

Fatores relacionados ao consumo alimentar saudável e não saudável entre adolescentes escolares

RESUMO | Objetivo: avaliar a prevalência e fatores relacionados ao consumo alimentar saudável e não saudável entre adolescentes escolares. Método: estudo de corte transversal, realizado com 634 escolares de 10 a 16 anos pertencentes a cinco escolas estaduais do município de Montes Claros, Minas Gerais, entre agosto/2016 e julho/2017. Resultados: houve prevalência do sexo feminino (60,1%). Com relação ao consumo de tabaco e álcool, 97,8% dos adolescentes negaram tabagismo e 92,4% negaram etilismo. Um total de 59,5% relatou praticar alguma atividade física e 95,1% dos adolescentes escolares têm uma autopercepção da saúde como sendo "excelente", "ótima" ou "boa". Os padrões de consumo alimentar saudável e não saudável estiveram associados à maior idade e ao consumo de álcool. Conclusão: o presente estudo contribui no sentido de estimar a ocorrência de marcadores de consumo alimentar de interesse para o monitoramento de fatores de risco para as doenças não transmissíveis.

Descritores: Fatores de risco; Dieta saudável; Comportamento alimentar.

ABSTRACT | Objective: to assess the prevalence and factors related to healthy and unhealthy food consumption among schoolchildren. Method: cross-sectional study, conducted with 634 schoolchildren aged 10 to 16 years belonging to five state schools in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais, between August/2016 and July/2017. Results: there was a prevalence of female gender (60.1%). Regarding tobacco and alcohol consumption, 97.8% of adolescents denied smoking and 92.4% denied alcoholism. A total of 59.5% reported practicing some physical activity and 95.1% of school adolescents have a self-perception of health as "excellent", "great" or "good". Healthy and unhealthy food consumption patterns were associated with older age and alcohol consumption. Conclusion: the present study contributes towards estimating the occurrence of food consumption markers of interest for monitoring risk factors for non-communicable diseases.

Keywords: Risk factors; Diet, healthy; Feeding behavior.

RESUMEN | Objetivo: evaluar la prevalencia y los factores relacionados con el consumo de alimentos saludables y no saludables entre los escolares. Método: estudio transversal, realizado con 634 escolares de 10 a 16 años pertenecientes a cinco escuelas estatales del municipio de Montes Claros, Minas Gerais, entre agosto/2016 y julio/2017. Resultados: predominó el sexo femenino (60,1%). En cuanto al consumo de tabaco y alcohol, 97,8% de los adolescentes negó haber fumado y 92,4% negó haber consumido alcohol. Un 59,5% declaró practicar alguna actividad física y 95,1% de los adolescentes escolarizados tiene una autopercepción de la salud como "excelente", "estupenda" o "buena". Los patrones de consumo de alimentos saludables y no saludables se asociaron con la edad avanzada y el consumo de alcohol. Conclusión: el presente estudio contribuye a estimar la aparición de marcadores de consumo de alimentos de interés para el seguimiento de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

Palabras claves: Factores de riesgo; Dieta saludable; Conducta alimentaria.

Adélia Dayane Guimarães Fonseca

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Professora titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil.
ORCID:0000-0002-1168-7106

Patrick Leonardo Nogueira da Silva

Enfermeiro, Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCPS/UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.
ORCID:0000-0003-2399-9526

Joanilva Ribeiro Lopes

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Professora titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de

Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.
ORCID:0000-0003-1214-678X

Lucinéia de Pinho

Nutricionista, Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCPS/UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.
ORCID:0000-0002-2947-5806

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCPS/UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.
ORCID:0000-0002-6133-9855

Carla Silvana de Oliveira e Silva

Enfermeira, Doutora em Ciências, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCPS/UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.
ORCID:0000-0002-0658-9990

Recebido em: 06/12/2021

Aprovado em: 23/01/2022

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um importante problema de saúde

pública e são responsáveis por 68% das mortes em todo o mundo⁽¹⁾. Destas, aproximadamente 42% são consideradas prematuras (antes dos 70 anos) e evitáveis, e há estimativa de um incremento no número de óbitos no mundo de 38 milhões em 2012 para 52 milhões em 2030⁽²⁾. A gravidade das DCNT e seus impactos nos sistemas de saúde e na sociedade levaram a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2011, a discutir compromissos globais acerca da temática, o que resultou em uma declaração política, com o objetivo de combater o crescimento das DCNT mediante ações de prevenção de seus principais fatores de risco, além do esforço pela garantia de uma adequada atenção à saúde⁽³⁾.

