

ETEC CIDADE TIRADENTES
CENTRO PAULA SOUZA
Técnico em Nutrição e Dietética

DESENVOLVIMENTO:
Gabriel Lucas Bastos de Andrade
Bianca Gonçalo Silva
Aline Santos de Farias

ORIENTAÇÃO:
Fernanda Caroline Bernardo Sant Ana

REEDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA BAIXA RENDA

SÃO PAULO
2020

DESENVOLVIMENTO:

Gabriel Lucas Bastos de Andrade

Bianca Gonçalo Silva

Aline Santos de Farias

REEDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA BAIXA RENDA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso Técnico em Nutrição e Dietética da Etec Cidade Tiradentes orientado pelo prof. Fernanda Caroline Bernardo Sant Ana. Como requisito parcial para obtenção do título de técnico em Nutrição e Dietética

SÃO PAULO

2020

RESUMO

A alimentação é declarada como um direito de todos, assim como a liberdade de escolha. Toda tomada de decisão é influenciada pelo conhecimento que se tem acerca do assunto, e nesse ponto a educação é essencial para guiar as ações do indivíduo por um caminho saudável. A reeducação alimentar tem, de um modo geral, o objetivo de capacitar indivíduos a reconhecer o que é ou não saudável, e a importância da qualidade da alimentação. A crescente incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), assim como outros problemas relacionados a alimentação são os principais motivos para que a educação nutricional sejam indispensáveis. Mas, também é importante se atentar ao fato de que projetos educacionais são formadores de sujeitos mais críticos e autênticos, os tornam, então, mais originais e mais capazes de tomar boas decisões sozinhos. O presente estudo tem por objetivo então elaborar um projeto de educação nutricional focado em recomendações para o público de baixa renda. À partir de informações científicas e oficiais o trabalho foi arquitetado com um amplo recorte bibliográfico, mapeando os principais problemas alimentares da atualidade e as formas de combater e preveni-los. Foi elaborada uma pesquisa qualitativa para compreender os hábitos alimentares do público residente da zona leste, região periférica de São Paulo. Esta contou com 100 participantes, e os resultados mostram que metade dos participantes consomem frutas, hortaliças e doces diariamente, 57% consome lanches com frequência e 82% estão insatisfeitos com o peso atual. Pode-se concluir que ainda há obstáculos para que uma maioria da população se alimente de forma saudável e a educação nutricional é protagonista no papel de supera-los.

PALAVRAS CHAVE: Reeducação Alimentar; Baixa renda; Alimentação;

ABSTRACT

Food is declared to be everyone's right, as is freedom of choice. All decision-making is influenced by the knowledge one has on the subject, and at this point education is essential to guide the individual's actions in a healthy way. Food re-education has, in general, the objective of enabling individuals to recognize what is and

is not healthy, and the importance of the quality of food. The increasing incidence of chronic non-communicable diseases (NCDs), as well as other problems related to food, are the main reasons why nutritional education is indispensable. But, it is also important to pay attention to the fact that educational projects are the most critical and authentic subjects' trainers, then make them more original and more capable of making good decisions on their own. The present study aims to develop a nutritional education project focused on recommendations for low-income audiences. Based on scientific and official information, the work was designed with a wide bibliographic cut, mapping the main current food problems and the ways to combat and prevent them. A qualitative research was carried out to understand the eating habits of the public residing in the east, peripheral region of São Paulo. This had 100 participants, and the results show that half of the participants consume fruits, vegetables and sweets daily, 57% consume snacks frequently and 82% are dissatisfied with their current weight. It can be concluded that there are still obstacles for the majority of the population to eat in a healthy way and nutritional education is the protagonist in the role of overcoming them.

KEY-WORDS: Nutricional Education; Low Budget; Alimentation;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
OBJETIVOS.....	08
DIETA X REEDUCAÇÃO ALIMENTAR.....	09
A IMPORTÂNCIA DA REEDUCAÇÃO ALIMENTAR.....	10
QUALIDADE DA DIETA.....	12
GUIAS ALIMENTARES.....	17
MÉTODO.....	21
PESQUISA.....	21
RESULTADOS.....	23
DISCUSSÃO.....	23
CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	26

INTRODUÇÃO

O contexto econômico-alimentar se tornou presente nas discussões políticas em 1980, posteriormente a alimentação tornou-se um direito humano em 1990. (SANTOS, 2005).

A alimentação e a nutrição constituem 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 (PNAN, 2007).

A Carta de Ottawa declara que a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Não sendo de responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Buss descreve a saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida dos indivíduos e das comunidades ("*empowerment*").

Empowerment é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma ideia que tem origem nos movimentos sociais por direitos civis na década de 1970, no movimento feminista e na ideologia da 'ação social' presentes nas sociedades do primeiro mundo, a partir dos anos 1950. O *empowerment* emerge no cenário das ações em saúde ao ser lançada a Carta de Ottawa, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, quando se define promoção da saúde como o processo pelo qual os indivíduos e a comunidade são capacitados a ter maior controle sobre sua própria saúde, mobilizando recursos pessoais e sociais, que vão além desse setor (Souza et. al., 2014).

Existe crescente evidência de que as chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são influenciadas pela alimentação incorreta, caracterizada pelo consumo frequente de álcool e alimentos com alto teor de gorduras, sal, açúcar, e pela inadequação da prática regular de atividade física. Nas últimas décadas, em todo o

mundo, tem ocorrido aumento da prevalência das DCNT, especialmente do diabetes mellitus, obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares e câncer. Em países em desenvolvimento, esta tendência é mais recente e está associada à persistência de doenças infecciosas e parasitárias (Freire et. al., 2012).

