

Modificações do perfil nutricional a partir de novas práticas de promoção da saúde alimentar

Getulio Freitas de Paula¹, Laís Marques Gontijo¹, Daiani Mendes dos Santos², Virgínia Resende Silva Weffort³, Helena Hemiko Iwamoto⁴

¹ Enfermeiros. Mestrandos em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

² Acadêmica do oitavo período de Enfermagem da Faculdade de Talentos Humanos (FACTHUS).

³ Médica. Doutora em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo (USP)

⁴ Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP).

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde tem sido descrita como prevenção de agravos à saúde, o compromisso social com a qualidade de vida, forma de resposta social organizada aos problemas e necessidades de saúde de uma população, planejamento e avaliação com ênfase na integralidade e no cuidado.¹

O termo promoção da saúde foi empregado pela primeira vez em um relatório divulgado em 1974, que ficou conhecido como Relatório Lalonde devido ao sobrenome de seu autor, Mark Lalonde, ministro da *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) no Canadá.²

Posteriormente, as ideias sobre promoção da saúde foram introduzidas no Brasil em meados dos anos 80, na 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986. Essas ideias receberam destaque semelhante àquelas propostas durante a 1ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. Naquele mesmo ano, a partir daí foi definido o conceito de saúde como não apenas ausência de doença, mas também levando em conta outras necessidades básicas, inclusive ambiente propício para crescimento e desenvolvimento e a busca pela realização plena do potencial humano.³

Compreender a alimentação como forma de cuidado a ser considerado na perspectiva de melhoria da qualidade de vida é valorizado na criação da Política Nacional de Promoção da Saúde por parte do Ministério da Saúde e demais entidades envolvidas no processo.⁴

Uma forma de alta sensibilidade utilizada para avaliar o perfil nutricional dos indivíduos é a partir dos chamados dados antropométricos. Para isto, é importante o estabelecimento de uma padronização que se dá a partir da orientação de formação de pontos de corte em que se estabelece a normalização de determinado dado obtido. Desta forma, é estabelecido se os indivíduos de determinado grupo populacional se apresentam desnutridos, eutróficos, com sobrepeso ou mesmo com algum tipo de obesidade.⁵

A partir do estabelecimento e incorporação de valores antropométricos na rede básica de saúde, foi possível perceber rápida diminuição das taxas de desnutrição associada ao aumento das taxas de sobrepeso e obesidade, fato este que ocorre desde a década de 70 e que agrega novas preocupações no âmbito das políticas públicas que envolvem os cuidados alimentares e nutricionais de adultos e crianças.⁶

A população tem a necessidade e o direito ao esclarecimento quanto à alimentação saudável e é de compromisso do governo promover ações que visem à saúde

alimentar e, ainda, de acordo com o mesmo, capacitar profissionais para execução dessas ações.⁷

A abordagem das práticas voltadas para a promoção da saúde justifica-se por serem de suma importância para o bem-estar coletivo, visto que garantem subsídios à população para o autocuidado, e a alimentação apresenta-se como um dos determinantes na melhoria da qualidade de vida.

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foram pesquisados estudos que associavam a promoção de saúde alimentar e suas políticas de fomento e avaliações nutricionais e antropométricas. Foram selecionadas publicações no Medline, Lilacs, Pubmed, Scielo e da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Utilizaram-se *a priori* descritores cadastrados na Ciências da Saúde (DECS), para a busca dos artigos selecionados, que foram constituídos das seguintes palavras-chave: promoção da saúde, antropometria, avaliação nutricional, obesidade, desnutrição e várias combinações entre elas. Os artigos pesquisados seguem um recorte temporal entre os anos 2000 e 2010.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Discussões de caráter mundial a respeito da melhoria das condições de saúde coletiva vêm sendo conduzidas e se manifestando de forma crescente desde os anos 60. Apresentou seu primeiro grande momento com as duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais pela Organização Mundial de Saúde com a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, que foi o grande acontecimento para a revolução na saúde; com o relatório canadense, conhecido como Relatório Lalonde (1974); e fortalecido com a elaboração do Relatório Epp (Alcançando Saúde Para Todos) em 1986.⁸

