ou com diarreia, a oferta de líquidos e água (em copo) deve ser aumentada.

Importante:

O Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, publicado em 2002 e atualizado em 2010, está em processo de revisão.

Para tanto, foi constituído um Grupo Técnico de revisão do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, contando com a parceria entre a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, o Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e outras instituições e pesquisadores parceiros.

Esse processo foi iniciado por oficinas de escuta com gestores, pesquisadores e profissionais, com a sociedade civil e com famílias que tinham crianças menores de dois anos a fim de conhecer demandas, dúvidas e práticas habituais no que se refere à alimentação das crianças menores de dois anos. Para dar concretude às suas diretrizes e recomendações, a nova edição do Guia será complementada por receitas e orientações culinárias sobre a preparação da alimentação de crianças menores de dois anos que contemplem as diferentes realidades das famílias brasileiras e sejam embasadas nessas experiências práticas. Entre julho e agosto de 2017, foi aberto um edital "chamada de interessados em contribuir com a formulação e avaliação de receitas culinárias caseiras para o guia alimentar para crianças menores de dois anos".

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p.: Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Dez Passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Recomendação para Estados e Municípios. Brasília, DF: CAISAN, 2014. 39 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8.553, de 3 de novembro de 2015. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável. 2015.

COUTINHO J. G.; GENTIL P. C.; TORAL N. A desnutrição e a obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única de nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. 332-340, 2008.

DARNTON-HILL I.; NISHIDA C.; JAMES W.P. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. **Public Health Nutrition**, Cambridge, v.7, n.1, p. 101-121, 2004.

DIEZ-GARCIA R.W.; CERVATO-MANCUSO A.M. Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 130p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 150.p

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. - Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 181.p

POPKIN B.M. An overview on the nutrition transition and its health implications: The Bellagio meeting. **Public Health Nutrition**, Cambridge, v. 5, n. 1, p. 93-103,2002.