No Brasil, o consumo alimentar das famílias de baixa renda é caracterizado pela grande presença de cereais, óleos e gorduras, açúcares, carnes gordas e alimentos industrializados, com alta densidade energética, em paralelo ao consumo insuficiente e monótono de hortaliças e frutas (praticamente restrito a tomate, alface, banana e laranja). Além disso, sabe-se ainda que, quando comparadas às famílias brasileiras de classes sociais mais altas, as famílias de menor nível de renda adquirem menos alimentos considerados saudáveis, como grãos integrais, peixes, leites e derivados desnatados, carnes magras e frutas e hortaliças (Borges et. al., 2015).

Assim, as estratégias de educação nutricional devem ter como propósito assegurar qualidade alimentar e de vida para todos, estimular identidades inteligentes e autênticas aos indivíduos no momento de fazer suas escolhas, principalmente alimentares e realizar ação preventiva contra doenças e distúrbios.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Elaborar um projeto de educação nutricional para o público de baixa renda

Objetivos Específicos

Contribuir com os estudos na área de alimentação e nutrição desenvolvendo uma pesquisa estruturada e buscando alternativas para solucionar problemas nutricionais futuros e já existentes;

Compreender as diferenças entre dieta e reeducação alimentar baseado no senso comum e no olhar clínico. Sua importância e efetividade.

Comparar os hábitos alimentares de diferentes grupos sociais, buscando entender suas semelhanças e diferenças, deficiências e excessos.

Compartilhar informação confiável e educativa com um público menos favorecido, a fim de dar continuidade aos trabalhos sociais de promoção da saúde;

REEDUCAÇÃO ALIMENTAR X DIETA

A dieta, conforme concebida no senso comum, pode ser caracterizada por uma restrição alimentar severa durante um curto período de tempo com o objetivo de promover uma perda de peso rápida. Estes sujeitos vivem em ciclos de alternância entre a restrição severa e o descontrole alimentar. Trata-se de uma conturbada relação com o corpo e com o comer. (SANTOS, 2008)

De acordo com a pesquisa de Santos as participantes que fazem da dieta parte do cotidiano relatam curtos períodos de adoção a essas práticas, momentos de descontrole e desistência, fome, monotonia alimentar, e dentre os depoimentos é comum o sentimento de culpa, “peso na consciência”, ansiedade, nervosismo e preocupação.

A reeducação alimentar se configura como a estratégia atual que representa a possibilidade da construção de uma nova disciplina alimentar no mundo contemporâneo. Ela se caracteriza diferente da dieta, pelo não imediatismo, propondo mudanças permanentes nas práticas alimentares e uma perda de peso progressiva. A principal mensagem da reeducação alimentar é emagrecer, de uma forma saudável e definitiva, através da adoção de novos hábitos alimentares. Estes novos hábitos preveem uma dieta balanceada, equilibrada e natural, em que se pode “comer de tudo”, sem grandes privações e sacrifícios, com prazer, sem abster-se ainda de uma vida social (SANTOS, 2008).

A reeducação alimentar também tem a característica de ser uma estratégia proposta para todos os indivíduos e não para grupos específicos, embora procurando respeitar suas individualidades. Todos, adultos e crianças, mulheres e homens, ricos e pobres, estão sendo convocados para esta empreitada de emagrecimento dos corpos, construindo, dentre outras coisas, novos padrões alimentares. Tais mensagens estão cada vez mais presentes nas nossas vidas, de tal forma que, embora alguns tenham uma suposta liberdade de escolha, é muito difícil ficar imune a esta proposição. (SANTOS, 2010)

O termo “reeducação alimentar” propõe um processo de aprendizagem permanente, valorizando o prazer em comer e contrapondo às privações, aos sacrifícios e à monotonia que marcam a noção do "fazer dieta" (SANTOS, 2012).

Já Oliveira e Oliveira destacam a importância de que as ações educativas sejam desenvolvidas no sentido de promover a autonomia dos indivíduos, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, respeitando as culturas alimentares e valorizando a história alimentar e a diversidade regional, ao mesmo tempo em que reconheçam os saberes populares e fomentem a biodiversidade local.

A IMPORTÂNCIA DA REEDUCAÇÃO ALIMENTAR

Oliveira e Oliveira salientam diversas estratégias governamentais, como os programas Fome Zero e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, e entre estes, diversas oficinas de educação nutricional principalmente em escolas. Ações que demonstram o interesse do poder público no perfil dietético de populações mais carentes.

Sabe-se que a fome e a desnutrição são flagelos existentes nas populações em estado de extrema pobreza, decorrentes da ausência ou inoperância de políticas públicas sociais que assegurem o Direito Humano a Alimentação Adequada - DHAA e a Segurança Alimentar e Nutricional - SAN como fundamentos para a garantia do direito a cidadania. Segundo estudo realizado pelo MDS (Brasil, 2006), especificamente na região do semiárido brasileiro, observa-se déficit de estatura em relação a idade em 6,6% das crianças menores de cinco anos. (apud. OLIVEIRA E OLIVEIRA, 2008).

A prevalência de sobrepeso e obesidade está aumentando rapidamente no mundo todo. Em muitos países em desenvolvimento, sobrepeso e obesidade coexistem com a desnutrição. Isso constitui um fardo duplo para esses países, e seus esforços para combater ambos, devem ser cuidadosamente equilibrados. Há uma necessidade urgente de prevenir ou reverter tendências prejudiciais na dieta e nos padrões de atividade física nos países em desenvolvimento. (WHO, 1999).