O documento que propunha ações que visassem a aumentar a expectativa e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, apontando como principais fatores determinantes para o sucesso dessas ações a genética humana, serviços de saúde, meio ambiente e as particularidades comportamentais de cada um, foi o primeiro a denominar todo esse conjunto como “promoção da saúde”. Ficou também conhecido

como Relatório Lalonde, apesar de seu nome oficial ser *New Perspective on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses).³

O Relatório Lalonde mudou o tradicional padrão de assistência à saúde, servindo de suporte para novas ideias, como a Declaração de Alma Ata em 1978. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, surgiu a partir da necessidade mundial em promover a saúde de todos os povos do mundo, particularmente nos países em desenvolvimento.⁸

Em 1986 a relevância das propostas estabelecidas nesses documentos foi enfatizada quando na Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde tornou oficialmente pública a Carta de Ottawa (Ferreira; Buss, 2001). Desde então, as ideias expressas na Carta de Ottawa têm sido reforçadas de tempos em tempos por meio de documentos promulgados em conferências por todo o mundo: Adelaide (1988), *Sundsvall* (1991), Jacarta (1997) e México (1999) e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e *Port of Spain* (1993).^{3,8}

O contexto histórico da promoção da saúde no Brasil inicia-se em 1986 pela VIII Conferência de Saúde e continua quando em 1988 a Constituição Federal reforçou sua importância no artigo 196. A partir dos anos 90 o conceito de promoção da saúde foi ampliado com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei nº 8080/90, o debate sobre ambientes saudáveis aconteceu em 1992 na Cúpula Terra e Rio 90, em 1999, seguindo com o I Fórum da Saúde e a X Conferência Nacional de Saúde posteriormente.⁹

A Política Nacional de Promoção da Saúde vigente no biênio 2006-2007 define a promoção da saúde como a exploração de condições favoráveis com vistas a identificar os contribuintes de risco à saúde do coletivo, considerando os diferenciais como locação geográfica e cultura das várias regiões do país e propiciando a elaboração de soluções efetivas fundamentadas na equidade e a participação de todos os envolvidos.⁷

Para a elaboração bem-sucedida de políticas de promoção da saúde, deve-se levar em conta o Estado/Governo como peça central e ativa, visto que a sua essência pública é o que lhe confere tal responsabilidade.¹⁰

Na busca da promoção da saúde há de se combinar as tecnologias e políticas em saúde a fim de construir ações que se voltem para a produção de saúde, suprindo as necessidades da sociedade.⁷

PROMOÇÃO DA SAÚDE ALIMENTAR _____

A Declaração de Adelaide, 1988, na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1988 na Austrália, foi pioneira na promoção da saúde alimentar e nutrição como destaque de eliminação da fome, da má-nutrição e dos agravos relacionados ao excesso de peso. No mesmo ano em que foi divulgada a Declaração de Adelaide a Constituição Federal brasileira reconhece a alimentação como um direito humano universal. Mais tarde, no ano de 1999, o Ministério da Saúde no Brasil lança a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, reforçando a questão da garantia de alimentar digna.¹⁰

Alimentação saudável como forma de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis depende de uma proposta acessível a todos, ainda que para fomentar guias de alimentação e nutrição há de se reconhecer que o alcance de um patamar de excelência da saúde está diretamente ligado à nutrição.¹¹

Na III Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição esclareceu-se em seu relatório final o entendimento de alimentação saudável como direito humano básico que deve ser sempre acessível e com equidade; devem ser levadas em consideração as necessidades biológicas e sociais de todos e os princípios de variedade, qualidade, equilíbrio, moderação e sabor, à extensão de gênero, raça, etnia, sustentabilidade, descontaminação físico-química-biológica e organismos geneticamente modificados.⁷