No que concerne aos fatores de risco para as DCNT, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a inatividade física; uma vez que a maioria das mortes por DCNT e uma fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades são atribuídas aos fatores supracitados⁽⁴⁾. Adicionalmente, no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022, traçado pelo Brasil, uma das metas nacionais propostas pelo plano é a redução da prevalência de obesidade em adolescentes em função dos riscos já mencionados.

A exposição a fatores de risco e prevenção à saúde, com foco no estrato etário do adolescente, passou a ser, nas últimas décadas, um dos temas mais explorados pela literatura^(5,6). A importância de estudos com base nesse tema relaciona-se à vulnerabilidade de crianças e adolescentes durante o período de transição para a vida adulta. Pesquisas apontam para a probabilidade de adolescentes com excesso de peso se tornar adultos obesos, por conseguinte, a obesidade na infância e adolescência, é considerada um fator de risco independente no desenvolvimento de várias DCNT^(7,8,9).

Em um estudo realizado com pais

de crianças com sobrepeso e/ou obesidade residentes no município de Divinópolis, Minas Gerais, é abordado que a autonomia das crianças para escolher o seu alimento e horário de consumo sem uma rotina estabelecida pelos pais e a dificuldade que os mesmos têm ao oferecer uma alimentação balanceada para seus filhos contribui para o aumento dos fatores de risco na aquisição das DCNT. Ainda, é observado que, com a evolução dos aparatos tecnológicos, as crianças estão mais predispostas ao sedentarismo e, conseqüentemente, a uma alimentação inadequada de modo a potencializar o surgimento das DCNT⁽¹⁰⁾.

No município de Montes Claros, Minas Gerais, foi realizado outro estudo transversal de base populacional o qual foi composto por amostra representativa de 544 crianças menores de 24 meses, sendo que, ao completarem 180 dias de vida, 4% encontravam-se em aleitamento materno exclusivo; 22,4% em aleitamento materno predominante; e 43,4% em aleitamento materno complementar. As crianças já recebiam água, suco natural/fórmula infantil e leite de vaca no terceiro mês de vida. Aos 12 meses de idade, o suco artificial foi oferecido para 31,1% das crianças e 50% já consumiam doces. E antes do seu primeiro ano de vida, 25% já haviam consumido macarrão instantâneo. A introdução da alimentação complementar mostrou-se precoce e inadequada, o que pode afetar diretamente o funcionamento das funções biológicas e comprometer a saúde da criança⁽¹¹⁾.

Adolescentes entrevistados em uma escola do interior de Pernambuco, apesar de terem conhecimento sobre alimentação saudável, foi observado que nem sempre o põem em prática devido à multiplicidade de fatores que interferem em suas escolhas alimentares. A escola e a família apresentaram papel fundamental no incentivo à prática alimentar saudável de modo a identi-

ficar-se a necessidade da escola realizar práticas de educação alimentar que incentivem o consumo dos alimentos saudáveis produzidos na localidade⁽¹²⁾.

Dada a associação direta entre excesso de peso e a ocorrência de DCNT, emerge o interesse nessa linha de investigação sobre o consumo de grupos de alimentos considerados definidores de padrões alimentares saudáveis e não saudáveis. Adicionalmente, o padrão de consumo de alimentos, mais que a ausência específica de nutrientes na dieta, expressa situações reais de disponibilidade de alimentos e de condições distintas de inserção ou não das populações nos diferentes panoramas sociais^(13,14).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência e fatores relacionados ao consumo alimentar saudável e não saudável entre adolescentes escolares.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado com escolares de 10 a 16 anos pertencentes a cinco escolas estaduais do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, cuja coleta de dados ocorreu entre agosto de 2016 e julho de 2017. A população do presente estudo foi constituída por 77.833 escolares, de ambos os sexos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ⁽¹⁾ apresentaram idades entre 10 e 16 anos; ⁽²⁾ encontravam-se regularmente matriculados na rede estadual de ensino do município no ano de 2016; ⁽³⁾ freqüentavam o ensino fundamental ou médio; e que ⁽⁴⁾ obtiveram o consentimento dos pais e/ou responsáveis para participação na pesquisa.