O papel da educação alimentar e nutricional está vinculado à produção de informações que sirvam como subsídios para auxiliar a tomada de decisões dos indivíduos que outrora foram culpabilizados pela sua ignorância, sendo posteriormente vítimas da organização social capitalista, e se tornam agora providos de direitos e são convocados a ampliar o seu poder de escolha e decisão (SANTOS, 2005)

Alguns dos programas citados por Oliveira e Oliveira também estruturam a pesquisa de Rech et. Al. Onde afirma que *“atualmente, o tema acerca de Políticas Públicas voltadas a prevenção da obesidade é amplamente discutido, onde muitas ações são pensadas por parte dos órgãos governamentais, a fim de propor meios de prevenção à doença e promoção à saúde através de programas educativos, campanhas e eventos que estimulem a participação da sociedade em geral”*.

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar. Em linhas gerais, o tratamento farmacológico é adjuvante das terapias dirigidas com foco na modificação dos hábitos de vida relacionados com orientações nutricionais para diminuir o consumo de calorias na alimentação e exercícios para aumentar o gasto calórico. (ABESO, 2016)

Cruz, 2011, desenvolveu uma pesquisa para analisar o estado emocional (ansiedade e depressão) de pacientes com sobrepeso e obesidade que participaram de grupos de reeducação alimentar nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Pindamonhangaba – SP. Conclui que esses indivíduos devem ser abordados de forma a aumentar o conhecimento sobre o problema e a motivação para agir contra os fatores ambientais obesogênicos. A participação desses pacientes nos grupos de reeducação alimentar pode auxiliar no tratamento e diminuir os TMC (Transtornos Mentais Comuns).

A adoção das práticas alimentares se dá através de um processo da aprendizagem ao longo da vida desde a mais tenra infância. A criança nasce dentro de um contexto alimentar já constituído e aprende a comer neste espaço de socialização. Neste processo, há uma interiorização das regras e normas a partir da transmissão das estruturas culturais da alimentação que não se opera de maneira explícita. Esta interiorização se dá, fundamentalmente, através da observação e da imitação. (SANTOS, 2008).

O processo de aprendizagem alimentar não se restringe apenas à formação do gosto, mas também das condutas gerais do comer, as regras e normas éticas. Soma-se a isso, a própria limitação dos pais na capacidade de controlar a formação dos hábitos alimentares das crianças no contexto atual “competindo” com a escola, a mídia e a

publicidade, como consequência de uma modificação das estruturas familiares e as relações estabelecidas entre os pais e os filhos na sociedade atual. (SANTOS, 2008).

No momento atual, a instituição de novas práticas alimentares exige novas aprendizagens: novos conhecimentos a serem operacionalizados nas decisões alimentares, novas atitudes em relação ao comer, e o aprendizado de novos gostos (SANTOS, 2008).

Em um estudo feito por Felipe et. al. 2011, analisou dois grupos de indivíduos, e evidenciou uma diferença superior significativa na qualidade da dieta dos participantes que fazem parte de um programa de reeducação alimentar, quando comparado aos que não receberam orientação nutricional prévia nos 6 meses anteriores a pesquisa. *“Os resultados reforçam a importância da educação nutricional para a modificação dos hábitos alimentares e a consequente melhora da qualidade da dieta das populações.”*

Sauer et. al. realizaram um estudo para analisar a qualidade da dieta de 40 indivíduos participantes de um programa de reeducação alimentar. Os resultados evidenciam que 15% dos participantes apresentam dieta inadequada, 80% precisam de modificações e apenas 5% apresentou uma dieta adequada. Esses dados apontam a necessidade de educação continuada.

QUALIDADE DA DIETA

O conceito de qualidade da dieta evoluiu com o passar dos anos. Nos primórdios da Nutrição, maior importância era atribuída à prevenção da deficiência de nutrientes. As dietas que supriam as recomendações para energia e para os nutrientes essenciais conhecidos até então eram consideradas adequadas. Com o reconhecimento da importância de associação de fatores dietéticos à prevenção de doenças crônicas, características dietéticas associadas à redução do risco dessas doenças foram incluídas na qualidade da dieta. (Volp et. al., 2010)

Uma vez que a dieta adequada previne e trata doenças e deficiências é evidente a necessidade de compreender os padrões alimentares e a relação da alimentação com os distúrbios.

Os trabalhos de Volp et. al. e Cervato e Vieira demonstram que desde os anos 90 a comunidade de nutrição vem desenvolvendo diversos índices, a fim de avaliar as características das dietas individuais e da população em diversos países.

Esses índices consideram diferentes parâmetros, tais como grupos alimentares, nutrientes específicos, variedade e/ou diversidade. Dentre os instrumentos para avaliação da qualidade da dieta descritos na literatura, podem-se citar o Índice de Nutrientes (IN), o Escore de Variedade da Dieta (EVD), o Escore de Diversidade da Dieta (EDD), o Índice de Qualidade da Dieta (IQD) e o Índice de Alimentação Saudável (IAS). (FELLIPE, Flavia et. al., 2011)

Considerar nutrientes, alimentos e grupos de alimentos em conjunto parece ser uma ótima abordagem para análises epidemiológicas da dieta, a fim de se obter o máximo de informações acerca desta. Nesse sentido, os índices dietéticos baseados em alimentos e nutrientes podem ser mais promissores, pois retêm a complexidade da dieta e permitem uma avaliação indireta de nutrientes, sem reduzir a avaliação a um único componente isolado. (FELLIPE, Flavia et. al., 2011).

O Índice de Alimentação Saudável foi adaptado para o Guia Alimentar Para a População Brasileira e a Pirâmide Alimentar Adaptada em 2008 por Mota et. al. Considerando o mesmo procedimento para obtenção das informações, mas sendo avaliado por 12 componentes pontuando de 0 a 10, classificadas em boa qualidade quando o total for superior a 100 pontos, precisando de melhorias 71-100 pontos e má qualidade inferior a 71 pontos, sendo:

1. Cereais;
2. Hortaliças;
3. Frutas;
4. Leite e Derivados;
5. Carnes e Ovos;
6. Leguminosas;
7. Doces e Açúcares;
8. Óleos e Gorduras;
9. Gordura Total;
10. Gordura Saturada;
11. Colesterol;
12. Variedade Dietética.