A incorporação da alimentação como direito básico e necessário à vida na Constituição Federal é um fato de extrema importância, pois isso garante que a população tenha o acesso a alimentos saudáveis e de qualidade.¹²

A alimentação e nutrição estão garantidas de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. A partir desse princípio a alimentação é um direito do cidadão e do Estado e responsabilidade da sociedade. Não é dever do Estado só fornecer o alimento, mas também a educação nutricional, permitindo que a população aprenda a desenvolver habilidades individuais que permitam enfrentar as questões relacionadas à alimentação e à nutrição.¹²

A segurança alimentar passou a considerar não apenas a fome e carências nutricionais, mas também a promoção de políticas motivadoras de alimentação saudável.¹³

No que diz respeito à alimentação, faz-se intento da Política Nacional de Promoção da Saúde garantir a qualidade dos alimentos colocados à disposição da sociedade, promover ações que motivem hábitos alimentares saudáveis, diminuição das taxas relacionadas a distúrbios nutricionais e implementar ações intersetoriais que promovam o acesso pleno aos alimentos. Carências nutricionais e o aumento da incidência da obesidade são agravos de saúde que afligem a população brasileira e a incorporação dessa política por parte do setor de saúde expõe a alimentação e nutrição como instrumento essencial no processo de promoção e proteção da saúde.¹⁴

O PRODEA – Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos teve sua origem no programa de desenvolvimento “Gente da Gente” do governo Fernando Collor; o estímulo para sua extinção partiu do governo Fernando Henrique abrindo espaço para o fortalecimento da Bolsa-Alimentação que, por sua vez, foi incorporada no Programa Saúde da Família.¹⁵

Parte considerável das famílias atendidas pelo Programa Saúde da Família é beneficiada por ações voltadas, entre outras, para a alimentação com atitudes educativas que enfatizam a melhoria do padrão de nutrição e desenvolvimento das famílias atendidas.¹⁶

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição foi instituída em 1999 e providencia políticas no âmbito da segurança alimentar. Sua elaboração se deu durante a Primeira Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (1986) e foi consolidada na Primeira Conferência Nacional de Segurança Alimentar (1994). Em março de 2004 aconteceu a Segunda Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, tida como marco na estruturação das políticas voltadas para o tema no Brasil.¹³

A Política Nacional de Promoção da Saúde trata o tema alimentação saudável tendo como iniciativas a promoção da segurança alimentar e nutricional, redução da pobreza, cumprimento do Direito Humano à Alimentação Adequada, implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global, promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, prevenção e controle dos agravos, doenças decorrentes da má-alimentação e ênfase na Atenção Básica.⁷

No contexto da segurança alimentar, a estratégia do Fome Zero é reforçada com a “unificação dos programas de transferência de renda, recuperação e reformulação da alimentação escolar, impulso ao

programa 1 Milhão de Cisternas e retomada do debate sobre a política de abastecimento alimentar”, de acordo com Relatório Final da III Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição realizada de 03 a 06 de março de 2007.⁷

O Guia Alimentar para a População Brasileira foi lançado pelo Ministério da Saúde com o intuito de informar à população e clarificar os conceitos e conhecimentos acerca de alimentos, hábitos alimentares e de vida saudáveis.¹⁷

O Fome Zero é uma iniciativa criada com a pretensão de preencher a falta de ações voltadas para a segurança alimentar e nutricional a partir da ação conjunta de todas as esferas políticas. Reconhecer a alimentação como direito garante a disponibilidade, qualidade e confiabilidade dos alimentos oferecidos à população. Tem como objetivos principais: assegurar o direito humano à alimentação adequada às pessoas com dificuldades de acesso a alimentos, garantindo a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), a inclusão social e a conquista da cidadania de todos os brasileiros em situação de vulnerabilidade social. É constituído de uma série de políticas e programas, desde restaurantes populares à construção de cisternas, de estímulo a hortas comunitárias ao oferecimento de cartão-alimentação.^{15,18}