Foi enviada uma carta de apresentação e um Termo de Consentimento Institucional (TCI), juntamente a uma cópia do projeto de pesquisa, à Secretaria Municipal de Educação (SME), bem como à Direção de cada escola, para autorização do estudo. As instituições

foram devidamente orientadas quanto às diretrizes do estudo de modo que as mesmas assinaram o TCI autorizando a realização da pesquisa. Tendo em vista a amostra tratar-se de crianças/adolescentes menores de idade cujo qual são estudantes destas instituições de ensino, foi entregue a cada aluno uma cópia do Termo de Assentimento (TA) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de modo que estes documentos foram assinados por seus respectivos responsáveis legais autorizando a realização da coleta de dados.

O tamanho amostral foi determinado adotando-se uma confiabilidade de 95%, com uma margem de erro aceitável de 5%. A seleção dos elementos dos conglomerados ocorreu de forma aleatória e probabilística, de tal forma que cada elemento tivesse igual probabilidade de ser sorteado para a amostra. Estabeleceu-se uma frequência de 0,50 para o evento estudado. Realizou-se correção para população finita e correção para o efeito do desenho, adotando-se deff igual a 1,5. Para corrigir eventuais perdas e não-respostas, foi instituído também um acréscimo de 10%, totalizando uma amostra de 634 indivíduos.

A seleção amostral deu-se por conglomerado probabilístico (a população foi dividida em regiões, e posteriormente realizou-se um sorteio representativo do universo selecionado). A população envolvida foi selecionada a partir da divisão da cidade de Montes Claros em regiões: norte, sul, leste e oeste; procedeu-se a listagem do número de escolares públicas e quantificou-se o número de alunos matriculados. O total de 63 escolas foi utilizado como conglomerados (unidades amostrais) e agrupadas. Portanto, foi realizada amostragem complexa por estratificação e conglomeração em dois estágios. No primeiro estágio foi feita a seleção das escolas (unidade primária de amostragem) por amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao número de es-

colas nos estratos. O segundo estágio correspondeu à seleção dos escolares (unidade secundária de amostragem) dentro de cada turma selecionada, de acordo com a faixa etária de interesse (10 a 16 anos). A seleção dos escolares foi feita a partir de um processo de amostragem probabilística sistematizada, utilizando como referência o número de matrícula do escolar. A amostra final totalizou em 635 escolares de cinco escolas avaliadas, e obedeceu à representatividade da população, tendo como referência para essa proporcionalidade o número de escolares quanto ao sexo e idade.

As variáveis sócio-demográficas investigadas foram: idade, sexo, etnia, estado civil dos pais, renda familiar, consumo de tabaco e bebida alcoólica, prática de atividade física e percepção de saúde. Em relação ao consumo alimentar, esse foi avaliado utilizando-se o questionário validado de “Avaliação de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde”, composto por 18 categorias, a saber: quantidade diária média de consumo de cereais, hortaliças, frutas, leguminosas, leites, carnes e ovos, açúcares, óleos, ingestão hídrica, consumo de bebidas alcoólicas e a prática de atividade física regular.

Avaliou-se a existência de padrões de consumo alimentar pela análise de cluster, utilizando as seguintes variáveis: ingestão de frutas, verduras, consumo da gordura aparente da carne e da pele do frango, doces (doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, e biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados) e frituras (salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos). O consumo de frutas teve sua frequência diária avaliada utilizando-se como base o número de porções ingeridas, de maneira dicotomizada em “menor que três vezes por dia” e “três ou mais vezes por dia”, conforme as recomendações do Guia Alimentar. Já os doces de qualquer tipo, bolos reche-

ados com cobertura, e biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados e os alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, lingüiça e outros) foram avaliados a partir de sua frequência diária de consumo.

Para a análise de cluster, utilizou-se o procedimento k-means do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, uma técnica de agrupamento não-hierárquico que classifica indivíduos em um número pré-definido de clusters a partir da distância euclidiana, permitindo que as distâncias entre as observações dentro de um cluster sejam minimizadas relativamente às distâncias entre os agrupamentos, e exige a definição prévia do número de agrupamentos a serem utilizados na análise⁽¹⁵⁾.

A análise foi realizada com dois agrupamentos hipotéticos: um cluster saudável e um cluster não saudável. Nesta análise, os valores da estatística F identificam os itens alimentares que mais contribuem à solução dos clusters. Variáveis com altos valores de F apresentam maiores separações entre os clusters.

Para avaliação da associação entre os fatores independentes (variáveis sociodemográficas) e a variável dependente (consumo alimentar saudável e não saudável), utilizaram-se os modelos de regressão logística binária, uni-variados e múltiplos. Para a análise múltipla, testaram-se as variáveis que apresentaram nível descritivo inferior a 20% e aquelas que poderiam explicar algum comportamento, segundo referenciais teóricos. Permaneceram no modelo final as variáveis que apresentaram significância estatística de até 5%.