A pesquisa feita para avaliação do IAS adaptado contou com 502 participantes, majoritariamente mulheres, com média de 54 anos. E resultou na proporção de

indivíduos classificados com dieta de boa qualidade 15%, precisando melhorar 71% e de má qualidade 14%.

Felippe et. al. realizou uma pesquisa envolvendo 100 participantes divididos em dois grupos, um exposto a um programa de reeducação alimentar (Grupo E) e outro sem educação nutricional prévia (Grupo-Controle) nos últimos 6 meses. Os grupos diferiram quanto ao percentual de indivíduos com dieta de boa qualidade (29,6% dos indivíduos do grupo E vs 17,4% dos indivíduos do grupo-controle) e de má qualidade (0% no grupo E vs 10,9% no grupo-controle). Os indivíduos expostos ao programa de reeducação alimentar apresentaram maior pontuação para vegetais, frutas, laticínios, colesterol e variedade, assim como menor pontuação para óleos e açúcares, em comparação ao grupo-controle. Entretanto o consumo de laticínios e leguminosas abaixo da recomendação, e de carnes e óleos acima da recomendação nesse grupo alertam para a necessidade da educação nutricional continuada.

Resultados semelhantes foram obtidos em estudos nos Estados Unidos, com o IAS, onde pontuações mais altas foram relacionadas à maior ingestão de frutas e hortaliças e menor ingestão de Gordura e Gordura Saturada. (Weinstein et. al., 2004 e Hann et. al., 2001).

Borges et. al. analisou o consumo dos grupos alimentares nas famílias de baixa renda à partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008. As obtenções excederam às recomendações para feijões, óleos/ gorduras, doces, carnes/ovos e não alcançaram as recomendações para frutas, hortaliças, lácteos e cereais. Por outro lado, é possível observar a elevação na participação calórica de produtos de origem animal (carnes e ovos, leites e derivados) e de frutas e hortaliças no total de calorias adquiridas com a elevação dos níveis de renda.

Ainda por Borges et. al. quando comparados aos valores preconizados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, evidencia-se que a participação calórica dos alimentos obtidos para consumo dentro do domicílio está acima do recomendado para feijões; carnes e ovos; óleos, gorduras e sementes oleaginosas; açúcares e doces e abaixo do recomendado para frutas e sucos de frutas; leite e derivados; legumes e verduras em todas as classes de rendimentos.

Para Sauer et. al. os resultados foram baixos para o consumo de cereais, frutas e hortaliças, e para laticínios, acima do recomendado para as carnes e dentro dos

padrões para gorduras totais e saturadas, colesterol e sódio. Outro fator que pode ter sido determinante para a pesquisa, visto que, além de apresentar baixa pontuação, ficou abaixo da média de pesquisas semelhantes, foi o de variedade da dieta.

Martins et. al. analisaram as pesquisas de orçamento familiares publicadas desde 1988 a 2009, para estimar as tendências temporais do consumo domiciliar de itens alimentícios no Brasil. A contribuição calórica dos produtos prontos para o consumo teve aumento expressivo e significativo (de 23,0% a 27,8%) nos seis anos entre as duas pesquisas (POF 2002 – 2003 e POF 2008 – 2009), sobretudo entre produtos ultraprocessados (de 20,8% a 25,4%). Houve declínios significativos na participação calórica de alimentos *in natura* ou minimamente processados. O aumento da participação calórica dos produtos prontos para o consumo ocorreu em todos os estratos econômicos, sobretudo em função do crescimento de produtos ultraprocessados, e tendeu a ser maior entre os de menor renda. Concluiu que a presença de produtos ultraprocessados cresce exponencialmente na alimentação dos brasileiros, suscitando a necessidade de investigação profunda de seu impacto na saúde da população.

Com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 – 2009 Louzada et. al. avaliou o impacto que o consumo de alimentos ultraprocessados exerce sobre o perfil nutricional da dieta no Brasil. Observou que o consumo médio diário de energia dos brasileiros com dez ou mais anos de idade foi de 1.866 kcal, sendo 69,5% proveniente de alimentos *in natura* ou minimamente processados, 9,0% de alimentos processados e 21,5% de alimentos ultraprocessados. Concluiu que este estudo confirma o perfil nutricional desfavorável dos alimentos ultraprocessados e documenta o seu impacto largamente negativo na qualidade da alimentação da população brasileira, em particular aumentando a densidade energética da dieta e os teores de açúcar, de gordura saturada e de gordura *trans* e, ainda, diminuindo os teores de fibras e de potássio. Os resultados deste estudo deram suporte à recomendação central da nova edição do Guia Alimentar para a População Brasileira: “Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados.” (Louzada et. al., 2015).

Claro et. al. também estudaram a POF 2008 – 2009, a fim de descrever o preço dos grupos de alimentos consumidos no Brasil. O valor médio dos grupos (*in natura*,

ingredientes culinários, processados e ultraprocessados) e seus respectivos subgrupos de alimentos foram estimados para o Brasil segundo renda, região e área, concluiu-se que: Os produtos *in natura* e ingredientes culinários apresentaram menor preço por caloria quando comparado aos demais grupos, sugerindo uma vantagem econômica no preparo de refeições no lar em comparação a sua substituição por ultraprocessados. Enquanto alimentos frescos (como carnes, leite, frutas e hortaliças) tendem a custar mais caro que alimentos ultraprocessados, grãos secos (como o arroz e o feijão) despontam como uma alternativa mais econômica para adoção de práticas alimentares saudáveis. Os resultados desta pesquisa destacam a importância de medidas relacionadas ao preço dos alimentos na adoção de uma alimentação saudável.