O guia alimentar tem o objetivo de promover a saúde e contribuir para a prevenção das doenças causadas por distúrbios nutricionais, baseado no consumo de alimentos saudáveis. No guia encontra-se o que é uma alimentação saudável e como se pode introduzi-la no dia-a-dia: práticas alimentares, promoção da saúde e prevenção de doenças.¹⁷

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E ANTROPOMÉTRICA

A utilização de índices antropométricos tem sido considerada uma modalidade válida para gerar indicadores sensíveis do estado nutricional, de forma mais exacerbada durante a infância, por refletir as condições nutricionais e, indiretamente, as influências do ambiente socioeconômico.⁶

A antropometria é a ciência responsável pela mensuração e análise quantitativas das relações entre partes do corpo e a partir dos seus dados é possível realizar a avaliação do estado nutricional de um indivíduo ou de um grupo populacional. Os valores antropométricos mais utilizados são Peso/idade, es-

tatura/idade, peso/estatura e índice de massa corporal. É necessário que se estabeleça padronização a partir de pontos de corte que são descritos na forma de desvio-padrão (escore Z).¹⁹

Entre os pontos de corte adotados pelo Ministério da Saúde atualmente, encontra-se que a desnutrição foi indicada pelo escore-z < -2 para os índices peso/idade ou peso/estatura e a baixa estatura para índice E/I < -2 escore-z e entre -2 e -1 escore-z risco para baixa estatura; o risco nutricional para desnutrição foi indicado pelo escore-z > -2 e < -1. O indicador de sobrepeso foi o escore-z > +2 para peso/idade ou peso/estatura; o indicador de risco nutricional para sobrepeso foi o intervalo > +1 e < +2 e baixa estatura < -2 escore-z.²⁰

No Brasil já foram utilizados vários critérios referenciais das curvas de crescimento, desde curvas estabelecidas pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS), propostas em 1977, construídas a partir de banco de dados de pesquisas realizadas entre os anos de 1929 e 1975 nos Estados Unidos, passando por curvas estabelecidas pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), no ano 2000, que buscava algumas modificações estatísticas em relação às curvas do NCHS. Em 2006 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o novo padrão de crescimento infantil, construído com base em um estudo multicêntrico envolvendo seis países (Brasil, Gana, Estados Unidos da América, Índia, Noruega e Omã). A amostra de crianças avaliadas e suas famílias deveriam possuir diversos critérios de inclusão, entre os quais se destacam: aleitamento materno exclusivo ou predominante pelo menos até os quatro meses de idade; desejo de seguir as recomendações alimentares; situação socioeconômica que não prejudicasse o crescimento da criança; mãe não fumante antes e após o parto, entre outros. A utilização desse padrão foi recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2007, sendo as curvas de crescimento incluídas na Caderneta de Saúde da Criança.^{20,21}

REFLEXOS DA ALIMENTAÇÃO NA SAÚDE

O estabelecimento de curvas antropométricas fidedignas permite que se tenha o quadro fiel da realidade nutricional da população brasileira com atenção principalmente voltada para a realidade das crianças. Novos estudos mostram que a prevalência de desnutrição na população brasileira de crianças

menores de cinco anos de idade entre 1996 e 2007 foi reduzida em cerca de 50%.²²

Os hábitos alimentares estão relacionados à função de comer e saciar as necessidades biológicas dos seres vivos e também hoje com a função de prazer e conforto, além de refletir características pessoais, culturais e sociais de cada indivíduo e sociedade.²³ Desta forma, falar de alimentação ou de hábitos alimentares é extremamente complexo, passando de ato concebido pelas pessoas às preferências individuais e preferências privadas. O sistema de refeições no Brasil é composto de seis refeições ao dia: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche. A maneira de comer dos brasileiros é diferente da dos europeus. Aqui se incluem, ao mesmo tempo, os diferentes tipos de comida no prato, mantendo-os separados em pequenos montes e deixando que a combinação se processe no interior da boca. Aqui se comem duas refeições quentes ao dia, almoço e jantar, e se empregam técnicas de cocção distintas. Há também a informalidade à mesa e à pouca preocupação com a apresentação da comida.²⁴