Este estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual regulamenta a realização de

pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP UNIMONTES), sob o parecer consubstanciado nº 1.876.375, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 51040315.3.0000.5146.

RESULTADOS

Na população estudada, prevaleceu o gênero feminino (n=381; 60,1%), não brancos (n=512; 80,8%), com pais que vivem com o (a) companheiro(a) (n=397; 62,6%), renda familiar de até três salários mínimos (n=516; 81,4%), negam tabagismo (n=620; 97,8%) e etilismo (n=586; 92,4%), relatam praticar alguma atividade física (n=377; 59,5%) e têm uma autopercepção da saúde como sendo excelente, ótima ou boa (n=603; 95,1%).

Quanto à análise de cluster, identificaram-se dois agrupamentos: o cluster I composto pelos itens gordura da carne e pele do frango, doces e frituras (alimentos não saudáveis), e o cluster II, caracterizado pelo consumo de frutas e verduras (alimentos saudáveis). De acordo com os valores de F obtidos na tabela ANOVA, a variável que apresentou a maior separação entre os clusters foi a fritura (Tabela 1).

Na análise bivariada a variável idade (p=0,031) e consumo de bebida alcoólica (p=0,023) apresentaram associação significativa com os padrões de consumo não saudáveis e saudáveis. Há que se considerar que a variável percepção de saúde (p=0,054) permaneceu no modelo por apresentar um nível descritivo limítrofe, como mostra a Tabela 2.

Na análise múltipla, permaneceu associado ao consumo alimentar não saudável e saudável as variáveis: idade (p=0,014) e consumo de bebida alcoólica (p=0,040), sendo que adolescentes de 13 a 14 anos apresentam chance

Tabela 1 – Agrupamento de itens alimentares identificados por análise de cluster, estatística F, número (n) e percentual (%) de indivíduos aderidos a cada cluster. Montes Claros, Minas Gerais, 2016.

Alimentos	Cluster I	Cluster II	F	
Frutas	0,37	0,75	107	
Verduras	0,87	0,95	8	
Gordura da carne e pele de frango	0,62	0,21	133	
Doces	0,58	0,07	276	
Frituras	0,56	0,05	295	
n(%) de indivíduos em cada cluster	n	%	n	%
	263	41,5	358	56,5

Fonte: Autoria própria, 2016.

Tabela 2 – Prevalência dos indicadores de alimentação não saudável e saudável entre escolares de 10 a 16 anos segundo variáveis sociodemográficas. Montes Claros, Minas Gerais, 2016.(n=634)

Variáveis	Total		Não saudável		Saudável		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							
10-12	151	24,3	55	20,9	96	26,8	0,031
13-14	184	29,6	92	35,0	92	25,7	
15-16	286	46,1	116	44,1	170	47,5	
Sexo							
Feminino	376	60,5	156	59,3	220	61,5	0,324
Masculino	245	39,5	107	40,7	138	38,5	
Etnia							
Branco	118	19,0	48	18,3	70	19,6	0,381
Não branco	503	81,0	215	81,7	288	80,4	
Estado civil dos pais							
Com companheiro(a)	392	63,3	161	61,5	231	64,7	0,228
Sem companheiro(a)	227	36,7	101	38,5	126	35,3	
Renda familiar							
≥ 3 SM	111	17,9	47	17,9	64	17,9	0,543
< 3 SM	510	82,1	216	82,1	294	82,1	
Fumo							
Não	611	98,4	257	97,7	354	98,9	0,230
Sim	09	1,4	06	2,3	03	0,8	
Bebida alcoólica							
Não	578	93,4	238	90,8	340	95,2	0,023
Sim	41	6,6	24	9,2	17	4,8	
Atividade física							
Não	247	39,8	112	42,6	135	37,8	0,132
Sim	373	60,2	151	57,4	222	62,2	
Percepção de saúde							
Excelente, ótima e boa	596	93,6	248	94,7	348	97,5	0,054
Ruim ou muito ruim	23	3,7	14	5,3	09	2,5	

Fonte: Autoria própria, 2016. SM = Salário Mínimo

1,74 vezes maior de um padrão de consumo alimentar não saudável e entre os adolescentes que consomem bebida alcoólica a chance de um padrão de consumo alimentar não saudável é de 1,99 vezes maior em comparação aos que não consomem bebida alcoólica, conforme dados constantes na Tabela 3.