A Pesquisa de Orçamentos familiares 2017 – 2018 também dispõem de importantes dados para compreensão de práticas atuais. As despesas com alimentação representam, segundo os resultados da pesquisa, 14,2% da despesa total e 17,5% das despesas de consumo realizadas pelas famílias brasileiras. Observa-se que o valor, em reais, da despesa total com alimentação realizada pelas famílias com rendimentos mais altos foi, na POF 2017- 2018, mais que o triplo do valor da média do total de famílias do País e mais de seis vezes o valor da classe com rendimentos mais baixos.

A Região Norte destacou-se pelo maior percentual de despesa com o grupo carnes, vísceras e pescados (27,1%) e menores percentuais com os grupos leites e derivados (7,2%), panificados (8,2%) e legumes e verduras (2,4%). Diferentemente, a Região Sudeste apresentou o menor percentual do País com o grupo carnes, vísceras e pescados (18,1%) e os maiores percentuais com os grupos leites e derivados (11,4%) e panificados (11,0%). Quanto aos grupos cereais, leguminosas e oleaginosas, verifica-se que o maior percentual ocorreu na Região Nordeste (6,7%), quase o dobro do encontrado na Região Sul (3,7%), que apresentou o menor percentual do País. A pesquisa evidencia que os hábitos variam conforme a localidade e regionalidade, e justifica porque os projetos educacionais devem atentar-se a isso. (POF 2017- 2018).

GUIAS ALIMENTARES

Os guias alimentares podem ser utilizados na melhoria das condições de saúde da população, desde que sejam planejados de acordo com o grupo populacional eleito,

e que se incluam estratégias adequadas de implantação e avaliação. A elaboração dos guias alimentares se constitui em um processo bastante complexo desde seu desenvolvimento, até a implantação e a avaliação. Diversos países vêm se esforçando na construção de seus próprios guias com o objetivo de melhorar os hábitos alimentares de sua população. (BARBOSA, COLARES E SOARES, 2008)

Philippi et. al. avaliaram e adaptaram a pirâmide alimentar elaborada nos Estados Unidos em 1992 à realidade profissional brasileira dos grupos de pesquisa em alimentação e nutrição.

A Pirâmide Alimentar Adaptada foi construída com os alimentos distribuídos em oito grupos (cereais, frutas, vegetais, leguminosas, leite, carnes, gorduras e açúcares) de acordo com a contribuição de cada nutriente básico na dieta. Foram estabelecidas três dietas-padrão (1 600 kcal, 2 200 kcal e 2 800 kcal), com distribuição dos macronutrientes: carboidratos (50-60%), proteínas (10-15%), lipídios (20-30%). Cada nível foi apresentado em porções mínimas e máximas a serem consumidas de acordo com as dietas referidas.

A pirâmide proposta foi dividida então, em quatro níveis:

- 1º nível: grupo dos cereais, tubérculos, raízes;
- 2º nível: grupo das hortaliças e grupo das frutas;
- 3º nível: grupo do leite e produtos lácteos; grupo das carnes e ovos e grupo das leguminosas,
- 4º nível: grupo dos óleos e gorduras e grupo dos açúcares e doces.

E oito grupos:

- Pães, cereais, raízes e tubérculos (pães, farinhas, massas, bolos, biscoitos, cereais matinais, arroz, feculentos e tubérculos: 5 porções no mínimo a 9 no máximo);
- Hortaliças (todas as verduras e legumes, com exceção das citadas no grupo anterior: 4 porções no mínimo, 5 no máximo);
- Frutas (cítricas e não cítricas: 3 porções no mínimo, 5 no máximo);
- Carnes (carne bovina e suína, aves, peixes, ovos, miúdos e vísceras: 1 porção no mínimo, 2 no máximo);

- Leite (leites, queijos e iogurtes: 3 porções);
- Leguminosas (feijão, soja, ervilha, grão de bico, fava, amendoim: 1 porção);
- Óleos e gorduras (margarina/manteiga, óleo: 1 porção no mínimo, 2 no máximo);
- Açúcares e doces (doces, mel e açúcares: 1 porção no mínimo, 2 no máximo).

Também foram propostas algumas dicas:

- Escolher uma dieta variada com alimentos de todos os grupos da Pirâmide;
- Dar preferência aos vegetais como frutas, verduras e legumes;
- Ficar atento ao modo de preparo dos alimentos para garantia de qualidade final, dando prioridade aos alimentos em sua forma natural, e à preparações assadas, cozidas em água ou vapor, e grelhadas;
- Ler os rótulos dos alimentos industrializados para conhecer o valor nutritivo do alimento que será consumido;
- Medidas radicais não são recomendadas e os hábitos alimentares devem ser gradativamente modificados;
- Utilizar açúcares, doces, sal e alimentos ricos em sódio com moderação;
- Consumir alimentos com baixo teor de gordura. Preferir gorduras insaturadas (óleo vegetal e margarina), leite desnatado e carnes magras;
- Se fizer uso de bebidas alcólicas, fazer com moderação,
- Para programar a dieta e atingir o peso ideal considerar o estilo de vida e a energia diária necessária.

É importante que a pirâmide alimentar seja sempre avaliada e adaptada em função dos objetivos a que se destina, da população a ser atingida, respeitando-se a disponibilidade de alimentos e os hábitos alimentares locais, mantendo-se como um guia prático de orientação nutricional. (Philippi et. al, 1999)

O Guia Alimentar para a População Brasileira também divide os alimentos em oito grupos e determina recomendações diárias de consumo, adotando como parâmetro uma dieta de 2.000 Kcal.