A disponibilidade domiciliar média de alimentos no Brasil foi estimada em 1.800 kcal por pessoa por dia. Os alimentos básicos de origem vegetal correspondem a cerca de 50% das calorias totais, 28% os alimentos essencialmente calóricos como óleos e gorduras, açúcar e bebidas alcoólicas, 18% os produtos de origem animal, 2,3% frutas, verduras e legumes, sendo que são recomendados 6-7% desses alimentos. Esse estudo foi feito nas metrópoles das grandes regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, de 2002 a 2003.²⁵

Estudos têm associado o excesso de peso ou obesidade à presença de compulsão alimentar, caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um curto período de tempo.²⁶ A alteração na dieta e o aumento do consumo de alimentos com maior densidade energética estão também vinculados ao crescimento da obesidade. Hoje, é possível adquirir alimentos resfriados, congelados, temperados, preparados, empanados, recheados, entre outras formas, facilitando acesso a alimentos calóricos.^{27,28}

É pungente a detecção de que nas áreas urbanas há distribuição ligeiramente maior do número de pessoas obesas em relação às áreas rurais. E, ainda, que na área urbana o problema do excesso de peso é significativo para o grupo feminino (12%) em detrimento do masculino (6%). A obesidade está relacionada à abundância e riqueza, apesar da população feminina brasileira apresentar relação

inversamente proporcional entre o poder aquisitivo e o índice de obesidade.^{9,29}

Por fim, estudo realizado por Saldiva, Silva e Saldiva³⁰ mostrou um aspecto preocupante, que foi a associação positiva de pertencimento a um programa assistencial governamental e aumento no consumo excessivo de guloseimas. De modo geral, as famílias com renda mais alta gastam mais com alimentos ricos em gorduras e açúcares e a explicação para isto reside nos altos preços dos gêneros tradicionais em detrimento dos alimentos de baixo valor nutricional. Isto mostra uma realidade perigosa e que produz indivíduos cada vez mais doentes e sem a perspectiva de conclusão daquilo tão almejado em Alma-Ata um dia, que é justamente a busca de saúde para todos, seja ela o ano que for.

CONCLUSÃO

A capacidade de detectar valores de medidas que reflitam problemas de saúde advindos de um processo alimentar ineficiente não é fator unicausal para que não se proceda a profundo estudo dos valores capitalistas na qualidade alimentar da população. Os estudos mostram relação direta entre melhoria de renda e piora da saúde, principalmente associada à parcela da população de baixa escolaridade. Os profissionais de saúde devem intervir buscando formas de promover o empoderamento da necessidade de alimentação saudável no desenvolvimento de crianças, adultos e idosos, para que se evite uma realidade perigosa e que produz indivíduos cada vez mais doentes e sem a perspectiva de conclusão daquilo tão almejado em Alma-Ata um dia, que é justamente a busca de saúde para todos, independente do ano que se queira alcançá-la.

REFERÊNCIAS

1. Chiesa AM, Fracolli LA, Verissimo MOR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP *et al.* A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 43, n. 2, p. 1352-7, 2009.
2. Oliveira, DL. A 'Nova' Saúde Pública e a Promoção da Saúde Via Educação: Entre a Tradição e a Inovação. *Rev. latinoam. enferm.*, v. 13, n. 3, p. 423-31. mai/jun., 2005.
3. Carvalho AI. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan, 2008.