DISCUSSÃO

Os padrões alimentares observados caracterizam o consumo alimentar de escolares de 10 a 16 anos de escolas públicas de um município ao norte de Minas Gerais. Foram identificados dois padrões alimentares: não saudável e saudável. Dos itens investigados, a fritura (salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos) foi o que apresentou a maior separação entre os clusters, demonstrando que esse item, dentre os avaliados, é o que mais discrimina o consumo alimentar sendo, portanto, item imprescindível em análises de investigação do consumo alimentar de populações.

De um modo geral, os padrões de consumo alimentar saudável e não saudável estiveram associados à maior idade e ao consumo de álcool. Em relação à idade, nossos resultados corroboram com os resultados encontrados, que observaram maiores frequências de consumo de frutas, legumes e hortaliças (padrão de consumo alimentar saudável) em indivíduos de maior idade^(15,16).

No que tange ao consumo do álcool, considerado um importante fator de risco e avaliado como prevalente entre as mulheres, ≥ 18 anos, o consumo de álcool mostrou-se associado a um maior risco de um padrão alimentar não saudável⁽¹⁷⁾. A OMS adotou uma meta de redução relativa de 10% no consumo per capita de álcool na população ≥ 15 anos até 2025. Medidas específicas dirigidas a essa população devem ser construídas, entre as quais

Tabela 3 – Odds Ratio (OR) e p-valor dos indicadores de alimentação não saudável entre escolares de 10 a 16 anos segundo variáveis sociodemográficas. Montes Claros, Minas Gerais, 2016. (n=634)

Variáveis	OR	p-valor
Idade (anos)		
10-12	1	0,014
13-14	1,74	
15-16	1,10	
Bebida alcoólica		
Não	1	0,040
Sim	1,99	
Percepção de saúde		
Excelente, ótima e boa	1	0,074
Ruim ou muito ruim	2,20	

Fonte: Autoria própria, 2016.

se incluem ações regulatórias para o comércio e publicidade e propaganda, bem como o aumento da fiscalização, ambas previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT. Estima-se que, entre os óbitos causados por álcool, mais de 50% sejam devido às DCNT, incluindo diversos tipos de câncer e cirrose hepática⁽¹⁾.

O modelo de investigação adotado no presente estudo mostrou-se factível e forneceu informações relevantes acerca dos fatores associados aos padrões de consumo saudáveis e não saudáveis, contudo algumas limitações devem ser consideradas, tais como: o uso de questionário pode potencializar a incidência de viés; uma vez que há a possibilidade de que informações imprecisas tenham sido fornecidas pelos escolares, levados a negar ou afirmar algum hábito, como por exemplo, o consumo de álcool, que viesse causar algum constrangimento. Há que se considerar, ainda, que a comparação dos achados do presente estudo com os de outras investigações deva ser realizada com cautela em função das distinções nas características da população estudada e nos instrumentos utilizados para avaliação do consumo alimentar. Em adição, existem inúmeros modos empregados para extração dos padrões

de consumo o que limita ainda mais a comparabilidade entre os estudos⁽¹⁸⁾.

Nesse sentido, não foi conduzida uma comparação com dados pontuais de estudos específicos, mas, sim, a comparação com os resultados gerais – tais como a metodologia utilizada para identificação dos padrões, o número de padrões identificados e suas características centrais – de pesquisas realizadas em diferentes partes do mundo que objetivaram identificar o padrão alimentar de adolescentes. Até então, os dois principais métodos empregados para identificação dos padrões alimentares nesse estrato etário têm sido a análise fatorial e a análise de cluster⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Trata-se de um estudo de cunho local, realizado com crianças e adolescentes em apenas em cinco instituições de educação do município de Montes Claros. Sendo assim, a amostra torna-se insuficiente a fim de realizar uma análise comparativa mais aprofundada sobre os fatores alimentares que interferem em sua qualidade de vida (QV) a nível local, caracterizando, assim, uma limitação do estudo. Ainda, o próprio desenho de estudo configura outra limitação, pois o estudo analítico

transversal não é capaz de evidenciar a relação temporal entre o fator de risco e a doença, podendo prejudicar as inferências sobre a relação de causa e efeito, bem como não permitir a determinação do risco absoluto.