- Cereais, tubérculos, raízes e derivados, 6 porções (900 Kcal)
- Feijões, 1 porção (55 Kcal)
- Frutas e sucos de frutas naturais, 3 porções (210 Kcal)
- Legumes e Verduras, 3 porções (45 Kcal)

- Leite e Derivados, 3 porções (360 Kcal)
- Carnes e ovos, 1 porção (190 Kcal)
- Óleos, gorduras e sementes oleaginosas, 1 porção (73 Kcal)
- Açúcares e doces, 1 porção (110 Kcal)

Ressalta-se, contudo, que o número de porções variará de acordo com as necessidades nutricionais de cada indivíduo, devendo, portanto, uma dieta que utilize as proposições de número de porções aqui estabelecidas ser corrigida, quando necessário. (BRASIL, 2006)

o Guia Alimentar para a População Brasileira se constitui como instrumento para apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, bem como para subsidiar políticas, programas e ações que visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população. (BRASIL, 2014)

O Guia Alimentar para a população Brasileira 2014 foi desenvolvido em cinco capítulos. Recebem foco os capítulos:

- 2 que enuncia recomendações gerais sobre a escolha de alimentos. Estas recomendações, consistentes com os princípios orientadores deste guia, propõem que alimentos in natura ou minimamente processados, em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, sejam a base da alimentação.
- 3 que traz orientações sobre como combinar alimentos na forma de refeições. Essas orientações se baseiam em refeições consumidas por uma parcela substancial da população brasileira que ainda baseia sua alimentação em alimentos in natura ou minimamente processados e em preparações culinárias feitas com esses alimentos.
- 4 que traz orientações sobre o ato de comer e a comensalidade, abordando as circunstâncias – tempo e foco, espaço e companhia – que influenciam o aproveitamento dos alimentos e o prazer proporcionado pela alimentação.

O Guia ainda traz um capítulo com “dez passos para uma alimentação saudável”, sendo eles:

1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação;
2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias;
3. Limitar o consumo de alimentos processados;
4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados;
5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia;
6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados;
7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias;
8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece;
9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora;
10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

Alimentação é a base da vida e dela depende o estado de saúde do ser humano. O desconhecimento dos princípios nutritivos do alimento, bem como o seu não aproveitamento, ocasiona o desperdício de toneladas de recursos alimentares. Só com a conscientização, através da Educação Nutricional, é que se pode reverter o quadro alimentar atual do Brasil. (SESC, 2003)

O MESA BRASIL SESC é um Programa de Segurança Alimentar e Nutricional voltado para a inclusão social, constituindo-se numa rede Nacional de Solidariedade contra a fome e o desperdício. Disponibiliza publicamente uma cartilha de “Aproveitamento Integral Dos Alimentos” contendo diversas orientações nutricionais e dietéticas, colaborando imensamente com o compartilhamento de conhecimento técnico e sustentável, para que assim, a realidade de uma alimentação saudável seja acessível a todos. (SESC, 2003)

MÉTODO

O recorte na literatura foi feito através de pesquisas em fontes científicas, pesquisando palavras chave como “Reeducação Alimentar”, “Alimentação Baixa Renda”, “Dieta” e “Obesidade” no site “scholar.google.com”, Além de contar com o apoio de diversos

documentos oficiais públicos disponibilizados gratuitamente. Essas buscas tiveram o intuito de reunir informação para estruturar e justificar o estudo. Logo, destacados desses artigos os principais dados relacionados ao objetivo do trabalho, foram então organizados e discutidos.

Foi então elaborada uma pesquisa, para mapear os hábitos alimentares comuns a população estudada, descrita em mais detalhes no próximo tópico.

Logo, será então elaborada uma apresentação em slide, com duração de até 15 minutos para compartilhamento das informações estudadas aliado a um folder ilustrado de fácil entendimento.

PESQUISA

O questionário tem caráter qualitativo, com perguntas de fácil compreensão e respostas pré-formuladas. Busca compreender os hábitos alimentares do público estudado para que, com base em informações sólidas, sejam desenvolvidas futuras estratégias de ação.

Foi aplicado através de link específico, divulgado nos meios sociais, para a plataforma “my.surveio.com”, própria para formular inquéritos online.

Elaborado com 12 perguntas, sendo as duas primeiras para identificar o perfil do participante. As perguntas de 3 a 6 analisam o histórico e o conhecimento do entrevistado com relação à alimentação. As questões de 7 a 11 avaliam as decisões cotidianas. E a questão 12 finaliza com um questionamento à opinião pessoal de cada participante com relação ao seu peso.

A decisão de não questionar a renda foi tomada a partir da observação de que os participantes da pesquisa são em grande maioria, senão em totalidade, moradores da zona leste, bairros de Cidade Tiradentes e Itaquera, região periférica da cidade de São Paulo. Considerando o alcance de divulgação da pesquisa.

Abaixo, as questões e possíveis respostas:

1. Qual o seu sexo?

() MASCULINO () FEMININO

2. Qual a sua idade?

(Oito alternativas, entre 14 anos e mais de 75 anos)

3. Você já fez algum tipo de dieta sem prescrição médica?
 SIM NÃO
4. Você já recebeu alguma orientação nutricional profissional?
 SIM NÃO
5. Você é adepto a praticas vegetarianas/veganas?
 SIM NÃO
6. Você conhece os benefícios de uma alimentação saudável?
 SIM NÃO
7. Você busca se alimentar de forma saudável?
 SIM NÃO
8. Você consome frutas diariamente?
 SIM NÃO
9. Você consome legumes e verduras diariamente?
 SIM NÃO
10. Você consome doces (Balas, Chicletes, Chocolates) diariamente?
 SIM NÃO
11. Você consome lanches (Pizza, Hot-dog, Fastfood) diariamente?
 SIM NÃO
12. Você gostaria de atingir algum peso diferente do atual?
 SIM, PELA APARÊNCIA SIM, PELA SAÚDE
 NÃO, EU ESTOU SATISFEITO COM MEU PESO ATUAL

RESULTADOS

A pesquisa contou com 100 participantes, predominantemente do sexo feminino (70%).