4. Pinheiro ARO. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. *Rev. CEBES: Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.29, n. 70, p.125 – 139, mai/ago, 2005.
5. Pontes TB, Magalhaes LC, Figueiredo FP, Xavier CC *et al.* Nova curva da OMS 2006: implicações para o crescimento de recém-nascidos pré-termo em comparação com a curva do Rev Med Minas Gerais 2008; 18(20 4 Supl 1):S20-S24.
6. Pinho CPS, Silva JEM, Silva ACG, Araujo NNA, Fernandes CE; Pinto FCL *et al.* Avaliação antropométrica de crianças em creches do município de Bezerros, PE. *Rev Paul Pediatr* 2010;28(3):315-21.
7. Ministério da Saúde (Brasil). III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Fortaleza, jul, 2007
8. Ferreira J R, Buss PM. Atenção Primária E Promoção Da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz 2001
9. Ferreira VAA, Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Rev. Port. De Saúde Pública*. v.24, n. 2, 2006.
10. Heidmanni TSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, Abr/Jun*; v.15, n.2, p.352-8, 2006.
11. Sichieri R, Coitinho DC, Monteiro JB, Coutinho WF *et al.* Recomendações de Alimentação e Nutrição Saudável para a População Brasileira. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, v. 44, n. 3, p. 227-232, jun., 2000.
12. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-191, 2003.
13. Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev. Nutr.*, Campinas, 18(5):681-692, set./out., 2005.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Promoção da Saúde 2006- 2007. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf> (acesso em 12 de agosto de 2010).
15. Ministério da Saúde (Brasil). Uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil - Projeto Fome Zero. Instituto cidadania, out, 2001
16. Ministério da Saúde (Brasil). Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 anos. jun, 2010.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, p.210, 2008.
18. Pontes RN. A evolução do combate à pobreza no Brasil e Papel do Fome Zero. *Palestra, Belém*, v. 4, n. 1, set., 2003.
19. Araujo ACT, Campos JADB. Subsídios para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes por meio de indicadores antropométricos. *Alim. Nutr. Araraquara* v.19, n.2, p.219-225, abr/jun. 2008.
20. Martinho HSD, Ferreira AC, Pereira CNA, Silva RR. Avaliação antropométrica e análise dietética de pré-escolares em centros educacionais municipais no sul de Minas Gerais. *Ciência&Saúde Coletiva*, 15(2):551-558, 2010.
21. Damaceno RJP, Martins PA, Devincenzi UM. Estado Nutricional de crianças atendidas na rede pública de saúde do município de Santos. *Rev Paul Pediatr* 2009, 27(2):139-47.
22. Silva CR, Martins BAET, Oliveira VLMI, Miyasaka CK. Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares de um centro de educação infantil do município de São Paulo. *Alim. Nutr. Araraquara* v.21, n.3, p.407-413, jul/set. 2010
23. Salomon MR. Comportamento do consumidor. Editora Bookman. São Paulo – SP, 2002
24. Barbosa L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. *Horizonte antropológico*, v. 13, n. 28, Porto Alegre, Jul/Dez, 2007
25. Levy-Costa R. B, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA, *et al.* Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev. Saúde Pública*, v.39, n. 4, p. 530-40, 2005.
26. Vitolo MR, Bortolini GA, Horta RL. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, abr, v.28, n. 1, p. 20-26, 2006.
27. Burlandy L, Anjos LA. Acesso a vale-refeição e estado nutricional de adultos beneficiários do Programa de Alimentação do Trabalhador no Nordeste e Sudeste do Brasil, 1997. *Cad. de Saúde Pública*; v. 17, p. 1457-64, 2001.
28. Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, v. 20, n.3, p. 698-709, 2004.
29. Monteiro CA, Conde WL, Castro IRR. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 67-75, 2003.
30. Saldiva SRDM, Silva LFF, Saldiva PHN. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. *Rev. Nutr. Campinas*, 23(2):221-229, mar/abr, 2010.