A utilização da análise de cluster permitiu a identificação de padrões alimentares capazes de classificar os adolescentes quanto à presença de fatores de risco e de proteção à saúde relacio-

ados com a alimentação. Assim, mesmo não gerando estimativas precisas da quantidade ingerida de determinados alimentos, o presente estudo contribui no sentido de estimar a ocorrência de marcadores de consumo alimentar de interesse para o monitoramento de fatores de risco para as DCNT.

Os potenciais resultados deste estudo podem instruir e direcionar aos pais de crianças e adolescentes em fase es-

colar quanto a sua postura e condutas que repercutem diretamente nos hábitos alimentares de seus filhos de modo a impactar diretamente na redução da prevalência das DCNT. Adjunto às modificações destes hábitos, os resultados deste estudo podem agregar no acompanhamento da equipe multiprofissional de saúde, juntamente aos pais, propiciando a melhoria da QV destas crianças e adolescentes.

Referências

1. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2017 set 22];46(supl 1):126-34. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2017 set 22]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf
3. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Ezzi M, Bhala N, Amuyunzu-Nyamongo M, et al. Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. *Lancet* [Internet]. 2012 [cited 2017 set 22];380(9850):1283-5. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61692-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61692-4)
4. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO, 2013 [cited 2017 set 22]. 55p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
5. World Heart Federation. Urbanization and cardiovascular disease: Raising heart-healthy children in today's cities. Geneva: WHF; 2012 [cited 2017 set 22]. 56p. Available from: <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/FinalWHFUrbanizationLoResWeb.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016 [cited 2017 set 22]. 132p. available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
7. Goldhaber-Fiebert JD, Rubinfeld RE, Bhattacharya J, Robinson TN, Wise PH. The utility of childhood and adolescent obesity assessment in relation to adult health. *Med. Decis. Making*. 2013 [cited 2017 set 22];33(2):163-75. doi: <http://doi.org/10.1177/0272989X12447240>
8. He F, Rodriguez-Colon S, Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN, Bixler EO, Berg A, et al. Abdominal obesity and metabolic syndrome burden in adolescents - Penn State children cohort study. *J. Clin. Densitom*. 2015 [cited 2017 set 22];18(1):30-6. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jocd.2014.07.009>
9. Pereira KAS, Nunes SEA, Miranda RSA, Horas AD, Almeida Júnior JP, Meireles AM, et al. Fatores de risco e proteção contra doenças crônicas não transmissíveis entre adolescentes. *Rev. Bras. Prom. Saúde*. 2012 [cited 2017 set 22];30(2):205-12. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p205>
10. Faria GCC, Azevedo SA, Andrade SN, Oliveira F. Alimentação e obesidade de crianças na fase pré-escolar: significados atribuídos pelos pais. *Nursing (São Paulo)*. 2021 [cited 2022 mar 9];24(274):5389-94. doi: <http://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i274p5389-5400>
11. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev. Paul. Pediatr*. 2018 [cited 2022 mar 9];36(2):164-70. doi: <http://doi.org/10.1590/1984-0462;2018;36;2;00004>
12. Silva DCA, Frazão IS, Osório MM, Vasconcelos MGL. Percepção de adolescentes sobre a prática de alimentação saudável. *Cienc. Saúde Colet*. 2015 [cited 2022 mar 9];20(11):3299-308. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-812320152011.00972015>
13. Sichiari R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad. Saúde Pública*. 2003 [cited 2017 set 22];19(1):47-53. doi: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700006>
14. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015 [cited 2017 set 22];24(2):257-65. doi: <http://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200008>
15. Neutzling MB, Rombaldi AJ, Azevedo MR, Hallal PC. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 [cited 2017 set 22];25(11):2365-74. doi: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100007>
16. Lins APM, Sichiari R, Coutinho WF, Ramos EG, Peixoto MVM, Fonseca VM. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. *Cienc. Saúde Colet*. 2013 [cited 2017 set 22];18(2):357-66. doi: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200007>
17. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am. J. Public Health*. 2011 [cited 2017 set 22];101(10):1963-70. doi: <http://doi.org/10.2105/AJPH.2010.198887>
18. Azevedo ECC, Dias FMRS, Diniz AS, Cabral PC. Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. *Cienc. Saúde Colet*. 2014 [cited 2017 set 22];19(5):1613-22. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014195.06562013>
19. Tavares LF, Castro IRR, Levy RB, Cardoso LO, Claro RM. Padrões alimentares de adolescentes brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cad. Saúde Pública*. 2014 [cited 2017 set 22];30(12):1-13. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00016814>