Referente as idades, 35 participantes responderam que tem entre 18 e 24 anos; 17 responderam ter entre 14 e 18 anos; 13 tem entre 45 e 54 anos; 12 entre 25 e 34 anos; 12 entre 35 e 44 anos; 5 entre 65 e 74 anos; 5 entre 55 e 64 anos; e apenas 1 mais de 75 anos.

42% já fizeram dieta sem prescrição médica; 68% Nunca recebeu orientação nutricional profissional; Apenas 8% é adepto a práticas vegetarianas e 6% Não conhece os benefícios de uma alimentação saudável.

A respeito dos hábitos alimentares 63% dos participantes respondeu que busca se alimentar de forma saudável, em contra partida somente 52% consomem frutas diariamente e 61% consomem verduras e legumes. 45% consomem doces diariamente e 57% consomem lanches com frequência.

Questionado sobre a opinião pessoal dos participantes à respeito de seu peso 47% gostaria de atingir um peso diferente devido à saúde, 35% pela aparência e somente 18% esta satisfeito com o peso atual.

DISCUSSÃO

A educação nutricional é um tópico recente nas discussões públicas. Carece ainda de muito trabalho para atingir maior visibilidade, visto que tem como objetivo principal a promoção da saúde.

Muitos autores tem dado atenção a esse tema, devido a necessidade expressa nas pesquisas de índice de alimentação saudável, onde a maior parte dos resultados evidência que os participantes estão "precisando melhorar" a dieta.

Pode-se observar essa mesma carência, analisando os resultados da pesquisa desenvolvida para este trabalho, onde somente metade dos participantes dos participantes consomem frutas e hortaliças diariamente. Também metade dos entrevistados afirma consumir doces diariamente e lanches com frequência.

Os dados reunidos confirmam a presença de gorduras, açúcares e produtos ultra processados na rotina alimentar dos brasileiros de todos os níveis de renda, com maiores índices nas classes mais baixas, mas combinado a ingestão limitada de alimentos nutritivos eleva-se o risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Essas são irreversíveis e exigem grande cuidado no tratamento, além de causar sofrimento ao indivíduo.

É com foco na prevenção dessas e outras doenças e distúrbios que a área da saúde se preocupa em oferecer educação nutricional.

Com os avanços na ciência, hoje também é possível compreender os efeitos psicológicos e comportamentais dos costumes alimentares nos indivíduos. O status de desnutrição, sobrepeso e obesidade são, além de um distúrbio alimentar, uma dificuldade psicológica. Os padrões estéticos induzem o sujeito a adotar hábitos não recomendados. O que pode ser associado as respostas onde 82% dos participantes afirmaram não estar satisfeitos com o peso atual e 42% já ter feito dieta sem prescrição médica. Ainda que 68% dos participantes sequer tenha recebido alguma vez uma orientação nutricional profissional.

As dietas utilizadas na perda de peso sem nenhuma indicação profissional são comumente relatadas como experiências ruins, geram sentimentos e impulsos negativos e costumam não atingir o objetivo, pois há desistência. Ao passo que a reeducação alimentar surge como promotora da autonomia, incentiva a escolha consciente e o prazer em comer de forma saudável, respeitando a diversidade de hábitos e culturas alimentares.

Mesmo nas pesquisas feitas com participantes de oficinas de educação profissional, a maioria das dietas está precisando de melhoria. O que também fica claro quando se observa que 96% dos participantes da pesquisa desenvolvida para esse trabalho afirmaram conhecer os benefícios de uma boa alimentação, mas apenas 63% busca se alimentar de forma saudável.

Há diversos documentos e guias disponíveis com informações das mais simples as mais complexas, que podem ser utilizadas no dia a dia de quem busca se alimentar de forma saudável. Estes, são indispensáveis no aconselhamento nutricional.

CONCLUSÃO

A reeducação alimentar tem, de um modo geral, o objetivo de capacitar indivíduos a reconhecer o que é ou não saudável, e a importância da qualidade da alimentação.

Assim, as estratégias de educação nutricional devem ter como propósito assegurar qualidade alimentar e de vida para todos, estimular identidades inteligentes e autênticas aos indivíduos no momento de fazer suas escolhas, principalmente alimentares e realizar ação preventiva contra doenças e distúrbios.

O ensino nutricional é multidisciplinar e guia o participante a pensar de forma crítica e tomar as próprias decisões de forma consciente baseada em informações precisas e científicas, o que gera autenticidade e autoconfiança, e empodera o indivíduo.

Há muita informação disponível sobre alimentação saudável, e a educação tem o papel de colocá-la em prática.

Contudo, é explícita a carência de educação constante e continuada, visto que mesmo entre aqueles que possuem mais informação, ainda se observa altos índices de necessidade de evolução.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS, Ligia - **Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis** - Rev.

- Nutr. vol.18 no.5 Campinas Sept./Oct. 2005 – Link:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000500011&script=sci_arttext
2. **Política nacional de alimentação e nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Link:**
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/politica_alimentacao_nutricao.pdf
 3. OTTAWA, novembro de 1986 - **CARTA DE OTTAWA - PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE – Link:**
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
 4. BUSS, Paulo - **Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública – Cad. Saúde Pública v.15 supl.2 Rio de Janeiro 1999 – Link:**
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600018&lng=pt&tlng=pt
 5. SOUZA et. al. 2014 - **Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde – Link:**
<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n7/2265-2276/#>
 6. Freire et. al. 2012 - **Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal – Link:**
<https://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/04.pdf>
 7. BORGES et. al. 2015 - **Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? – Link:**
<https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00137.pdf>
 8. SANTOS, Ligia Amparo da Silva **O corpo, o comer e a comida : um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador - Bahia. - Salvador : EDUFBA, 2008. Link:**
<https://static.scielo.org/scielobooks/38m/pdf/santos-9788523209087.pdf>

9. FELIPPE et. al. - **Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar** - Rev. Nutr. vol.24 no.6 Campinas Nov./Dec. 2011 Link: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732011000600004&script=sci_arttext&tIng=pt
10. BORGES CA et al. - **Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil?** - Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(1):137-148, jan, 2015. Link: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000100137&Ing=pt&tIng=pt
11. CERVATO E VIEIRA - **Índices dietéticos na avaliação da qualidade global da dieta** - Rev. Nutr. v.16 n.3 Campinas jul./set. 2003 Link: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000300012&Ing=pt&tIng=pt
12. VOLP et. al. - **Índices dietéticos para avaliação da qualidade de dietas** - Rev. Nutr. vol.23 no.2 Campinas Mar./Apr. 2010 Link: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000200011&script=sci_arttext&tIng=pt
13. WIENSTEIN, Vogt e Gerrior - **Healthy Eating Index scores are associated with blood nutrient concentrations in the third National Health And Nutrition Examination Survey** - J Am Diet Assoc . 2004 Apr;104(4):576-84. Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15054343/>
14. Hann et. al. - **Validation of the Healthy Eating Index with use of plasma biomarkers in a clinical sample of women** - Am J Clin Nutr. 2001 Oct;74(4):479-86. Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11566646/>

15. MOTA et. al. - **Adaptação do índice de alimentação saudável ao guia alimentar da população brasileira** - Rev. Nutr. vol.21 no.5 Campinas Sept./Oct. 2008. Link: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000500007&lang=pt#:~:text=O%20%C3%ADndice%20de%20alimenta%C3%A7%C3%A3o%20saud%C3%A1vel,medida%20da%20variedade%20da%20dieta
16. SANTOS, Ligia - **O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão** - Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2012 LINK: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200018
17. OLIVEIRA E OLIVEIRA - **NOVAS PERSPECTIVAS EM EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL** - PSICOLOGIA USP, São Paulo, outubro/dezembro, 2008, 19(4), 495-504. LINK: <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v19n4/v19n4a08.pdf>
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000 - **WHO Consultation on Obesity (1999 : Geneva, Switzerland) Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation.** LINK: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
19. RECH et. al. 2016 - **As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva** - Universidade cruzeiro do sul - UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. LINK: [https://www.researchgate.net/publication/341625481_As_políticas_publicas_e_o_enfrentamento_da_obesidade_no_Brasil_uma_revisão_reflexiva_Public_policies_and_coping_of_obesity_in_Brazil_a_reflective_review](https://www.researchgate.net/publication/341625481_As_pol%C3%ADticas_publicas_e_o_enfrentamento_da_obesidade_no_Brasil_uma_revis%C3%A3o_reflexiva_Public_policies_and_coping_of_obesity_in_Brazil_a_reflective_review)
20. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP LINK: <https://abeso.org.br/diretrizes/>
21. CRUZ, Leila 2011 - **O estado emocional dos pacientes com sobrepeso e obesidade em grupos de reeducação alimentar** - Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo LINK:

- https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-18082011-090403/publico/Leia_Mello.pdf
22. SAUER et. al. 2010 - **Análise da qualidade da dieta dos participantes de um Programa de Reeducação Alimentar** – Revista da Graduação Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia v. 3 n. 2 (2010). LINK: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/7891/0>
23. MARTINS et. al. 2013 – **Participação Crescente de Produtos Ultraprocessados na Dieta Brasileira** - Rev. Saúde Pública 47 (4) Ago 2013 LINK: <https://www.scielo.org/article/rsp/2013.v47n4/656-665/pt/>
24. LOUZADA et. al. 2015 - **Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil** - Rev. Saúde Pública 49 10 Jul 2015 LINK: <https://www.scielo.org/article/rsp/2015.v49/38/pt/>
25. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018** : primeiros resultados / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019. LINK: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>
26. CLARO et. al. 2016 - **Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados** - Cad. Saúde Pública vol.32 no.8 Rio de Janeiro 2016 LINK: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000805006&script=sci_arttext&tIng=pt
27. BARBOSA, COLARES E SOARES 2008 - **Desenvolvimento de guias alimentares em diversos países** - Rev. Nutr. vol.21 no.4 Campinas July/Aug. 2008 LINK: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000400010&script=sci_arttext&tIng=pt
28. SANTOS, Ligia 2010 - **Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na Internet** – Physis: Revista de Saúde Coletiva vol.20 no.2 Rio de Janeiro 2010 LINK: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000200007&script=sci_arttext&tIng=pt
29. PHILIPPI et. al 1999 – **Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos** - Rev. Nutr. vol.12 no.1 Campinas Jan./Apr. 1999 LINK: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52731999000100006&script=sci_arttext&tIng=pt
30. BRASIL 2006 - **Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, . – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.1ª Edição 1ª Reimpressão

LINK:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf

31. Brasil 2014 - **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. LINK: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
32. SESC 2003 - **Banco de Alimentos e Colheita Urbana: Aproveitamento Integral dos Alimentos**. Rio de Janeiro: SESC/DN, 2003. 45 pág. (Mesa Brasil SESC Segurança Alimentar e Nutricional). Programa Alimentos Seguros. Convênio CNC/CNI/SEBRAE/ANVISA. LINK: <https://www.sesc.com.br/mesabrasil/cartilhas/cartilha7.pdf>